

# Error diagnóstico en la apendicitis aguda

Dres. Raúl A. Besenzoni, Fabio Croci y Miguel Fernández

**El error diagnóstico en la A.A. es frecuente. Aumenta su incidencia en la mujer en relación de 3 a 1.**

La clínica es el pilar diagnóstico en los cuadros apendiculares, destacándose el esquema de Murphy. Cuando se presenta en el 93 % de los pacientes el diagnóstico es correcto.

Se analizan 240 pacientes apendicectomizados en el H. C. FF.AA. entre 1977 y 1979, mayores de 12 años de edad. Son 78 mujeres y 162 hombres.

El 28 % de las mujeres tiene diagnóstico erróneo; de éstas, el 43,4 % corresponden a la patología genital.

En el hombre sólo el 11 % presenta diagnóstico erróneo; de éstos, el 78 % corresponden a laparotomías en blanco.

De los 41 pacientes con diagnóstico incorrecto el 49,7 % son laparotomías en blanco, que constituyen el 8,33 % del total de la serie.

El tratamiento quirúrgico precoz aumenta el error diagnóstico, pero disminuye la morbilidad global. El 14,5 % de los casos erróneos se complicaron. Cinco complicaciones leves; sólo 1 caso grave: absceso del Douglas. Sin mortalidad en la serie.

*Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Apendicitis.*

## INTRODUCCION

El error diagnóstico en la apendicitis aguda (A.A.) es un hecho común (5, 17, 20), debido a que su sintomatología, en etapas iniciales, puede simular otros cuadros agudos del abdomen.

Es más frecuente en la mujer por la posibilidad de confundir la A.A. con la patología genital.

En general la diferente topografía apendicular, hace que el cuadro no se presente siempre de la misma forma.

La mortalidad de la A.A. ha disminuido (3, 8, 10); no así su morbilidad, que es mayor en etapas evolutivas tardías (16, 21). La antibióticoterapia precoz no ha modificado la morbilidad de la afección (13).

Por tal motivo la precocidad del diagnóstico, con síntomas mínimos, y el inmediato trata-

*Departamento de Cirugía (Dr. B. Rinaldi). Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Montevideo.*

miento quirúrgico, hace que la incidencia de error sea importante. Pero es más seguro laparotomizar y explorar la fosa ilíaca derecha, que esperar la evolución natural de la enfermedad (2, 11, 27). Esta conducta no se ve gravada por complicaciones de importancia (7, 19).

El objetivo de esta presentación es valorar la incidencia de error diagnóstico y correlacionarlo con: a) el sexo, b) la sintomatología, c) los hallazgos operatorios, y d) sus complicaciones.

## MATERIAL

Analizamos 240 pacientes apendicectomizados en el Departamento de Cirugía del Hospital Central de las FF.AA. en los 2 últimos años (setiembre 1977 - setiembre 1979); mayores de 12 años de edad.

*Edad y sexo.* — El 80 % de estas apendicectomías ocurren en pacientes de menos de 41 años (193 casos en 240), con un máximo etario de 67 años (5, 27). Corresponden a 78 mujeres (32,5 %) y 162 hombres (67,5 %) (6, 19).

En 41 casos el diagnóstico de A.A. fue incorrecto; esto representa una incidencia del 17 %. En otras series el diagnóstico erróneo se estima entre el 7,25 % al 62,6 % (4, 5, 6, 9, 17, 20).

De ellos, en 21 pacientes existía otra causa en juego, mientras que 20 fueron laparotomías en blanco. Constituyen el 8,33 % del total de casos de nuestra serie. Otros autores las encuentran entre 1,5 % al 25,8 % (5, 6, 9, 20).

Los 41 casos corresponden a 23 mujeres (28 %) y 18 hombres (11 %). Para Mason el diagnóstico erróneo en la mujer llega al 45 % (17).

El error diagnóstico es más frecuente en la mujer, con una relación de 3 a 1; en razón de la riqueza patológica de la fosa ilíaca derecha femenina (25).

