

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS TUXTLA GUTIÉRREZ**

**EPIDEMIOLOGIA II
PRIMERA UNIDAD**

**TEMA:
APENDICITIS**

**DOCENTE:
DR. Samuel Esaú Fonseca Fierro**

**ALUMNO:
Ángel Gerardo Valdez Cuxim**

**MEDICINA HUMANA
TERCER SEMESTRE**

“APENDICITIS”

Introducción

El proceso inflamatorio agudo del apéndice representa una de las urgencias más comunes a las que se enfrenta un cirujano. Se presenta, generalmente, en pacientes entre la segunda y tercera décadas de la vida, siendo menos frecuente en los extremos de la vida. El riesgo estimado para presentar esta patología es entre 7 y 8%.

Son múltiples las acciones que se le atribuyen a este órgano; sirve como reservorio natural de bacterias capaces de repoblar el tracto gastrointestinal y además es un órgano inmunológico con distintas funciones aún no comprendidas en su totalidad. Estas funciones se han corroborado en pacientes sometidos a apendicectomía, observando hallazgos interesantes relacionados con un aumento en el riesgo de infección severa por *Clostridium difficile* o a una disminución en el riesgo de colitis ulcerativa, demostrando que la resección del órgano no es del todo inocua.

Existen diversas causas capaces de provocar apendicitis, es sabido que es secundaria a obstrucción del lumen apendicular por apendicolito, material orgánico o sustancias sólidas con subsecuente acumulación de líquido, isquemia, necrosis y/o perforación; sin embargo, existen estudios donde se han encontrado factores genéticos, ambientales, neurogénicos y étnicos capaces de producir esta enfermedad. Los microorganismos encontrados comúnmente son *Escherichia coli* y bacteroides. En últimos estudios, se han encontrado bacterias como *Fusobacterium* en pacientes con perforación.

Se pensaba que el proceso inflamatorio apendicular era un continuo donde, mientras más tiempo pasaba entre el inicio de síntomas y el tratamiento, los riesgos de complicaciones como necrosis, perforación y formación de abscesos eran mayores

Debido a que existen diversos factores etiológicos y que el mecanismo fisiopatológico es diferente, se han producido dudas en cuanto a la evolución clínica del cuadro y esto, aunado a que la cirugía conlleva algunos riesgos tanto en la morbilidad como en la mortalidad en los pacientes. Con el fin de poder discriminar entre qué pacientes se presentan con un cuadro complicado de otros pacientes con un cuadro no complicado, se han tratado de investigar marcadores sanguíneos o hallazgos radiológicos que pudieran orientarnos. Se ha visto que una cifra mayor a 50 mg/dL de proteína C reactiva se asocia, de manera independiente, a un aumento en el riesgo de perforación, al igual que la leucocitosis. Por otro lado, se ha intentado encontrar uso a la procalcitonina como marcador de inflamación en apendicitis aguda, sin embargo, no ha demostrado sensibilidad y especificidad adecuadas.

Desarrollo:

El manejo tradicional para apendicitis, tanto complicada como no complicada, es la apendicectomía. Es uno de los procedimientos más realizados por los cirujanos generales en el mundo, y la realización del mismo se asocia a baja morbilidad y mortalidad. La tasa de complicación perioperatoria por apendicitis varía del 2.5 hasta 48%.¹⁸ Los abordajes quirúrgicos para apendicectomía han evolucionado en los últimos años, pasando de un abordaje abierto a otros de mínima invasión, como la laparoscopia convencional, el puerto único, la cirugía por orificios naturales e incluso, el abordaje endoscópico. Se han hecho estudios comparando los diversos abordajes y los resultados son diversos. En la mayoría de los estudios actuales se ha demostrado que la laparoscopia es una herramienta útil y eficaz para el manejo de apendicitis sin que exista mayor riesgo para el paciente.

Se ha demostrado, también, que el uso temprano de laparoscopia en pacientes con datos dudosos favorece un diagnóstico certero. Una limitante importante en el uso de esta herramienta es que aún hay hospitales que no cuentan de forma rutinaria con este recurso y, además, el costo tiende a ser mayor. Otro factor a tomar en cuenta en cuanto a la cirugía de apéndice es el tiempo ideal para operar. Se piensa que si se espera más tiempo en realizar la cirugía, el riesgo de perforación o complicación aumenta; sin embargo, esta idea no es del todo concluyente.

Hoy en día hay curiosidad sobre qué otras opciones podemos ofrecer a pacientes con apendicitis aguda. Existe una técnica endoscópica descrita por BinRoung Li para el tratamiento de apendicitis aguda, la cual consiste en la canulación del lumen apendicular, la resolución de la obstrucción apendicular y la colocación de una endoprótesis para evitar recurrencia, con el objeto de evitar y disminuir la resección de apéndices sanos. Reporta una tasa de efectividad del 97% con tiempo de procedimiento medio de 30 minutos y estancia intrahospitalaria de 5.5 días. A pesar de que representa una terapia interesante y con baja tasa de complicaciones y efectividad adecuada, la realización de la misma amerita una preparación especial del endoscopista, además de instrumentos específicos para su realización.

