

Licenciatura en Medicina Humana

Materia:

Imagenología

Trabajo:

Apendicitis

Docente:

Dr. Fonseca Fierro Samuel Esaú

Alumno:

Carlos Alfredo Solano Díaz.

Semestre y Grupo:

3° "A"

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a; 19 de octubre de 2020.

INCIDENCIA Y EPIDEMIOLOGÍA

La apendicitis ocurre más a menudo en sociedades occidentalizadas. Aunque su incidencia ha disminuido por razones desconocidas, la apendicitis aguda es aún la urgencia quirúrgica más común que afecta al abdomen, con una tasa de casi 100 casos por 100 000 personas- años en Europa mientras que en el continente americano es de casi 11 casos por 10 000 personas-años. Casi 9% de los varones y 7% de las mujeres experimentarán un episodio a lo largo de su vida. Las apendicitis ocurren más a menudo entre los 10 y 19 años de edad, aunque la edad promedio al momento del diagnóstico parece incrementarse de manera gradual, al igual que la frecuencia de la enfermedad en estadounidenses de raza negra, asiáticos y estadounidenses nativos.

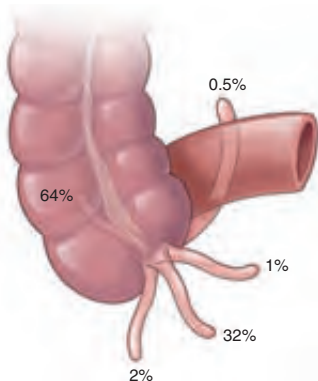
PATOGENIA DE LA APENDICITIS Y DE LA PERFORACIÓN APENDICULAR

La apendicitis se describió por primera vez en 1886, por Reginald Fitz. Su causa aún no se comprende por completo.

Los fecalitos, los residuos alimentarios digeridos de manera incompleta, la hiperplasia linfoide, cicatrización intraluminal, tumores, bacterias, virus y enfermedad intestinal in amatoria se han relacionado con la inflamación del apéndice y apendicitis.

Los fecalitos apendiculares (apendicolitos) se encuentran en casi 50% de los pacientes con apendicitis gangrenosa con perforación, pero rara vez se identifican en individuos con enfermedad simple.

Como se mencionó antes, la incidencia de apendicitis perforada, pero no de apendicitis no complicada, se ha incrementado. La tasa de apendicitis perforada y no perforada tiene correlación en varones, pero no en mujeres.



MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los métodos más refinados para el diagnóstico, tratamiento de sostén e intervención quirúrgica probablemente expliquen la notable disminución en el riesgo de mortalidad por apendicitis simple a <1%. Sin embargo, aún es importante identificar a pacientes que podrían tener apendicitis en etapas tan tempranas como sea posible para reducir el riesgo de desarrollar complicaciones. Los pacientes que tienen síntomas por más de 48 h tienen mayor probabilidad de sufrir perforación.

La apendicitis debe incluirse en el diagnóstico diferencial de dolor abdominal para todo paciente de cualquier edad a menos que exista la certeza de que el órgano se extirpó antes.

¿Cuáles son los síntomas clásicos? En primer lugar, ocurren síntomas inespecíficos. Los pacientes pueden observar cambios en el hábito intestinal, malestar y quizá dolor abdominal vago, intermitente, de tipo cólico, en el epigastrio o en la región periumbilical. Más tarde, en 12 a 24 h, el dolor migra hacia el cuadrante inferior derecho del abdomen, donde se torna más agudo y puede ubicarse de manera definitiva a causa de la inflamación transmural cuando el apéndice irrita el peritoneo parietal.

Los pacientes con apendicitis por lo general permanecen inmóviles para evitar la irritación peritoneal causada por el movimiento y podrían reportar cierta molestia cuando el automóvil golpea sobre obstáculos en el trayecto al hospital, al toser, al estornudar o con otras acciones que replican la maniobra de Valsalva.

Escala de Alvarado.

Parámetro	Manifestaciones	Valor
Síntomas	Migración del dolor	1
	Anorexia	1
	Náuseas y/o vómito	1
Signos	Dolor en cuadrante inferior DERECHO	2
	Rebote (signo de Blumberg)	1
	Fiebre > 38°C	1
Laboratorio	Leucocitosis (> 10,000)	2
	Desviación a la izquierda de neutrófilos con neutrofilia >75%	1

PRUEBAS DE LABORATORIO

Estas pruebas no identifican a pacientes con apendicitis, pero son útiles para el diagnóstico diferencial. El recuento de leucocitos se encuentra con elevación leve a moderada en casi 70% de los pacientes con apendicitis simple (con leucocitosis de 10 000 a 18 000 células/ μ L). En casi 95% de los casos hay una “desviación a la izquierda” hacia los leucocitos polimorfonucleares inmaduros.

ESTUDIOS DE IMAGEN

Las radiografías simples de abdomen rara vez son de utilidad y no se solicitan de manera sistemática a menos que el médico sospeche sobre otras enfermedades como obstrucción intestinal, perforación visceral o litiasis urinaria. Menos de 5% de los pacientes presenta un fecalito radiopaco en el cuadrante inferior derecho del abdomen.

La ecografía, en especial las técnicas intravaginales, parecen ser de gran utilidad para identificar enfermedades pélvicas en mujeres.

Los datos ecográficos que sugieren la presencia de apendicitis incluyen engrosamiento de la pared, aumento del diámetro apendicular y la presencia de líquido libre.

La sensibilidad y especificidad de la CT son de 0.94 y 0.95, respectivamente. Así, las imágenes por CT, dado su elevado valor predictivo negativo, pueden ser de gran utilidad si existe duda diagnóstica, aunque los estudios realizados en etapas tempranas de la evolución de la enfermedad podrían no reportar datos radiográficos típicos.

TRATAMIENTO

En ausencia de contraindicaciones, un paciente con datos clínicos sugestivos por la anamnesis y la exploración física con datos de laboratorio que apoyen el diagnóstico deben ser sometidos a apendicectomía de manera urgente. En tal caso, no son necesarios los estudios de imagen. En pacientes en quienes la valoración es sugestiva pero no convincente, son apropiados los estudios de imagen y otros estudios adicionales. La ecografía pélvica está indicada en mujeres en edad fértil. Más tarde, la CT puede indicar con precisión la presencia de apendicitis o de otra enfermedad intraabdominal que sea indicación para cirugía. Siempre que exista duda diagnóstica, es prudente mantener en observación al paciente y repetir la exploración abdominal en un lapso de 6 a 8 h.

El tratamiento de los pacientes que se presentan con una tumoración que sugiere un flemón o absceso puede ser más difícil. Ellos evolucionan mejor con antibióticos de amplio espectro, drenaje si el absceso es >3 cm de diámetro y líquidos parenterales y reposo intestinal si parece haber respuesta al tratamiento conservador. El apéndice puede extirparse con mayor facilidad seis a 12 semanas más tarde, una vez que haya disminuido la inflamación.

En ausencia de complicaciones, la mayor parte de los pacientes pueden ser dados de alta en 24 a 40 h después de la operación. La complicación posoperatoria más común es la fiebre y leucocitosis. La persistencia de estos datos después del

quinto día debe hacer surgir la sospecha de posible absceso intraabdominal. La tasa de mortalidad para la apendicitis no complicada, no perforada, es de 0.1 a 0.5%, lo que se acerca al riesgo de la anestesia general.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.

- Dan, L., Deniis, L., Larry, J., & Loscazo, J. (2012). Harrison Principios de Medicina Interna (18a Edicion ed., Vol. 2). CD MX, CD MX, Mexico: Mc Graw Hill.