Asimismo debe de destacarse que en razón inversa se encuentran las laparotomías en blanco: el 78 % en hombres y el 26 % en mujeres.

*Síntomas.* — Con esquema de Murphy presente, el diagnóstico es correcto 9 veces de cada 10, independientemente del sexo (1, 14,

Presentado como Tema Libre al 30º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, noviembre de 1979.

Residentes del Dpto. de Cirugía del Hospital Central de las Fuerzas Armadas.

Dirección: La Paz 2093, Apto. 206, Montevideo (Dr. R. A. Besenzoni).

19). En el 93 % de nuestros pacientes que tenían esta secuencia evolutiva, el diagnóstico fue correcto.

Este es menos frecuente encontrarlo en la mujer (23 %) que en el hombre (40 %) (19). Ello explica la mayor incidencia de error diagnóstico en la mujer.

Asimismo es importante recalcar que la ausencia de esquema de Murphy no invalida el diagnóstico de apendicitis. Este depende de la topografía apendicular (19, 21, 26). En nuestra serie: laterocecal interna, 147 casos; laterocecal externa, 9 casos; pelviana, 8 casos (68,3 %).

En ausencia del esquema de Murphy pero presentando la triada de dolor en la fosa iliaca derecha, vómitos y fiebre, el error diagnóstico aumenta al 23 % y éste se hace máximo cuando sólo existen 2 de esos síntomas (15).

### ESQUEMA 1

#### CON ESQUEMA DE MURPHY

|             | Diagnóstico | Correcto    | Incorrecto |
|-------------|-------------|-------------|------------|
| Total casos | 83 (34,5 %) | 77 (93 %)   | 6 (7 %)    |
| Mujeres     | 18 (23 %)   | 16 (89 %)   | 2 (11 %)   |
| Hombres     | 65 (40 %)   | 61 (93,6 %) | 4 (6,4 %)  |

#### SIN ESQUEMA DE MURPHY

|             | Diagnóstico  | Correcto    | Incorrecto  |
|-------------|--------------|-------------|-------------|
| Total casos | 157 (65,5 %) | 122 (77 %)  | 35 (23 %)   |
| Mujeres ... | 60 (77 %)    | 39 (65 %)   | 21 (35 %)   |
| Hombres ..  | 97 (60 %)    | 83 (85,5 %) | 14 (14,5 %) |

Un capítulo aparte nos merece la presencia de síndrome peritoneal en la fosa iliaca derecha. Cuando se presenta disminuye el error diagnóstico: 3 diagnósticos correctos a 1 incorrecto. Pero es una manifestación tardía que de ningún modo debe ser esperada para hacer diagnóstico.

**Laboratorio.** — Como es sabido, la leucocitosis elevada no sirve para diferenciar la A.A. de otros cuadros agudos del abdomen (14, 25).

El 35 % de los casos en nuestra serie con diagnóstico correcto cursaron con leucocitosis normal (24) y en el 78 % de los pacientes con diagnóstico incorrecto fue elevada.

**Hallazgos operatorios.** — De los 41 casos estudiados, 20 corresponden a laparotomías en blanco (49,7 %), predominando en el hombre.

De las 23 mujeres laparotomizadas, en 10 casos se encuentra patología genital, constituyendo el 43,4 % de error diagnóstico femenino, y las laparotomías en blanco (6 casos), la cuarta parte (6).

En el hombre, de los 18 casos con diagnóstico erróneo: 14 corresponden a laparotomías en blanco (78 %) y los 4 restantes a adenitis mesentérica (22 %).

