

**Resumen: Apendicitis, Diverticulitis,
Hemorragia Digestiva**

Kira Juárez Zebadúa

Clínica Quirúrgica

5° semestre

Medicina Humana

Universidad Del Sureste



Apendicitis

La apendicitis aguda es en extremo común. En Estados Unidos el riesgo de desarrollar apendicitis es del 12% para varones y del 25% para mujeres.

El apéndice se inflama, edematiza y gangrena y, por último, se perfora si no recibe tratamiento. La apendicitis se relaciona con la obstrucción intraluminal en el apéndice por un fecalito (es decir, trozo de heces induradas), litos biliares, tumores, parásitos o tejido linfático.

Suele tener inicio abrupto, con dolor referido al epigastrio o la región periumbilical. Este dolor se debe a la distensión del apéndice durante el proceso inflamatorio temprano. Casi al mismo tiempo que el dolor aparece, existen 1 o 2 episodios de náuseas. Al inicio, el dolor es vago, pero en un período de 2 h a 12 h se intensifica de manera gradual y puede volverse de tipo cólico. Cuando el proceso inflamatorio se extiende para afectar la capa serosa del apéndice y el peritoneo, el dolor se localiza en el cuadrante inferior derecho. Puede existir elevación del conteo leucocitario, pero no en todos los casos.

La palpación del abdomen suele revelar hipersensibilidad a la palpación profunda en el cuadrante inferior derecho, que se limita a un área pequeña cercana al tamaño de la punta de un dedo.

Suele localizarse casi en el mismo sitio que el apéndice inflamado. La persona con apendicitis con frecuencia es capaz de situar su dedo justo por encima del área donde se manifiesta el dolor. Son comunes el dolor de rebote,

aquel que se presenta cuando se aplica presión sobre el área y luego se libera, y el espasmo de los músculos abdominales suprayacentes.

El diagnóstico suele tener como base el interrogatorio clínico y los hallazgos de la exploración física. La ecografía o la TC pueden utilizarse para confirmar el diagnóstico en los casos en que se sospechan causas alternativas de dolor abdominal.

- Diagnóstico adulto mayor

La enfermedad puede empezar en una forma atípica e insidiosa, con dolor constante poco intenso y temperatura normal, con ligera elevación e incluso hipotermia. Frecuentemente el dolor se presenta en forma generalizada de larga duración (más de tres días), distensión abdominal, disminución de ruidos intestinales, existe parálisis intestinal con meteorismo, siendo este uno de los síntomas más frecuentes, puede hacer pensar en obstrucción intestinal; se puede palpar una masa en cuadrante inferior derecho del abdomen, escasa o nula defensa abdominal. El adulto mayor puede presentar cuadro confusional agudo y deterioro del estado general.

En todo adulto mayor con dolor abdominal de evolución aguda o subaguda interrogar el tiempo de evolución, evaluar signos vitales incluyendo tensión arterial, frecuencia cardíaca, respiratoria y temperatura. En abdomen auscultar ruidos peristálticos, buscar mediante palpación superficial y profunda tumoraciones, signos de irritación abdominal y puntos dolorosos específicos como Murphy y Mc Burney, explorar ambas regiones inguinales y genitales.

- Diagnóstico durante el embarazo

La apendicitis aguda es el padecimiento quirúrgico no obstétrico, más común durante el embarazo y sobre todo en el segundo trimestre.

Toda paciente en edad fértil con amenorrea y dolor abdominal en cuadrantes derechos se debe descartar gestación (prueba inmunológica de embarazo).

Con el crecimiento uterino el apéndice y ciego puede desplazarse hasta 3-4 cm, por arriba de su localización normal por lo cual en la exploración de la gestante se deberá tomar en cuenta lo anterior con la finalidad de modificar la realización de maniobras y establecer un diagnóstico más preciso. Se ha observado que el apéndice retorna a su posición normal hacia el décimo día post parto.

- Diagnóstico edad pediátrica

En la edad pediátrica, la mayor incidencia de apendicitis se presenta entre los 6 a 10 años de vida y en el sexo masculino 2:1. La mortalidad es más frecuente en neonatos y lactantes por su dificultad diagnóstica.

El vómito aparece habitualmente después de la presentación del dolor, y suele ser de contenido gastro-alimentario. Se refiere que la náusea y el vómito puede preceder al dolor abdominal en caso de que el cuadro apendicular sea retrocecal ascendente (15%) En muchas ocasiones manifiesta anorexia desde el inicio de los síntomas.

La fiebre habitualmente no es alta (menos de 38.5 grados). En múltiples ocasiones el paciente puede cursar afebril.

El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica del apéndice. Entre sus complicaciones se encuentran la peritonitis, la formación de un absceso periapendicular localizado y la septicemia.

