

NOMBRE DE ESTUDIANTE:
Adly Candy Vázquez Hernández

DOCENTE:
Dr. Saúl Peraza Marin

MATERIA:
Enfermedades infecciosas

TEMA:
“Apendicitis Aguda”

CARRERA:
Medicina Humana

SEMESTRE:
6°
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
23/05/2021

APENDICITIS AGUDA

Apendicitis se define como la inflamación del apéndice cecal o vermiforme. Es la afección quirúrgica que con más frecuencia se presenta en las emergencias de los hospitales. Se conoce que en la época medieval aparece la descripción de una terrible enfermedad caracterizada por una tumoración grande conteniendo pus y que fue denominada "Fosa Ilíaca". Hasta antes del siglo XIX fue aceptado que la fosa ilíaca era originada por la inflamación del ciego y no del apéndice. El término apendicitis fue propuesto en 1886 por el patólogo Reginald Fitz en su notable "Inflamación perforante del apéndice vermiforme". En 1887 T. G. Morton hizo la primera apendicectomía exitosa por ruptura del apéndice y a partir de entonces la operación para apendicitis se hizo común. En 1889 Charles McBurney describió su famoso punto doloroso y razonó correctamente que, realizar una operación exploratoria prontamente con el propósito de examinar y extraer el apéndice antes de que se perfora, era menos dañino que el tratamiento expectante.

Se presenta en todas las edades, siendo más frecuentes en el segundo y tercer decenio de la vida. Es relativamente rara en grupos de edad extrema, afecta por igual a ambos sexos, salvo en el periodo comprendido entre la pubertad y los 25 años, en que es más frecuentes en varones.

Globalmente se estima que el riesgo de padecer apendicitis es del 7%. En torno al 1% de los pacientes ambulatorios que consultan por dolor abdominal presentan una apendicitis aguda. La mortalidad en los casos no complicados es del 0,3% que pasa del 1 al 3% en caso de perforación y alcanza del 5 al 15% en los ancianos.

Anatomía

El apéndice se encuentra en el ciego, con la base donde convergen las tenías cólicas, y recibe su irrigación a través de la arteria apendicular, rama de la arteria ileocólica que deriva de la arteria mesentérica superior.

Etiopatogenia y clínica

El factor etiológico predominante en la apendicitis aguda es la obstrucción de la luz, que provoca un acúmulo de secreción mucosa, distensión del apéndice, compromiso del drenaje venoso y linfático y sobrecrecimiento bacteriano. Los fecalitos son la causa común de la obstrucción apendicular. Menos frecuentes son la hipertrofia de tejido linfoide, impacto de bario por estudios radiológicos previos, tumores, semillas de verduras y frutas y parásitos intestinales. La frecuencia de obstrucción aumenta con la gravedad del proceso inflamatorio. Se reconocen fecalitos en 40% de los casos de apendicitis aguda simple, en 65% de las apendicitis gangrenosas sin rotura y en casi 90% de los pacientes con apendicitis gangrenosa con rotura. Sin embargo, recientemente hay autores que afirman que el evento inicial en la patogenia de la apendicitis es una ulceración de la mucosa de causa viral o bacteriana (sobre todo ha sido implicada la *Yersinia*).

La inflamación del apéndice tiene diferentes fases:

- Fase catarral-flemonosa: el apéndice está hiperémico, edematoso y hay exudado peritoneal.
- Fase supurada: aparecen placas de fibrina y puede haber pus intraluminal. En el peritoneo aparece un exudado peritoneal seropurulento.
- Fase Gangrenosa: Hay placas de necrosis en el apéndice, y el exudado peritoneal es purulento; con frecuencia se asocia con perforación.

Suele tener un inicio abrupto, el principal síntoma de la apendicitis aguda es el dolor abdominal. De manera característica, al inicio el dolor se centra de modo difuso en el epigastrio bajo o en el área umbilical, es moderadamente intenso y constante, en ocasiones con cólicos intermitentes superpuestos. Después de un periodo variable de 1 a 12 hora y se intensifica de manera gradual, pero por lo general en el transcurso de 4 a 6 h, se localiza el dolor en el cuadrante inferior derecho. Si bien ésta es la secuencia clásica del dolor, puede variar. En algunos pacientes, el dolor de la apendicitis comienza en el cuadrante inferior derecho y permanece allí. La palpación abdominal es la medida diagnóstica más importante

y debe realizarse con la palma de la mano, con lo que se detectan hiperestésias en el cuadrante inferior derecho y dolor de forma específica en el punto de **McBurney**, que corresponde a la unión de los dos tercios internos con el tercio externo de la línea que une el ombligo con la espina ilíaca anterosuperior. A veces el dolor se desencadena con la palpación en la fosa ilíaca izquierda: **signo de Rovsing**. El dolor a la descompresión de la fosa ilíaca derecha se denomina signo de **Blumberg** y es muy específico. También puede observarse el dolor a la descompresión de la fosa ilíaca izquierda y se denomina **signo de Jacobs**.