Una parte esencial en el manejo de pacientes con apendicitis aguda es el uso de antibióticos. Su uso ha sido investigado con el fin de determinar cuándo debe de iniciarse, qué tipo de antibiótico debe usarse, por cuánto tiempo y, en últimos años, como elemento único en el manejo de esta enfermedad. Uno de los problemas a los que se encuentra expuesto el uso de estos medicamentos es la resistencia antimicrobiana la cual incrementa los costos, aumenta los días de estancia intrahospitalaria y la mortalidad.

El manejo antibiótico debe cubrir, idealmente, microorganismos aerobios y anaerobios. Andersen et al. Propusieron el uso de cefalosporinas e imidazoles.²⁹ Ravari et al. demostraron que el uso de metronidazol oral de forma preoperatoria es suficiente como parte del tratamiento de apendicitis no complicada y es comparable con el uso del mismo antibiótico de forma intravenosa.

En cuanto al tiempo de inicio de antibiótico y la duración del mismo, se recomienda que todo paciente con apendicitis debe recibir antibióticos de amplio espectro de forma preoperatoria (30 a 60 minutos antes de la incisión) manteniendo el tratamiento solo en casos de complicación y la suspensión dependerá de datos clínicos y bioquímicos específicos de los pacientes ya que la administración del mismo se ha visto relacionada a una disminución en la tasa de infección de herida quirúrgica y de formación de abscesos intraabdominales.

El manejo posoperatorio es controversial, actualmente se recomienda el uso en apendicitis complicada, durante 3 a 5 días, aunque se ha visto que hay el mismo resultado cuando se administran antibióticos durante únicamente 3 días. Otra estrategia es mantener el uso de antibióticos y suspenderlos en cuanto el paciente presente resolución de la fiebre, tenga disminución en la cifra total de leucocitos, tolere dos comidas consecutivas, se mueva independiente y no tenga dolor.

El manejo estándar de la apendicitis es la resección del órgano afectado; sin embargo, durante mucho tiempo se han investigado estrategias diferentes para su resolución. En ocasiones se tienen pacientes de alto riesgo donde la cirugía podría representar un peligro, disminuyendo el beneficio y aumentando la morbilidad y/o mortalidad.³³ De igual manera, la cirugía no es un proceso inocuo y es sabido que la realización de cualquier procedimiento quirúrgico aumenta el riesgo de adherencias y, por tanto, de oclusión intestinal, además de someter al paciente a riesgos inherentes de la cirugía ya sea durante o después del procedimiento.

Hay muchos artículos que hacen una comparación entre la cirugía como parte del tratamiento de apendicitis aguda y el manejo médico para resolución de la misma sin llegar al quirófano. Los resultados son diversos. De primera instancia, es importante poder estratificar a los pacientes de acuerdo a la presencia, o no, de complicaciones. La mayoría de los estudios demuestran que el uso de antibióticos únicamente puede ser adecuado para el manejo de la mayoría de los cuadros de apendicitis no complicada; sin embargo, algunos comentan que hay riesgo alto de recurrencia o complicaciones que ameritarán, en algún momento, exploración quirúrgica y otros que no demuestran ventajas o desventajas.

Conclusión:

El manejo adecuado, a pesar de los estudios mencionados, es controversial. Para poder decidir de manera correcta qué pacientes pudieran beneficiarse por uno u otro abordaje, es necesario, en primera instancia, determinar la gravedad del cuadro clínico de apendicitis y estratificar a los pacientes en cuadros complicados y no complicados, ya que el resultado de un manejo no quirúrgico es diferente en estos pacientes. De igual manera, seleccionar si someter un paciente a cirugía, o no, dependerá del hospital en el que se encuentre, ya que si la tasa de complicación con cirugía es baja en una institución, el manejo ideal sería la cirugía y, lo contrario, si se tienen buenos resultados con manejo antibiótico, el manejo deberá ser ese. Mientras no exista un método confiable que determine qué pacientes tienen apendicitis complicada y no complicada, los estudios que hablen sobre el manejo de pacientes con apendicitis no complicada van a incluir, indiscutiblemente, pacientes con procesos complicados, los cuales van a recibir tratamiento antibiótico de primera instancia y el retraso para el manejo quirúrgico aumenta la estancia hospitalaria y un aumento en la morbilidad y mortalidad.

En conclusión, la habilidad para predecir qué pacientes se pueden ver beneficiados con apendicectomía temprana y cuales se beneficiarían con manejo no quirúrgico puede reducir significativamente los costos y recursos tanto humanos como financieros.

BIBLIOGRAFIA:

Souza,L. & Martinez, J.. (2017). Apendicitis aguda. Manejo quirúrgico y no quirúrgico . Septiembre 11, 2020, de Rev Med Inst Mex Seguro Soc Sitio web: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im171p.pdf>