Diverticulitis

La diverticulitis es una complicación de la diverticulosis, en la que existe inflamación y perforación macroscópica o microscópica del divertículo. Uno de los malestares más frecuentes es el dolor en el cuadrante inferior izquierdo, que se acompaña de náuseas y vómito; el dolor a la palpación en el mismo cuadrante, la febrícula y la elevación del conteo leucocitario

Estos síntomas suelen persistir varios días, a menos que se presenten complicaciones, y tienden a derivar de la inflamación localizada de los divertículos, con perforación y desarrollo de abscesos pequeños localizados. Entre las complicaciones, se encuentran la perforación con peritonitis, hemorragia y obstrucción intestinal. Pueden formarse fístulas que afectan la vejiga (p. ej., fístula vesicosigmoidea), pero en ocasiones afectan la piel, la región perianal, la vagina o el intestino delgado. La neumaturia (es decir, salida de aire junto con la orina) es un signo de fístula vesicosigmoidea.

El diagnóstico de la enfermedad diverticular se basa en la anamnesis y en las manifestaciones clínicas de presentación. El trastorno puede confirmarse mediante TC o estudios ultrasonográficos. **La TC es la técnica más segura y costeable.**

Es posible solicitar una placa simple de abdomen para detectar complicaciones relacionadas con la diverticulitis aguda.

El tratamiento usual de la enfermedad diverticular consiste en la prevención de los síntomas y las complicaciones. Esto incluye el incremento del volumen de fibra en la dieta y el reentrenamiento intestinal, de manera que la persona presenta, por lo menos, una evacuación cada día. El incremento de la fibra en la dieta promueve la defecación a intervalos regulares, e incrementa el contenido y el diámetro del colon, con lo que disminuye la presión intraluminal. La diverticulitis aguda se maneja mediante el retiro temporal de los alimentos sólidos y la administración de un antibiótico de amplio espectro.

Pudiera requerirse hospitalización en personas que muestran inflamación intensa, no pueden tolerar líquidos por vía oral, se encuentran febriles o cursan con signos y síntomas que sugieren afectación sistémica.

Dos fármacos inmunomoduladores, como la mesalamina y los probióticos, son medicamentos que se utilizan cada vez con más frecuencia para el manejo de la enfermedad diverticular. El tratamiento quirúrgico se reserva para las personas que experimentan síntomas persistentes y complicaciones.

Hemorragia Digestiva

La hemorragia digestiva es toda pérdida de sangre proveniente del tubo digestivo. Constituye una enfermedad frecuente en los servicios de urgencias, con una tasa de mortalidad entre el 5- 10%, dependiendo de la etiología del sangrado, comorbilidad, edad, cuantía y ubicación. Hay múltiples clasificaciones de las

hemorragias digestivas, sin embargo, las principales son según el sitio de origen y cuantía de la hemorragia. Según su localización o sitio de origen, pueden clasificarse en hemorragia digestiva alta (HDA), con origen desde la faringe hasta el ángulo de Treitz (o unión duodenoyeyunal), y hemorragia digestiva baja (HDB), con origen desde distal a este punto hasta el ano.

Las formas de presentación de la HDA son variables, entre ellas se encuentran:

Hematemesis: vómito de sangre fresca o restos hemáticos digeridos. Sin embargo, se debe descartar un origen respiratorio (hemoptisis) u otorrinolaringológico, tratándose de sangre deglutida.

Melena: deposiciones negras, pastosas, pegajosas, fétidas, similares a alquitrán. Es la forma más frecuente de presentación de HDA, sin embargo, puede tratarse también de HDB con tránsito lento en que la hemoglobina ya haya sufrido digestión y haya sido degradada por la flora entérica. Se debe descartar siempre la ingesta de alimentos o fármacos que puedan simular melena, como betarraga, sales de bismuto, consumo de hierro, entre otras sustancias que suelen teñir las heces. La cantidad mínima de sangre perdida para que haya melena se estima en 50 cm³) y puede persistir hasta 5 días después del cese del sangrado.

Hematoquecia: sangrado vía anal de una coloración roja con coágulos. Generalmente se trata de hemorragias del colon distal y recto y cuando tienen un origen más alto (5% de los casos) indican una aceleración del tránsito, pacientes en los que hay que tener especial cuidado porque puede indicar pérdida importante de sangre.

Anemia por sangrado crónico oculto: el paciente puede consultar por síntomas o signos de anemia, ser un hallazgo de laboratorio o evidenciarse en un test de hemorragias ocultas. La anemia por sangrado crónico

suele ser de tipo ferropénica (microcítica, hipocrómica), mientras que aquellas por sangrado agudo son normocíticas y normocrómicas.

Las causas más frecuentes son úlcera péptica gastroduodenal, várices gastroesofágicas y lesiones erosivas de la mucosa gástrica. Las erosiones gástricas provocan hemorragias, y una de las causas más frecuentes es la ingesta de AINEs, seguido de la ingesta de alcohol y condiciones de estrés en pacientes graves. La terapéutica endoscópica es infructuosa, dado el múltiple número de erosiones, sin embargo, la mayor parte de estas hemorragias responden al tratamiento médico.

Los pasos a seguir en un paciente con hemorragia digestiva son:

1. Evaluación inicial del paciente y reanimación hemodinámica
2. Establecer el origen del sangrado
3. Detener la hemorragia si es posible
4. Tratar el trastorno causal
5. Prevenir recurrencias