



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

“APENDICECTOMÍA”

ALUMNA: ALEJANDRA VELASQUEZ CELAYA

SEMESTRE: 6

DOCENTE: DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ

ASIGNATURA: TECNICAS QUIRURGICAS

**TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS, NOVIEMBRE
2020**

APENDICECTOMÍA

La apendicectomía es la extirpación quirúrgica del apéndice. De forma inicial, McBurney describió la apendicectomía en 1894 y fue el tratamiento de elección para la apendicitis hasta la descripción de la técnica laparoscópica en 1982.

APENDICITIS AGUDA

Se define la apendicitis aguda como la inflamación del apéndice cecal o vermiforme. Es la urgencia quirúrgica abdominal más común, se presenta en todas las edades, siendo más frecuente en el segundo y tercer decenio de la vida.

ETIOLOGÍA

La etiología de la apendicitis aguda se relaciona con la obstrucción de su luz; los fecalitos son los agentes relacionados más a menudo, hasta en un 50% de los casos; otras causas son la hiperplasia linfoide, parasitosis (*Ascaris lumbricoides*, *Entamoeba histolytica* o *Enterobius vermicularis*) y de forma ocasional cuerpos extraños, procesos malignos o procesos infl amatorios contiguos.

PATOGENIA

La obstrucción de la luz apendicular provoca acumulación de moco y bacterias, congestión venosa, isquemia tisular y con posterioridad crecimiento bacteriano excesivo, supuración y a continuación perforación con formación de absceso localizado o peritonitis generalizada. La bacterias relacionadas con la apendicitis aguda incluyen *Bacteroides fragilis*, *Escherichia coli*, enterococos, *Pseudomonas*, *Streptococcus* y *Klebsiella*.

CUADRO CLÍNICO

Las más de las veces inicia con la aparición de un dolor cólico leve periumbilical o epigástrico de naturaleza visceral por congestión del apéndice y después el dolor se propaga a la fosa ilíaca derecha por el contacto de la serosa infl amada con el peritoneo parietal y se convierte en un dolor de tipo somático. El dolor periumbilical precede a la anorexia y náusea con o sin vómito; la hipertermia se puede presentar en forma inconstante hasta en el 40% de los casos. Casi siempre predomina el estreñimiento; las evacuaciones líquidas son raras y son más frecuentes en niños.

Los casos con perforación se acompañan de alteración de los signos vitales, taquicardia, hipertermia, oliguria y signos de deshidratación, además de dolor a la palpación abdominal más intenso con resistencia abdominal y los típicos signos de

irritación peritoneal: resistencia abdominal localizada en la fosa ilíaca derecha denominado signo de McBurney, signo de Rovsing (dolor en la fosa ilíaca derecha al presionar la izquierda), signo del psoas (dolor a la extensión de la cadera derecha) más común en casos de absceso retrocecal, signo del obturador (dolor a la rotación interna de la cadera derecha) que sugiere absceso pélvico, talopercusión (percusión del talón derecho) y signo de von Blumberg (dolor a la descompresión de la fosa ilíaca derecha).

DIAGNOSTICO

El diagnóstico se basa en los datos clínicos y se apoya en la presencia de leucocitosis con neutrofilia y bandemia, aunque no es imperativa su presencia, sobre todo en las primeras horas de evolución; asimismo, es indicativa de perforación la presencia de leucocitosis $> 20\,000\text{ mm}^3$; las elevaciones de la proteína C reactiva⁵ y la procalcitonina sugieren la presencia de perforación y absceso.

Las **radiografías simples de abdomen** pueden revelar signos directos o indirectos, como la presencia de un fecalito radiopaco, distensión de asas de intestino delgado en la fosa ilíaca derecha, borramiento del psoas derecho, escoliosis antálgica, ciego fijado al comparar las posiciones en decúbito y de pie, y en casos complicados puede presentarse imagen en vidrio despulido o íleo generalizado.

La **tomografía computarizada** del abdomen es una herramienta diagnóstica fi dedigna con una precisión cercana al 95%; sus criterios son en particular el diámetro apendicular ($> 6\text{ mm}$), el grosor de la pared ($> 2\text{ mm}$), la inflamación periapendicular, la presencia de fecalitos y en ocasiones el signo de punta de flecha (engrosamiento cecal que hace contraste con el orificio apendicular)

ESCALA DE ALVARADO

Es una de las clasificaciones utilizadas con más frecuencia y se basa de manera predominante en los síntomas: desplazamiento del dolor del centro al cuadrante inferior derecho del abdomen, anorexia o acetonuria, náusea o vómito, signos físicos de resistencia y rebote en el cuadrante inferior derecho, elevación de la temperatura $> 37.3^{\circ}\text{C}$ y presencia de leucocitosis con desviación a la izquierda; todos los parámetros representan un punto, salvo la presencia de rebote y leucocitosis que se califican con dos; la presencia de siete o más puntos es muy sugestiva de apendicitis aguda.

