





UNIVERSIDAD DEL SURESTE

UNIDAD: 1

SEMESTRE: 3°

# Apendicitis Aguda

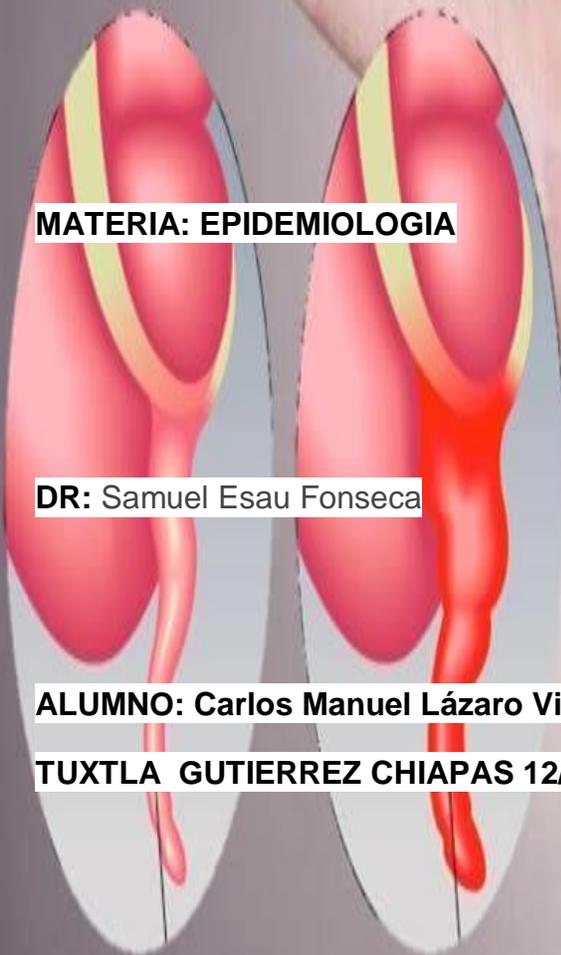
**TEMA:** Artículo Medico Apendicitis

**MATERIA:** EPIDEMIOLOGIA

**DR:** Samuel Esau Fonseca

**ALUMNO:** Carlos Manuel Lázaro Vicente

**TUXTLA GUTIERREZ CHIAPAS 12/08/20**



## INTRODUCCION:

La apendicitis se define como la inflamación del apéndice vermiforme y representa la causa más común de abdomen agudo e indicación quirúrgica de urgencia en el mundo.

El estudio del apéndice cecal se remonta a los dibujos anatómicos realizados por Leonardo da Vinci en 1492; fue posteriormente detallado por Berengario da Carpi en 1521 e ilustrado en el trabajo de Andreas Vesalius De Humani Corporis Fabrica, publicado en 1543.<sup>1</sup>

## ANATOMÍA

El apéndice vermiforme es una estructura tubular localizada en la pared posteromedial del ciego a 1.7 cm de la válvula ileocecal, donde las tenias del colon convergen en el ciego; su longitud promedio es de 91.2 y 80.3 mm en hombres y mujeres, respectivamente. Dicho apéndice es un divertículo verdadero, ya que su pared se conforma de mucosa, submucosa, muscular longitudinal y circular y serosa. Sus relaciones anatómicas son el músculo iliopsoas y el plexo lumbar de forma posterior y la pared abdominal de forma anterior. La irrigación del apéndice cecal es a través de la arteria apendicular; dicha arteria es una rama terminal de la arteria ileocólica, que atraviesa la longitud del mesoapéndice para terminar en la punta del órgano. El mesoapéndice es una estructura de tamaño variable en relación con el apéndice, lo cual le otorga la variabilidad en sus posiciones.<sup>2-4</sup> Por lo anterior, la punta del apéndice puede migrar hacia diferentes localizaciones: retrocecal, subcecal, preileal, postileal y pélvica.

## ETIOPATOGENIA

El evento patogénico central de la apendicitis aguda es la obstrucción de la luz apendicular,

la cual puede ser secundaria a fecalitos, hiperplasia linfoide, cuerpos extraños, parásitos y

tumores primarios (carcinoide, adenocarcinoma, sarcoma de Kaposi, linfoma, etcétera) o

metastásicos (colon y mama); la inflamación

de la pared apendicular es el fenómeno inicial,

para después presentar congestión vascular, isquemia, perforación y, en ocasiones, desarrollo

de abscesos localizados (contenidos) o peritonitis generalizada. Durante estos fenómenos

ocurre proliferación bacteriana: en el curso

temprano de la enfermedad aparecen microorganismos aeróbicos, para después presentarse

formas mixtas (aeróbicas y anaeróbicas).<sup>9,10</sup> De

manera normal, el apéndice cecal funciona

como reservorio de la microbiota de *E. coli* y

*Bacteroides spp.*, que son las más comunes;

sin embargo, se han encontrado pacientes con

microbiota predominantemente distinta, como

*Fusobacterium*; en el contexto de apendicitis

aguda, esta última se correlaciona con casos

de apendicitis complicadas (perforadas).<sup>11</sup>

Tales bacterias invaden la pared apendicular

y luego producen un exudado neutrofílico;  
el flujo de neutrófilos ocasiona una reacción  
fibrinopurulenta sobre la superficie serosa, así  
como irritación del peritoneo parietal adyacente

### CONTENIDO:

El dolor abdominal es el síntoma más frecuente que se presenta en los pacientes, aunque también están descritos otros síntomas como anorexia, náuseas, constipación/diarrea y fiebre.<sup>9,14</sup> El dolor es típicamente periumbilical y epigástrico, y más tarde migra hacia el cuadrante inferior derecho; no obstante, a pesar de ser considerado un síntoma clásico, el dolor migratorio ocurre sólo en 50 a 60% de los pacientes con apendicitis aguda.<sup>9</sup> La aparición de náuseas y vómitos ocurre después de la instalación del dolor, y la fiebre suele manifestarse alrededor de seis horas después del cuadro clínico; éste varía en forma considerable de una persona a otra, lo cual, en algunos casos, es atribuible a la localización de la punta del apéndice. Por ejemplo, un apéndice de localización anterior produce dolor marcado y localizado en el cuadrante inferior derecho, mientras que uno retrocecal puede ocasionar dolor abdominal sordo y en la región lumbar baja. Asimismo, por la irritación que produce el apéndice, pueden presentarse otros síntomas como urgencia miccional, disuria o síntomas rectales como tenesmo o diarrea.<sup>14</sup> El examen físico de estos pacientes debe realizarse con la toma de signos vitales; se puede encontrar temperatura corporal mayor de 38 oC, taquicardia y, en algunos casos, taquipnea. Los signos clínicos tempranos de apendicitis son frecuentemente inespecíficos.<sup>14</sup> Sin embargo, conforme la inflamación progresa, el involucramiento del peritoneo parietal ocasiona sensibilidad en el cuadrante inferior derecho y puede detectarse en la exploración física; el dolor puede exacerbarse con los movimientos o el reflejo de tos.

## CONCLUSION:

El tratamiento actual para apendicitis aguda va desde modalidades quirúrgicas hasta un manejo conservador. Por lo anterior y para su entendimiento es necesario conocer una clasificación de apendicitis aguda como la descrita por la Asociación Mexicana de Cirugía General;

- Apendicitis aguda: infiltración de leucocitos a la membrana basal en el apéndice cecal. • Apendicitis no complicada: apendicitis aguda sin datos de perforación. • Apendicitis complicada: apendicitis aguda perforada con y sin absceso localizado y/o peritonitis purulenta.