



Apendicitis aguda

Presenta: Cristian Jonathan Aguilar Ocampo

8vo semestre Medicina Humana

Materia: Seminario de tesis

Dr. Jiménez Ruiz Sergio

Introducción y definición

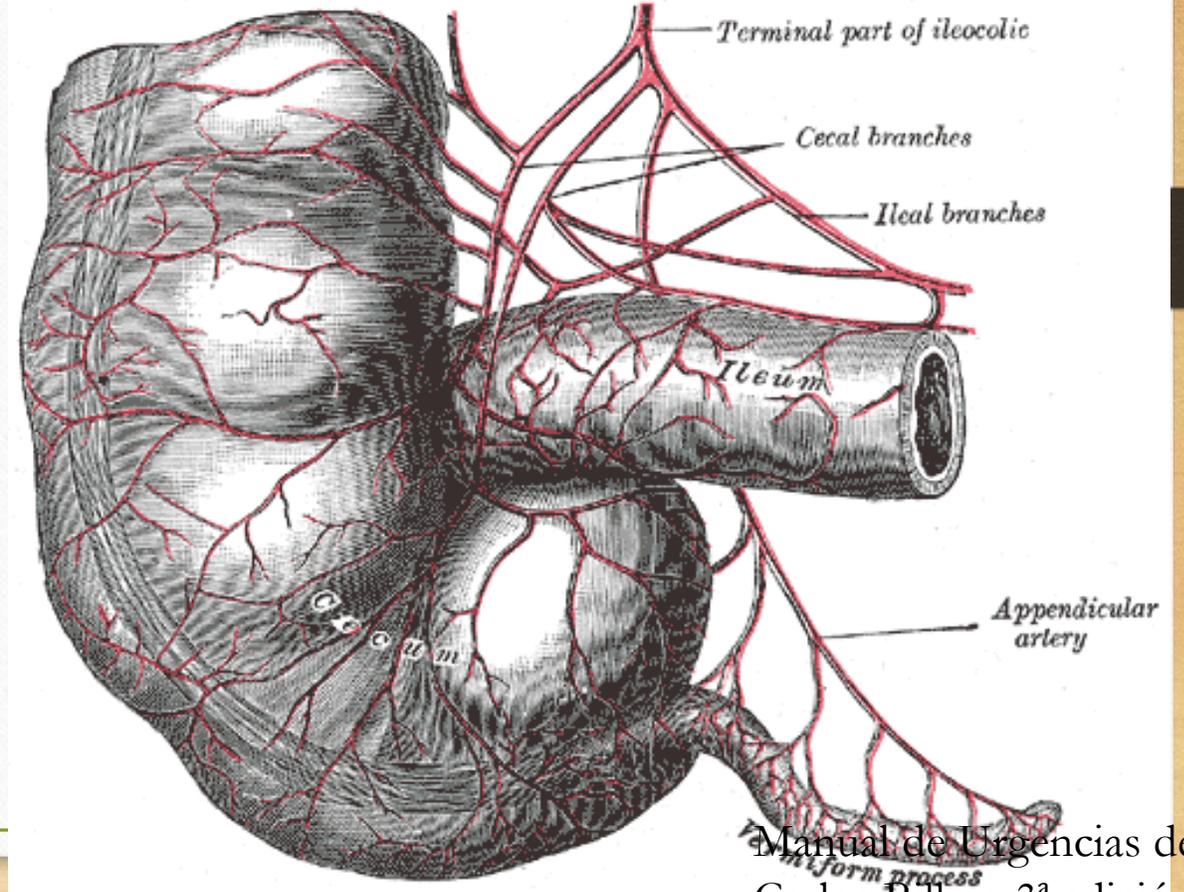
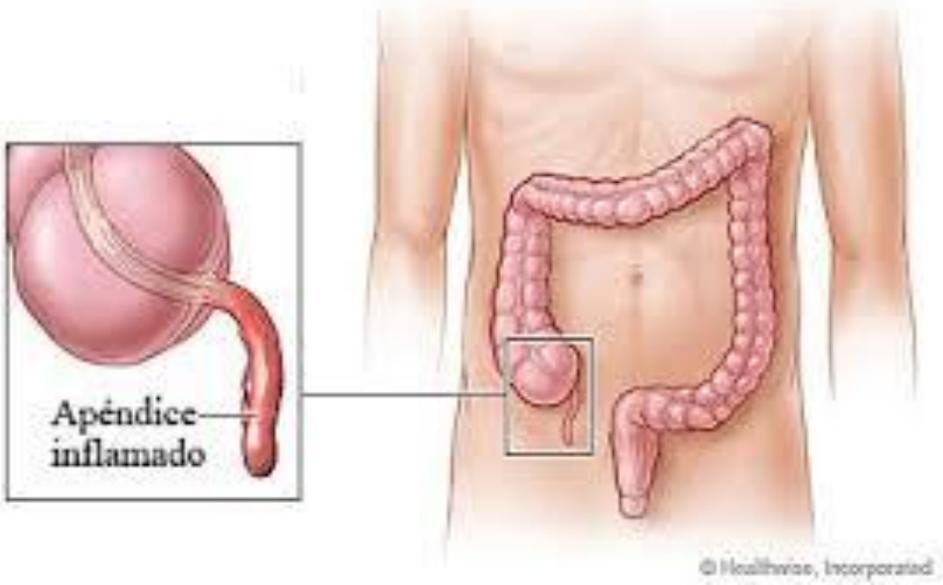
- Definida como la inflamación aguda del apéndice cecal, la apendicitis aguda es la patología quirúrgica más común del abdomen agudo.
 - Supone aproximadamente el 28 % del total de las infecciones intraabdominales atendidas en Servicios de Urgencia hospitalarios.
 - La máxima incidencia tiene lugar entre la pubertad y la treintena, con una proporción en general hombre/mujer de aproximadamente 2:1.
- La demora en el diagnóstico supone un aumento de intervenciones Qx por apéndices perforados y, por tanto, aumento de morbimortalidad y días de estancia hospitalaria.

