

Universidad del sureste.

Nombre: Frida Citlali Hernández Pérez

Materia: Epidemiología II

Docente: Dr. Samuel Esaú Fonseca Fierro

Tema: Resumen sobre “Apendicitis”

Unidad I

Fecha: 10/ 09/ 2020

APENDICITIS AGUDA

Introducción

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 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. 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.

La apendicitis aguda representa la indicación más común de cirugía abdominal no traumática de urgencia en el mundo; es una entidad que ocurre con mayor frecuencia entre la segunda y tercera décadas de la vida. El riesgo de presentarla es de 16.33% en hombres y 16.34% en mujeres. Su incidencia anual es de 139.54 por 100,000 habitantes; se asocia con sobrepeso en 18.5% y obesidad en 81.5%.

Desarrollo

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 o metastásicos; la inflamación de la pared apendicular es el fenómeno inicial, para después presentar congestión vascular, isquemia, perforación y, en ocasiones, desarrollo de abscesos localizados 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). De manera normal, el apéndice cecal funciona como reservorio de la microbiota de *E. coli* y *Bacteroides* spp. 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. 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. Una vez que la inflamación y la necrosis ocurren, el apéndice se encuentra en riesgo de perforación, lo que conduce a la formación de abscesos localizados o peritonitis difusa.

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. El dolor es típicamente periumbilical y epigástrico, y más tarde migra hacia el cuadrante inferior derecho. 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. El examen físico de estos pacientes debe realizarse con la toma de signos vitales; se puede encontrar temperatura corporal mayor de 38 °C,

taquicardia y, en algunos casos, taquipnea. Los signos clínicos tempranos de apendicitis son frecuentemente inespecíficos. 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. El punto máximo de dolor en el abdomen corresponde casi siempre al punto de McBurney. El paciente se encontrará sensible y mostrará signos de irritación peritoneal con defensa muscular localizada.

El conteo leucocitario mayor de 10,000 células/ mm³ y desviación a la izquierda con proteína C reactiva mayor de 1.5 mg/l son indicadores diagnósticos para apendicitis aguda. La leucocitosis mayor de 20,000/μl se asocia con perforación apendicular.

La tomografía computarizada representa uno de los estudios de imagen que nos permite un diagnóstico más preciso y, asimismo, diferenciar entre apendicitis aguda perforada y no perforada. Los signos radiológicos descritos para el diagnóstico de apendicitis aguda son los siguientes: aumento del diámetro apendicular mayor de 6mm, espesor de la pared apendicular mayor de dos milímetros, grasa periapendicular encallada, reforzamiento de la pared apendicular.

El ultrasonido abdominal es un método de estudio operador dependiente; no obstante, es barato e idóneo para el diagnóstico. El hallazgo reportado por ultrasonido es un diámetro apendicular mayor de 6mm.

La resonancia Magnética es considerada el estudio radiográfico de elección en mujeres embarazadas con sospecha clínica de apendicitis aguda. El parámetro utilizado para el diagnóstico mediante resonancia magnética es el diámetro apendicular; se reporta un apéndice con un diámetro mayor de 7mm como diagnóstico de apendicitis aguda, y aquellos entre 6-7 mm como un hallazgo inconcluso.

El diagnóstico de esta patología se realiza de acuerdo con los hallazgos del interrogatorio, la exploración física y los resultados de laboratorio y/o imagen. La escala de Alvarado es la más utilizada para su diagnóstico y ha sido modificada desde su introducción, asigna un puntaje de acuerdo con los siguientes criterios: dolor migratorio hacia la fosa iliaca derecha (1 punto), anorexia (1 punto), náusea y vómito (1 punto), dolor ante la palpación en la fosa iliaca derecha (2 puntos), rebote positivo en la fosa iliaca derecha (1 punto), temperatura mayor de 37.5 (1 punto) y leucocitosis (2 puntos). De acuerdo con la suma de puntos será el manejo:

- Puntaje 0-3: bajo riesgo para apendicitis y podría egresarse con la consejería de regresar si no presenta mejoría sintomática.
- Puntaje 4-6: hospitalización; si el puntaje se mantiene igual después de 12 horas, se recomienda la intervención quirúrgica.
- Hombre con puntaje de 7-9: apendicectomía.
- Mujeres no embarazadas con puntaje de 7-9: laparoscopia diagnóstica y apendicectomía si se encuentra indicada por los hallazgos transoperatorios.

El tratamiento actual para apendicitis aguda va desde modalidades quirúrgicas hasta un manejo conservador. Con anterioridad se consideraba una alternativa el manejo de las apendicitis no complicadas mediante tratamiento conservador con antibióticos; sin embargo, los últimos resultados de meta análisis en donde comparan el manejo conservador versus el quirúrgico han encontrado el manejo quirúrgico como la modalidad de tratamiento de elección en este tipo de pacientes. El manejo es quirúrgico mediante abordaje laparoscópico idealmente.

Conclusión

La apendicitis es una inflamación del apéndice vermiforme, es una de las causas principales de cirugía abdominal de urgencia. Ocurre de manera más frecuente a los 20 y 30 años de edad, ocurre casi con la misma frecuencia en hombres como en mujeres. Los síntomas más frecuentes para esta patología es el dolor abdominal aunque en ocasiones viene acompañado con otros síntomas como anorexia, náuseas, diarrea y fiebre. El punto máximo de dolor en el abdomen corresponde casi siempre al punto de McBurney. El diagnóstico se va realizar de acuerdo a los hallazgos obtenidos del interrogatorio, exploración física y los resultados que se obtengan de los estudios de laboratorio o estudios de imagen, la tomografía computarizada es la que nos va a brindar un diagnóstico más preciso y además de eso nos permitirá saber si se trata de apendicitis aguda perforada o no perforada, en el caso de mujeres embarazadas con sospecha clínica de apendicitis aguda la resonancia magnética es el estudio de elección; para el diagnóstico también se puede utilizar la escala de Alvarado. El tratamiento de elección para apendicitis aguda es quirúrgico y se realiza mediante abordaje laparoscópico.

Bibliografía

Hernández, J., De León, J., Martínez, M., Guzmán, J., Palomeque, A., Cruz, N. & José, H. (2019). Apendicitis aguda: revisión de la literatura. Septiembre 10,2020, de Cirujano General Sitio web: <http://www.medigraphic.com/cirujanogeneral>