

Apendicitis

EPIDEMIOLOGÍA Se trata de un proceso de elevada frecuencia, siendo la principal causa de cirugía en la patología abdominal aguda (aproximadamente dos tercios de las laparotomías practicadas). El 7-12% de la población va a padecer apendicitis en algún momento de su vida, con una mayor incidencia entre los diez y los treinta años. Afecta a ambos sexos por igual, Su presentación es rara en los dos extremos de la vida, periodos en los cuales las complicaciones por perforación y la mortalidad son más elevadas, debido en gran parte a un posible retraso en el diagnóstico, ya que el cortejo sintomático con el que se expresa la enfermedad en estos grupos etarios es, en muchas ocasiones, poco expresivo: falta la fiebre, o el dolor no es muy intenso, o no existen vómitos, etc. . La mortalidad actual en apendicitis no perforadas es menor del 1%, pero puede llegar a ser del 5% en lactantes y en ancianos.

ANATOMÍA El apéndice vermiforme es un divertículo de forma alargada que mide entre 6 y 10 cm de longitud. Se localiza en el cuadrante inferior derecho del abdomen, implantándose en el borde distal del ciego aproximadamente a unos 3 cm de la válvula ileocecal. Está separado por un mesoapéndice que porta los vasos sanguíneos y linfáticos y es responsable de la inervación Su morfología es similar a la del resto del intestino grueso, pero su característica fundamental es que se encuentra infiltrado por masas difusas de tejido linfoide, observándose éstas en mayor número en gente joven (10-20 años). El apéndice no posee funciones digestivas ni absorptivas, y a pesar del tejido linfoide que contiene, su misión permanece desconocida hasta el momento. Su localización es intraperitoneal en la mayoría de los casos, pero cuando se inflama puede entrar en contacto, por proximidad, con el peritoneo parietal anterior. Posee un extremo móvil, que le permite cambiar de posición al girar sobre su base en función de los movimientos de contracción del ciego.

En la apendicitis simple o catarral se observa únicamente edema y congestión de la mucosa, situación que puede resolverse espontáneamente hacia la curación. Si el proceso evoluciona, aparecen erosiones y exudados que pueden hacerse hemorrágicos y que constituyen la apendicitis flemonosa. El siguiente paso es la formación de áreas de necrosis y desestructuración de la pared, definiendo así la apendicitis gangrenosa. Finalmente, al extenderse la necrosis se produce la perforación del fondo de saco, que va a dar lugar a la aparición de un absceso o plastrón apendicular. La rotura de un absceso también puede ocasionar la formación de fístulas entre el intestino delgado, sigma, ciego o vejiga.

PATOGENIA

La causa fundamental de dicha obstrucción es la hiperplasia de folículos linfoides, que es más frecuente en niños y adultos jóvenes, acorde con la mayor incidencia de apendicitis en estas edades

La obstrucción por la presencia de fecalitos se observa aproximadamente en el 35% de los pacientes, y en el resto puede ser debido a múltiples causas tales como cuerpos extraños, parásitos,

enfermedad de Crohn, tumores primarios o metastásicos y síndrome carcinoide. En algunas ocasiones no es posible identificar una causa clara, pero parece probable que el origen sea un fecalito que posteriormente es impulsado a la luz del ciego por los movimientos peristálticos del intestino grueso. Tras la obstrucción, la mucosa sigue segregando moco que va a ir elevando la presión intraluminal. Esta situación favorece el crecimiento bacteriano con la consiguiente producción de endotoxinas y exotoxinas que van a dañar el epitelio de la luz. , el aumento de la presión produce un compromiso arterial que genera isquemia y que finalmente conduce a la necrosis y gangrena del apéndice. Si la progresión del proceso es rápida, la perforación apendicular puede ocurrir a las 24-36 horas del inicio, con acceso libre a la cavidad peritoneal (peritonitis generalizada), mientras que si evoluciona lentamente suele desarrollar un absceso localizado periapendicular, de carácter más benigno. La inflamación recurrente del apéndice con la resolución completa entre cada episodio puede producir una apendicitis aguda recidivante, pero hay que tener en cuenta que un dolor abdominal de semanas o meses de evolución generalmente no va a estar ocasionado por la inflamación crónica del apéndice, salvo en el caso de un granuloma tuberculoso, amebiasis o enfermedad de Crohn apendicular