Anatomía.

Longitud de 6 a 10 cm. Que contiene masas de tejido linfoide.
El diámetro externo 3 y 8 mm,
Diámetro luminal 1 y 3 mm.

Origina en la cara posteromedial del ciego inferior a la unión iliocecal.

Tiene un corto mesenterio (mesoapendice)

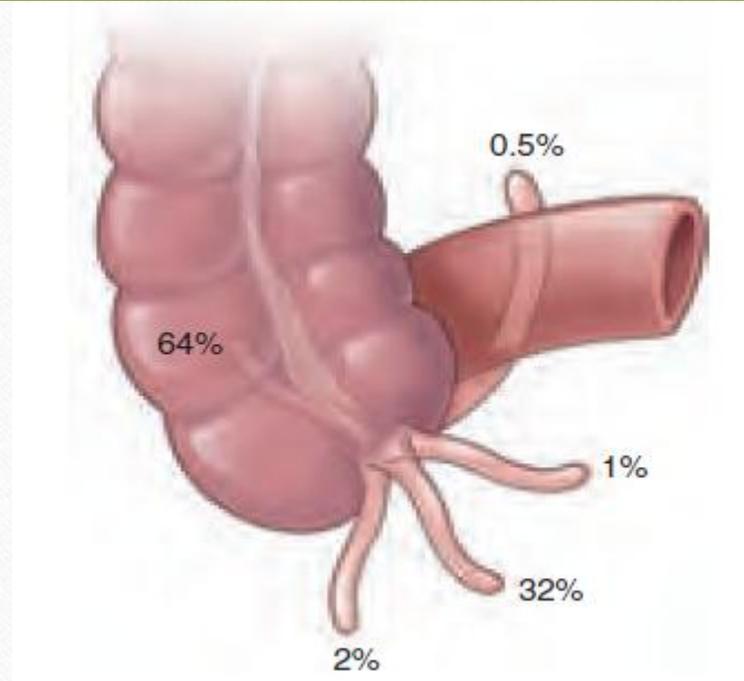


Irrigada por la A. ileocolica (AMS) A. apendicular.

Vena ileocolica (vena tributaria de la VMS).