### ESQUEMA 2

#### HALLAZGOS OPERATORIOS

Mujeres: 23 pacientes

|                           |                   |
|---------------------------|-------------------|
| Patología genital ..      | 10 casos (43,4 %) |
| Piosalpix                 | 1 caso            |
| Anexitis                  | 4 casos           |
| Rot folicular             | 3 casos           |
| Q. de ovario              | 2 casos           |
| Adenitis mesentérica      | 4 casos (17,4 %)  |
| Enterocolitis             | 1 c. }            |
| Colecistitis aguda .....  | 1 c. } (13,2 %)   |
| Adherencias .....         | 1 c. }            |
| Laparotomías en blanco .. | 6 casos (26 %)    |

Hombres: 18 pacientes

|                            |                 |
|----------------------------|-----------------|
| Adenitis mesentérica       | 4 casos (22 %)  |
| Laparotomías en blanco ... | 14 casos (78 %) |

**Complicaciones.** — De los 41 pacientes se complicaron 6 (14,6 % de los errores de diagnóstico). Corresponden al 9 % de las complicaciones globales para toda la serie (67 enfermos complicados en total).

Cinco casos con complicaciones leves: a) supuración parietal, 2 casos; b) crisis asmática, 2 casos; c) infección urinaria, 1 caso.

Sólo 1 paciente tuvo una complicación de entidad: absceso del Douglas, correspondiendo a una enferma que se le reseco un quiste de ovario en sufrimiento.

No hemos tenido mortalidad en la serie.

### CONCLUSIONES

El diagnóstico de la A.A. es clínico (6, 12, 18, 25), debiendo destacarse la permanente vigencia del esquema de Murphy (14).

El error diagnóstico es más frecuente en la mujer: 28 % (17).

El tratamiento quirúrgico precoz aumenta la incidencia de error diagnóstico (17 % en nuestra serie). Esta conducta se ve compensada ampliamente con un descenso de la morbilidad postoperatoria (22, 23).

### RESUME

#### Erreur diagnostique dans l'appendicite aigüe

L'erreur diagnostique dans l'appendicite aigüe est fréquente. Son incidence augmente chez la femme, dans la proportion de 3 à 1. La clinique est le pilier diagnostique de la pathologie appendiculaire, en mettant en relief le schéma de Murphy. Quand il se présente dans le 93 % des patients, le diagnostic est correct.

On analyse 240 patients appendicectomisés à l'Hôpital des Forces Armées, de 1977 à 1979, âges de plus de 12 ans. Ce sont 78 femmes et 162 hommes.

Le 28 % des femmes a un diagnostic erroné: le 43,4 % de ces cas correspondent à une pathologie génitale.

Chez l'homme, ce n'est que le 11 % qui présente un diagnostic erroné; le 78 % de ces cas correspondent à des laparotomies en blanc.

41 patients ont eu un diagnostic incorrect; le 49,7 % de ces cas sont des laparotomies en blanc, et elles constituent le 8,33 % du total de la série.

Le traitement chirurgical précoce augmente l'erreur diagnostique, mais il diminue la morbidité globale. Le 14,5 % des cas erronés se sont compliqués.

Cinq complications légères; un seul cas grave: abcès du Douglas. Pas de mortalité dans la série.

## SUMMARY

### Diagnostic Pitfalls in Acute Appendicitis

Diagnostic pitfalls in acute appendicitis is frequent. Its incidence in women increases by a 3 to 1 ratio.

The clinic constitutes the diagnostic pillar in the appendicular pattern, in particular Murphy's: whenever it is present diagnosis of condition is correct in 93 % of cases.

The series consists of 240 appendicectomized patients operated in the Armed Forces Hospital between 1977 and 1979, all of them over 12 years of age. 78 were women and 162 men.

Diagnosis was erroneous in 28 % of women and 43,4 % of these corresponds to genital pathology.

Only 11 % of diagnosis in men were erroneous, 78 % of which corresponds to inoperative laparotomies.

Of the 41 patients with incorrect diagnosis, 49,7 % are accounted for by unnecessary laparotomies, i. e. 8,33 % of the total in the series.

