



**Nombre de alumnos: Erick Urías Vázquez Díaz**

**Nombre del profesor: Ervin silvestre castillo**

**Nombre del trabajo: cuadro sinóptico “apendicitis”**

**Materia: prácticas profesionales**

**Grado: “9” noveno cuatrimestre**

**Grupo: “A”**

frontera Comalapa, Chiapas a 19 de abril de 2020.

# Apendicitis aguda

## Definición:

Es una de las causas comunes de operación quirúrgica, su frecuencia predomina en el grupo de edad comprendido entre los 10 y 30 años de edad,

## Epidemiología:

El riesgo de presentar apendicitis durante toda la vida es de 6-7 %. El pico de mayor incidencia es durante la segunda y tercera décadas de la vida, y es rara en menores de cinco o mayores de 50 años. Con mayor frecuencia en el sexo masculino y variando la incidencia entre diversos países debido al consumo bajo de fibra existe mayor presencia de apendicitis.

## Anatomía:

El apéndice es parte del ciego, formándose en la unión distal en donde se unen las tres tenías. Incluye fibras musculares y longitudinales.

## posición:

el apéndice tiene un tamaño promedio de 5-10 cm con un grosor de 0.5-1 cm. El apéndice puede mantener diversas posiciones, clásicamente se han postulado la retrocecal, retroileal, pélvica, cuadrante inferior derecho y cuadrante inf. Izquierdo, sin embargo, puede mantener cualquier posición en sentido de las manecillas del reloj en relación con la base del ciego.

## Etiología y fisiopatología:

La baja ingesta de fibra predispone la producción de heces duras, lo cual provoca mayor presión intracolónica con formación de fecalitos incrementada con un riesgo mayor de la obstrucción de la luz apendicular. Desde 1939 se demostró que la obstrucción de la luz apendicular produce una apendicitis. La causa más común de la obstrucción intestinal son los fecalitos, seguido de la hiperplasia linfoidea, fibras vegetales, semillas de frutas, restos de varios estudios radiológicos previos, gusanos intestinales y tumores como los carcinoides.

## Bacteriología:

*Bacteroides fragilis* se presenta en más de 70% de pacientes con apéndice fase III. En general más de 10 especies pueden ser cultivadas en pacientes con apendicitis infectada.

## Cuadro clínico y presentación

El diagnóstico de la apendicitis aguda continúa siendo clínico. Una historia bien desarrollada, así como una buena exploración física dan el diagnóstico en la mayoría de los casos. Cuando el diagnóstico se retrasa, el aumento de la morbilidad aumenta considerablemente.

En la etapa inicial de la apendicitis el dolor aumenta en el transcurso de 12 a 24 hrs. Y se presenta en 95% de los pacientes con esa entidad. El dolor es mediado por la fibra viscerales y característico por ser poco localizado en epigastrio derecho o a nivel peri umbilical, ocasionalmente como si fuera un calambre que no mejora con evacuaciones, el reposo o cambios de posiciones. En la inspección el paciente se mantiene en posición antialgica, temperatura elevada a 38 °c, pero algunos casos mantienen temperatura normal. La palpación abdominal muestra rebote positivo, resistencia abdominal voluntaria e involuntaria en ocasiones se palpa un plastrón y en mujeres el tacto rectal y vaginal son mandatorios y necesario para el diagnóstico diferencial.

## Puntos dolorosos:

- Punto doloroso de Mc burney
- Punto de Morris
- Punto de lanza
- Punto de Lecene

- Triada apendicular de dieulafoy
- Maniobra de Klein
- Maniobra de haussmann

## Signos:

- Signo de sumner
- Signo de blumberg
- Signo de mussy
- Signo de Aarón
- Signo de rovsing
- Signo de Chase
- Signo del Psoas
- Signo del obturador
- Signo de talo percusión
- Signo de britar
- Signo de llambias
- Signo de san Martino y Yodice
- Signo de chutro
- Signo de cope
- Signo de horn
- Signo de rove

## Estudios:

El hallazgo más común es la elevación de leucocitos a 15,000 mm<sup>3</sup>, pero no está presente siempre.

- Diagnóstico diferencial.
- Radiografías de abdomen
- Ultrasonido
- TAC

## Tratamiento:

En cualquier caso, de apendicitis aguda el tratamiento es quirúrgico y el uso de antibióticos en el pre y post operatorio debe ir encaminado hacia microorganismos aislados.