Presentación anatómica de la apéndice

- Retrocecal 64%
- Pélvica 32%
- Subcecal 2%
- Preíleal 1%
- Postíleal 0.5 %



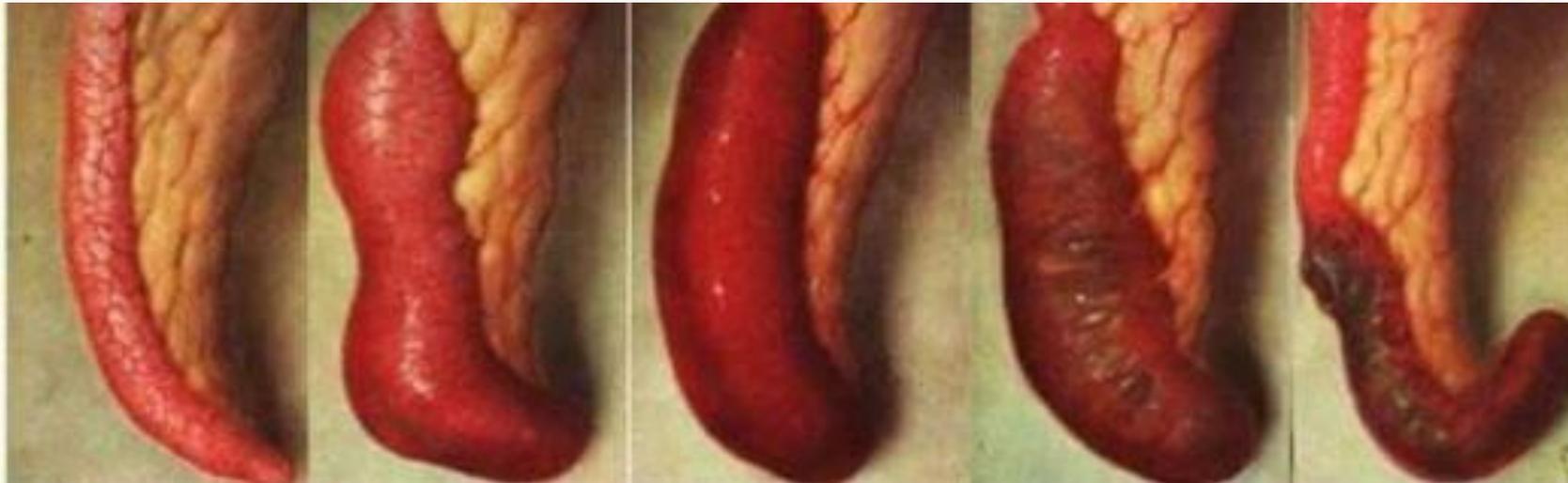
Causas de obstrucciones de la apéndice

- Hiperplasia linfoide 60% (**niños**)
- Fecalitos 35-45% (**adultos**)
- Cuerpos extraños 4% (parásitos, tumores, bridas)
- Neoplasias 1%

Fisiopatología



Fases de apendicitis aguda



Normal

Catarral o
mucosa

Flemosa o
fibrinosa

Purulenta

Gangrenosa
o perforada

CLASIFICACIÓN

- En general la clasificación mas comúnmente utilizada hace referencia al grado de complicación.

APENDICITIS AGUDA NO COMPLICADA

- Congestiva o catarral: signos inflamatorios en mucosa y submucosa.
- Supurada o flemonosa: se añade afectación de la muscular y serosa.

APENDICITIS AGUDA COMPLICADA

- Gangrenosa o necrótica: zonas de necrosis.
- Perforada: perforación y contaminación purulenta de la cavidad abdominal.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- La secuencia cronológica aparece completa en m

CUADRO 356-2 Frecuencia relativa de síntomas de presentación común

Síntoma	Frecuencia
Dolor abdominal	>95%
Anorexia	>70%
Estreñimiento	4-16%
Diarrea	4-16%
Fiebre	10-20%
Migración del dolor al cuadrante inferior derecho del abdomen	50-60%
Náusea	>65%
Vómito	50-75%

cida como de forma

Dolor en FI
Inicio localizado en la zona int o periumbilical. El dolor gene forma brusca, es persistente y tras las cuales pasa a localizars derecha

suele exceder los 38 °C
perforación si hay °C y leucocitosis 1000/mm3

Signos apendiculares

Signo de Blumberg:

dolor al presionar la pared de la FID con la mano retirándola bruscamente.

Signo de Dumphy:

Dolor en FID aumenta con tos

Signo del psoas:

dolor en la FID con hiperextensión del muslo derecho, característico de la apendicitis Retrocecal

Signo del obturador:

dolor en la FID con la rotación interna de la cadera ipsilateral, característico de la apendicitis pélvica.

Signo de Mc Burney:

Dolor en punto MCB a la presión de FID

Signo de Rovsing:

dolor en la FID al presionar sobre flanco y fosa iliaca izquierda (FII).

Laboratorios y estudios a solicitar

- Prueba de embarazo: Mujeres edad reproductiva, BH, EGO, PFH, PCR.

- Imagen:

- USG: Niños 85%S 90%E

líquido libre periapendicular, no comprime al presionar, zona hiperecoica intraluminal

- TAC simple: Estándar de oro adultos:

>6 mm grosor pared, estriación grasa, líquido libre, colección.