Cuando la invasión bacteriana se extiende a la pared del apéndice (fase supurativa aguda), la serosa inflamada del apéndice entra en contacto con el peritoneo parietal, reflejando un dolor somático que se origina en el peritoneo y se percibe como el desplazamiento clásico del dolor a la fosa iliaca derecha. La progresión del edema, secreción e infección lleva a una oclusión del flujo arterial (apendicitis gangrenosa). Finalmente, el incremento de la presión intraluminal provoca una perforación de la pared.

Diagnóstico

El diagnóstico de la apendicitis aguda es clínico en el 80% de los casos, ante un paciente con dolor de fosa iliaca derecha, fiebre, y alteraciones analíticas. Suele tener como base el interrogatorio clínico y los hallazgos de la exploración física. Analíticamente, destaca la existencia de leucocitosis con neutrofilia y desviación izquierda, así como el aumento de proteína C reactiva (aumenta progresivamente con la inflamación). La ecografía o la TC pueden utilizarse para confirmar el diagnóstico en los casos en que se sospechan causas alternativas del dolor abdominal. En la radiografía simple de abdomen puede encontrarse con frecuencia un fecalito, el ciego distendido, una masa o gas intraapendicular.

Diagnóstico Diferencial

El diagnóstico diferencial de apendicitis aguda es en esencia el diagnóstico de “abdomen agudo”. Esto se debe a que las manifestaciones clínicas no son

específicas de una enfermedad determinada, sino específicas de la alteración de una función fisiológica. Por consiguiente, es posible que se presente un cuadro clínico casi idéntico con una gran variedad de procesos agudos en la cavidad peritoneal o cerca de ella que origina las mismas alteraciones funcionales que la apendicitis aguda.

- **Adenitis mesentérica:** suele estar precedida de una infección de las vías respiratorias altas, el dolor es más difuso y puede haber linfadenopatía generalizada. El tratamiento es la observación, ya que cede de forma espontánea. La infección por yersenia (enterocolítica y pseudotuberculosis) produce adenitis mesentérica, ileítis, colitis y apendicitis aguda.
- **Gastroenteritis aguda:** puede haber calambres abdominales. En la gastroenteritis por salmonella, el dolor es intenso, con rebote, escalofríos y fiebre. En la gastroenteritis por fiebre tifoidea puede perforarse el íleon distal, lo que requiere intervención quirúrgica inmediata.
- **Apendicitis epiploica:** se debe al infarto de algún apéndice epiploico por defecto de riego por tensión.
- **Enfermedad inflamatoria pélvica:** el dolor y la hipersensibilidad son de localización pélvica y el tacto rectal es imprescindible, ya que el dolor a la movilización del cuello produce intenso dolor.
- **Rotura de un folículo de De Graaf:** ocurre en la mitad del ciclo menstrual y el dolor se produce por derrame de sangre y líquido folicular a la cavidad abdominal.
- **Hematoma de la vaina de los rectos:** Se produce de forma espontánea o tras un esfuerzo (toser, estornudar, deporte). Es más frecuente en pacientes anticoagulados y mujeres especialmente en embarazadas y puerperias.

Tratamiento

El tratamiento de elección es la apendicectomía, que consiste en la extirpación quirúrgica del apéndice, bajo anestesia general, previa administración de antibióticos de forma profiláctica y reposición hidroelectrolítica. En el caso de plastrón apendicular existen dos opciones: tratamiento antibiótico y apendicectomía diferida a los 4 o 6 meses o bien realizar apendicectomía de entrada. Los abscesos deben drenarse y es necesario administrar antibiótico.

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

No se han encontrado diferencias significativas entre el abordaje abierto y el laparoscópico de forma generalizada, aunque en sí en determinados grupos. Los pacientes obesos y mujeres en edad fértil con dudas diagnósticas se benefician de un abordaje laparoscópico que permite el lavado de toda la cavidad abdominal. Las ventajas demostradas del abordaje laparoscópico incluyen la disminución de infecciones de pared, y del íleon paralítico en niños, y una incorporación precoz al trabajo en población activa.

Entre sus complicaciones se encuentran la peritonitis, la formación de un absceso periapendicular localizado y la septicemia.

Bibliografía

- S. I. Schwartz. Principios de cirugía. Ed., 9ª Ed. Ed. Interamericana/McGraw-Hill (1 vol.). Madrid, 2010.
- Rodríguez Ortega M, Merino Rodríguez B. (2016) Manual CTO de medicina y cirugía. 2ª ed. Cirugía General. CTO editorial, S. L.
- Gobierno federal. Diagnóstico de apendicitis aguda. Catálogo de maestro de Guías Prácticas clínicas: Imss-031-08.