CLÍNICA Y EXPLORACIÓN

Habitualmente se manifiesta como un dolor abdominal difuso y generalizado, o bien se localiza en región epigástrica o periumbilical, aunque también puede aparecer directamente en fosa ilíaca derecha. Se trata de un dolor continuo, tipo visceral, con exacerbaciones cólicas y que aumenta con los movimientos, pero a medida que la inflamación avanza se hace somático y más intenso, como consecuencia de la irritación del peritoneo parietal. La mayoría de los pacientes presentan también anorexia, que se sucede de náuseas y vómitos en un alto porcentaje. La fiebre no es muy elevada, aproximadamente de 38°C. La presencia de temperatura más alta sugiere la posibilidad de una perforación apendicular. Generalmente, el apéndice se sitúa a un tercio de la línea que une la espina ilíaca anterosuperior con el ombligo (punto de Mc Burney), sin embargo puede presentarse en cualquier otra localización en función de la postura que adopte al girar sobre su base. De esta forma, lo más habitual es encontrar dolor y defensa muscular a la palpación profunda en el cuadrante inferior derecho, junto con una disminución de los ruidos hidroaéreos en todo el abdomen. Ambos se muestran en fases avanzadas del proceso inflamatorio sugiriendo la existencia de una peritonitis localizada. El signo de Blumberg o de rebote que se asocia a la irritación peritoneal, se detecta con mayor precisión mediante la percusión del abdomen que con las maniobras de descompresión rápida. La duración de los síntomas más allá de 24-36 horas aumenta el riesgo de perforación apendicular (80% se perforan después de 48 horas). En este caso, el dolor y la rigidez crecen en intensidad haciéndose más difusos, y simultáneamente aumentan la frecuencia cardíaca y la temperatura hasta alcanzar los 39-40 °C. En las apendicitis pélvicas, el dolor se proyecta en hipogastrio y puede acompañarse de tenesmo vesical o rectal. Tampoco se manifiesta la rigidez parietal. El signo del obturador nos va a ayudar a establecer el diagnóstico y consiste en la rotación interna del muslo derecho manteniendo la pierna flexionada. El tacto rectal puede reproducir el dolor al presionar en el fondo de saco del lado derecho, por proximidad con el apéndice. Otros signos de utilidad diagnóstica en la apendicitis aguda y que se presentan con cierta frecuencia son: el signo de Rovsing (dolor en cuadrante inferior derecho al palpar el cuadrante inferior izquierdo) y el signo de Dunphy (aumento del dolor con la tos).

Datos de laboratorio El hemograma muestra leucocitosis en el 80% de los pacientes (entre 10.000 y 20.000 por mm³), sin embargo este dato posee baja especificidad ya que los leucocitos también pueden elevarse en otros procesos inflamatorios del cuadrante inferior derecho. En ocasiones el nivel es normal, especialmente en ancianos, lo que no excluye la posibilidad de la enfermedad. El análisis seriado de leucocitos a las 4 y 8 horas, en los pacientes con sospecha de apendicitis aguda, puede aumentar el valor predictivo positivo de la prueba (salvo en los casos de perforación, en los que inicialmente disminuyen). Con mayor frecuencia puede observarse neutrofilia

En el análisis de orina podemos encontrar escasos leucocitos, hematíes o proteínas, consecuencia de la irritación del ureter o la vejiga, sin embargo estos datos son más útiles en el diagnóstico diferencial de la patología urológica primaria.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL El número de cuadros clínicos que cursan con dolor abdominal similar al de la apendicitis es muy grande. En los casos en los que no es posible hacer un diagnóstico diferencial claro es preferible mantener amplios criterios y considerar dichos procesos como apendicitis aguda, ya que el retraso conlleva una mayor probabilidad de perforación y de posibles complicaciones secundarias. Las alteraciones más habituales que dificultan el diagnóstico son la gastroenteritis aguda, colecistitis, pielitis, salpingitis, absceso tubo-ovárico y la rotura de un folículo ovárico. Otros procesos a tener en cuenta son la linfadenitis mesentérica, ileítis terminal, diverticulitis de Meckel, torsión de un quiste de ovario, rotura de embarazo ectópico, litiasis ureteral y neumonías de la base derecha. En todas las mujeres con sospecha de apendicitis debemos realizar una exploración pévica adecuada para descartar la patología ginecológica.

TRATAMIENTO El tratamiento de elección en las apendicitis no perforadas es la apendicectomía urgente en las primeras 24 horas. Diversos estudios que han empleado un tratamiento conservador con antibioterapia, muestran la necesidad de un tratamiento posterior con apendicectomía en el 40% de los pacientes. La profilaxis con antibiótico (cefoxitina) previa a la operación y durante las siguientes veinticuatro horas previene la infección de la herida quirúrgica, pero no influye sobre la posible formación de un absceso intrabdominal.

Bibliografía

<https://botplusweb.portalfarma.com/Documentos/backup/Documentacion/Documentos/panorama%20documentos%20multimedia/PAM231%20APENDICITIS%20AGUDA.PDF>