TRATAMIENTO

Es necesario estabilizar al paciente según sea el caso, iniciar la administración de soluciones parenterales para controlar la deshidratación y el desequilibrio hidroelectrolítico, e instituir tratamiento antimicrobiano de forma profiláctica y analgésicos para mejorar las condiciones generales del paciente

El tratamiento de elección es la apendicectomía ya sea por vía abierta o laparoscópica. Una vez establecido el diagnóstico, y mientras el paciente espera su paso al quirófano, es conveniente la administración de antibióticos de amplio espectro que cubran enterobacterias y anaerobios. Es posible administrar quinolonas, cefalosporinas de tercera generación, metronidazol o algún antibiótico betalactámico de espectro extendido

El antibiótico recomendado es la cefoxitina i.v. (2 g i.v.) o cefazolina (1-2 g i.v.) + metronidazol (500 mg i.v.), administrados durante la inducción anestésica. Como alternativas se plantean la cefotaxima o la amikacina en alérgicos, aunque la pauta es modificable según cada centro hospitalario.

Respecto del manejo antibiótico, se recomienda en general administrarlo por 7 a 10 días o hasta que el paciente se mantenga afebril y las cifras leucocitarias se hallen en límites aceptables; es importante dejar el drenaje en posición hasta que el gasto sea mínimo y las condiciones del paciente aceptables; si persisten el íleo, la fiebre o la leucocitosis, se deben considerar la reevaluación tomográfica y la posibilidad de una exploración quirúrgica.

TECNICA DE APENDICECTOMÍA ABIERTA

Por lo general se lleva a cabo con el paciente bajo anestesia general; se coloca al paciente en decúbito dorsal. Se prepara el abdomen y se colocan campos para cubrirlo todo, por si es necesario realizar una incisión más grande. En etapas tempranas de la apendicitis no perforada, suele utilizarse una incisión en el cuadrante inferior derecho en el punto de McBurney (a un tercio de la distancia desde la espina iliaca anterosuperior hasta el ombligo). Se realiza una incisión de McBurney (oblicua) o de Rocky-Davis (transversa) que separe los músculos del cuadrante inferior derecho. Si se sospecha apendicitis perforada o hay dudas sobre el diagnóstico, se considera la laparotomía en la porción baja de la línea media.

Después de entrar en la cavidad abdominal, se debe colocar al paciente en posición de Trendelenburg leve con rotación de la cama hacia la izquierda del paciente. Si no se identifica fácilmente el apéndice, se localiza el ciego. Siguiendo las tenias (las tenias anteriores), la más visible de las tres tenias del colon, hacia la porción distal, se puede identificar la base del apéndice.

El apéndice a menudo tendrá adherencias a la pared lateral o la pelvis que se pueden liberar mediante disección. La división del mesenterio del apéndice, primero permitirá exponer mejor la base del apéndice. El muñón apendicular se puede tratar mediante ligadura simple o con ligadura e inversión. Se aspira el pus en la cavidad abdominal, pero no se recomienda la irrigación en la apendicitis complicada.

Puede realizarse el cierre primario de la piel en pacientes con apendicitis perforada. El cierre debe efectuarse por planos con material absorbible y la piel se cierra de manera sistemática, aunque en casos de perforación el riesgo de absceso de pared se aproximada a 5%

APENDICECTOMÍA LAPAROSCOPICA

La apendicectomía laparoscópica se lleva a cabo bajo anestesia general. Se utiliza una sonda orogástrica o nasogástrica y un catéter urinario. Se coloca al paciente en decúbito dorsal con su brazo izquierdo fijo y asegurado con cintas en la mesa de operaciones. Tanto el cirujano como el ayudante deben estar a la izquierda del paciente de frente hacia el apéndice. Se deben colocar los monitores a la derecha del paciente o en el pie de la cama. La apendicectomía laparoscópica normal suele utilizar tres puertos de acceso. Por lo general, se utiliza un trócar de 10 o 12 mm al nivel del ombligo, en tanto que los dos trócares de 5 mm se colocan en la región suprapúbica y en la fosa iliaca izquierda. El paciente debe colocarse en posición de Trendelenburg e inclinado hacia la izquierda.

El apéndice se identifica de la misma forma que en la cirugía abierta siguiendo la tenia libre del colon hasta la base del apéndice. A través del trócar suprapúbico, se debe sujetar el apéndice con firmeza y elevarlo a la posición de las 10 horas. Se obtiene una “vista decisiva del apéndice” en la que la tenia libre se halla en la posición de las 3 horas, el íleon terminal en la porción de las 6 horas y el apéndice retraído en la posición de las 10 horas para permitir la identificación adecuada de la base del apéndice.

A través del trócar infraumbilical, se disecciona suavemente el mesenterio en la base del apéndice y se crea una ventana. Por lo general se aplica una grapa en la base del apéndice, y luego se efectúa la sutura automática mecánica del mesenterio. Como alternativa, el mesenterio se puede dividir mediante un dispositivo de energía o se le puede aplicar un clic en la base del apéndice inmovilizada con una endoasa. Se examina con cautela el muñón para asegurarse de la hemostasia, de que el corte de la base del apéndice haya sido completo y confirmar que no quede el muñón. Se reseca el apéndice a través del trócar infraumbilical en una bolsa de recuperación