Diagnostico

- Principalmente clínico: triada de Murphy
- La precisión de la evaluación clínica es del 75-90 % y depende de la experiencia del examinador.
- Esta circunstancia ha dado lugar al desarrollo de sistemas de puntuación clínica. Son la escala de Alvarado y la escala RIPASA
- Hallazgos de laboratorio que confirmen la clínica.

Diagnostico diferencial

Tabla 2. Diagnóstico diferencial

GASTROINTESTINAL

- Linfadenitis mesentérica
- Ileítis terminal
- Diverticulitis
- Gastroenteritis aguda
- Colecistitis
- Pancreatitis
- Obstrucción intestinal
- Úlcera duodenal

PULMONAR

- Neumonía
- Pleuritis
- Infarto pulmonar

GENITOURINARIO

- Pielitis
- Pielonefritis
- Litiasis renal
- Prostatitis
- Epididimitis
- Torsión testicular
- Tumor de Wilms
- Infección del tracto urinario

GINECOLÓGICO

- Salpingitis
- Rotura de folículo ovárico
- Embarazo ectópico
- Torsión ovárica
- Endometriosis
- Enfermedad inflamatoria pélvica

La calificación de Alvarado es el sistema de calificación más utilizado.



Escala de Alvarado

Apendicitis aguda

		Puntos
<u>Síntomas</u>	• Migración del dolor	1
	• Anorexia	1
	• Náuseas/ vómito	1
<u>Signos</u>	• Dolor en cuadrante inferior derecho	2
	• Rebote (+)	1
	• Fiebre	1
<u>Laboratorio</u>	• Leucocitosis	2
	• Desviación a la izquierda de neutrófilos	1
Total		10

9 - 10 puntos: Casi certeza de apendicitis
> 7 puntos: Alta probabilidad de apendicitis
6 - 5 puntos: Consistentes con apendicitis pero no diagnóstica
≤ 4 puntos: Baja probabilidad de apendicitis aguda

APENDICITIS AGUDA.

Escala RIPASA	
Datos	Puntos
Hombre	1
Mujer	0.5
< 39.9 años	1
> 40 años	0.5
Extranjero NRIC ¹	1
Síntomas	
Dolor en fosa iliaca derecha	0.5
Náusea/vómito	1
Dolor migratorio	0.5
Anorexia	1
Síntomas < 48 h	1
Síntomas > 48 h	0.5
Signos	
Hipersensibilidad en fosa iliaca derecha	1
Resistencia muscular voluntaria	2
Rebote	1
Rovsing	2
Fiebre > 37° < 39 °C	1
Laboratorio	
Leucocitosis	1
Examen general de orina negativo	1

¹INRIC: Carta de identidad de registro nacional

S (98%);

E(83%)

< 5 puntos (Improbable): observación del paciente y aplicar escala nuevamente en 1-2 h, si disminuye el puntaje, se descarta la patología, si éste aumenta se revalora con el puntaje obtenido.

5-7 puntos (Baja probabilidad): observación en urgencias y repetir escala en 1-2 h o bien realizar un ultrasonido abdominal. Permanecer en observación.

7.5-11.5 puntos (Alta probabilidad de apendicitis aguda): valoración por el cirujano y preparar al paciente para apendicectomía, si éste decide continuar la observación, se repite en una hora. En caso de ser mujer valorar ultrasonido para descartar patología ginecológica.

> 12 puntos (Diagnóstico de apendicitis): valoración por el cirujano para tratamiento o bien referirlo de ser necesario.

Tratamiento:

- Quirúrgico: Apendicectomía abierta o laparoscópica.
- Medidas generales: Se ha de suspender la vía oral e iniciar hidratación y analgesia intravenosa. Se emplearan antieméticos si el paciente presenta nauseas o vómitos.
- ANTIBIOTERAPIA
- Debe iniciarse antes del tratamiento quirúrgico. En las AA no complicadas esta indicada la administración de una dosis de antibioterapia profiláctica 1 h antes de la intervención
- Antibiótico: 34 a 48 horas en no complicada y 7 a 10 días en complicadas (cefalosporina + Metronidazol)

Gracias por su atención

- Bibliografías
- **Harrison** Principios de **Medicina Interna**. 18 edición. Editorial McGraw Hill. Volumen 1. pág. 1825.
- Manual de Urgencias de Carlos Bilbao 3^a edición.