



Universidad del sureste



Dr. Eduardo Zebadua Guillen

Clínica quirúrgica

APENDICITIS Y DEVIRTICULITIS

Hannia del Carmen Salazar Jimenez

Apendicitis

Proceso inflamatorio agudo del apéndice cecal que obedece a múltiples causas, afecta a todas las capas del órgano, incluso la serosa, presentando una traducción morfológica: macroscópica y microscópica.

- Constituye la urgencia quirúrgica abdominal más frecuente.
- Representa 60% de todos los casos de abdomen agudo.
- Su pronóstico es más favorable cuanto más precoz es la intervención

La apendicitis aguda es la inflamación del apéndice vermiforme; es un padecimiento grave, con importantes complicaciones que pueden llevar a la muerte, en particular cuando se retrasan el diagnóstico y la terapéutica oportuna.

Etiología: La causa más frecuente es la hiperplasia de los folículos linfoides submucosos. En el adulto, el agente obstructor son los fecalitos. Otras causas más raras son: parásitos (oxiuros, áscaris), cuerpos extraños, restos de alimentos o de bario condensado y tumores que en su crecimiento obstruyen la luz apendicular (tumor carcinoide) o su base (carcinoma de ciego).

Fisiopatología:

Cuando se obstruye la luz apendicular se acumula moco intraluminal y sobrecrecimiento bacteriano, conduciendo a dilatación apendicular. El agrandamiento del apéndice compromete el flujo linfático y venoso, produciendo edema.

Todo ello conduce a un aumento de la tensión de la pared del apéndice de acuerdo a la ley de Laplace ($T = Pr/w$), y a un compromiso del riego arterial, ocasionando trombosis, isquemia, necrosis y perforación.

Diagnóstico

Dolor abdominal.

Sintomatología de irritación peritoneal.

Distensión abdominal

Fiebre y escalofríos

Fatiga excesiva

Evacuaciones disminuidas

Oliguria

Náuseas y vómitos

Taquicardia

Dificultad respiratoria

Cuadro clínico

Dolor abdominal en fosa iliaca derecha, en el punto de McBurney.

Anorexia.

Estreñimiento.

Diarrea.

Fiebre.

Migración del dolor al cuadrante inferior derecho del abdomen.

Náusea.

Vómito.

En el apéndice retrocecal o pélvico, la palpación abdominal puede ser normal.

CLASIFICACIÓN

Apendicitis edematosa.

Apendicitis flegmonosa.

Apendicitis gangrenosa.

Apendicitis perforada

Signos físicos

Sensibilidad local con “rebote” y defensa muscular.

Febrícula (No $>38^{\circ}$)

Signo de Bloomberg.

Signo de Cope (del obturador).

Signo de Cope (del psoas).

Signo de Dunphy.

DIAGNÓSTICO

Clínica.

BH: - Leucocitosis: + 10,000 mm³ . - Recuento diferencial +75% leucocitos neutrófilos. - PCR elevada.

Tacto rectal.

Radiografía simple.

TAC y ecografía

Tratamiento: quirurgico

DIVERTICULITIS Se define como la inflamación activa del divertículo del colon y puede involucrar una perforación o una microperforación. Puede ser aislado o recurrente, sin complicaciones o complicado. La diverticulitis no complicada tiene la inflamación localizada, y la diverticulitis complicada es inflamación asociada a un absceso, flemón, fístula, obstrucción, sangrado, o una perforación. El 80% de los pacientes que presentan diverticulitis tienen 50 años o más.

Etiología

Falta de fibra: hay alteraciones en la resistencia de la pared colónica, la motilidad colónica y problemas dietéticos.

Otros: Tabaquismo, aspirina, AINES, corticoesteroides, opiáceos, aumento de la edad, obesidad, y estilo de vida sedentario.

Fisiopatología

El mecanismo de aparición de diverticulitis gira alrededor de una perforación de un divertículo, ya sea microscópica o macroscópica. El aumento de la presión intraluminal o las partículas espesadas de alimentos pueden erosionar la pared diverticular, con la inflamación y necrosis focal resultantes, llevando a la perforación (micro/macro). La manifestación clínica de la perforación depende del tamaño de la misma y de lo vigorosamente que responda el organismo. Las perforaciones que están bien controladas llevan a la formación de un absceso, mientras que puede presentarse una localización incompleta con perforación libre.