An early surgical treatment increases diagnostic error, but decreases overall morbidity. 14,5 % of erroneous cases had complications; 5 of them slight with only 1 serious case, a Douglas abscess. Fatality in the series was nil.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ADLOFF M et MATHEVON H. Appendicitis. *Encycl. Méd. Chir. Paris*. 4.0.03 Estomac - Intestin 9066 A 10.
- ASINER B. Plastrón y absceso apendicular. *Cuaderno de Medicina y Cirugía de Emergencia*. Montevideo. A. E. M., 1971, p. 105.
- BARNES BA and col. Treatment of appendicitis at the Massachusetts General Hosp. (1937-1959). *J.A.M.A.*, 180: 122, 1962.
- BAUMANN S. Accuracy of the diagnosis of acute appendicitis in child hood. *Surg Gynecol Obstet*, 135: 6, 1972.
- BURGOS W and JOHNSTON G. Appendicitis: A computer study. *Surg Gynecol Obstet*, 128: 1, 1969.
- CAZABAN LA y RIOS BRUNO G. Apendicitis aguda. *Temas de Urgencia*. Montevideo. Of. del Libro, 1975, C. 2, p. 33.
- CONDON RE. Apendicitis aguda. Diagnóstico diferencial. En: Sabiston. *Trat. de Pat. Quir.* 10ª ed. Barcelona. Intermédica, 1974, T. 1, p. 884.
- D'AURIA A. Complicaciones de la apendicitis aguda. *Temas de Urgencia*. Montevideo. Of. del Libro, 1975, C. 3, p. 91.
- EKSTEIN HB and GLASSON MJ. Acute appendicitis, still a mayor problem. *Surg Gynecol Obstet*, 130: 178, 1970.
- HAWK J and BECKER W. Acute appendicitis. An analysis of 1003 cases. *Ann Surg*, 132: 729, 1950.
- HOWIE JG. Death from appendicitis and appendectomy. *Lancet*, 2: 1334, 1966.
- JENKINS D and LEE P. Radiology in acute apendicitis. *Surg Gynecol Obstet*, 121: 1216, 1970.
- KAZARIAN KK and ROEDER WJ. Decreasing mortality and increasing morbidity from acute appendicitis. *Am J Surg*, 119: 681, 1970.
- LARGHERO P. Diagnóstico positivo de apendicitis aguda. *Temas de cirugía de urgencia*. Montevideo. Of. del Libro, 1944, p. 163.
- LE QUINTREC Y. Les points douloureux chirurgiques de la fosse iliaque droit. *Rev Prat*, 26: 69, 1976.
- MACHADO R. Reintervenciones en cirugía del apéndice ileocecal. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 15º, 1964, p. 161.
- MASON JH, BYRNE MP, GAU F. Cirugía del apéndice vermiforme. Complicaciones de la cirugía general. *Clin Quir Norte Am*, Dic. 1977.
- MAYSAN PB and ROSENTHAL ST. Radiology in appendicitis. *Am J Roentgenol*, 103: 347, 1968.
- MESA G y GOMEZ FOSATTI C. Apendicitis aguda. *Pat Quir*. Montevideo. Edicur. Of. del Libro, T. 1.
- MULLER G y SABAH V. Análisis estadístico de 394 operaciones abdominales de urgencia. *Emerg Uruguay*, 3: 12, 1979.
- PRAT D. Apendicitis aguda; el tratamiento inmediato en cualquier momento de su evolución. *An Fac Med Montevideo*, 3: 439, 1918.
- PRAT D. El tratamiento de la apendicitis aguda y de la peritonitis apendicular. *An Fac. Med. Montevideo*, 6: 939, 1929.
- ROSA F. 183 observaciones de apendicitis aguda en el niño. *An Fac Med Montevideo*, 39: 71, 1954.
- SASSO RD and HANNA EA. Leucocytic and neutrophil counts in acute appendicitis. *Am J Surg*, 120: 563, 1970.
- SPITZ L. Acute appendicitis. *Surg Gynecol Obstet*, 130: 1850, 1970.
- SUIFFET W. Abdomen agudo de causa extragenital durante el estado grávido puerperal. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 16º, 1965, v. 2, p. 194.
- VALLS A. Apendicitis aguda. Cuadernos de Med. y Cirug. de Emergencia. Montevideo. A.E.M., 1971, p. 75.