

*NOMBRE DE ESTUDIANTE:  
KARLA LIZETH VALENCIA PÉREZ*

---

*DOCENTE:  
DR. SAUL PERAZA MARÍN*

*MATERIA:  
ENFERMEDADES INFECCIOSAS*

*TEMA:  
APENDICITIS AGUDA*

*CARRERA:  
MEDICINA HUMANA*

*SEMESTRE: SEXTO*

*FECHA: 23 / 05 / 2021*

# *Apendicitis aguda*

## *Introducción*

La "Apendicitis" es un vocablo derivado de la voz latina appendix (apéndice) y del sufijo griego itis (inflamación). Etimológicamente significa inflamación delapéndice ileocecal.

La Apendicitis Aguda (AA) es la inflamación aguda del Apéndice cecal, debido a la obstrucción de la luz del órgano, en más del 60% de los casos causada por la hipertrofia de sus folículos linfoides. 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 delapéndice. El término apendicitis fue propuesto en 1886 por el patólogo Reginald Fitz en su notable "Inflamación perforante delapéndice vermiforme".

En 1887 T. G. Morton hizo la primera apendicectomía exitosa por ruptura delapéndice 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 elapéndice antes de que se perfore, era menos dañino que el tratamiento expectante.

## Justificación

Se considera que la población general es afectada en un 7% y se puede presentar en todas las edades, sin embargo, es rara en los extremos de la vida, en donde la mortalidad es mayor por lo dificultoso del diagnóstico y porque el organismo adolece de un buen sistema de defensa. La apendicitis puede ocurrir a cualquier edad, aunque la incidencia máxima de la apendicitis aguda se presenta con mayor frecuencia en las personas entre 20 y 30 años en el que, exceptuando las hernias estranguladas, es la causa más

frecuente de dolor abdominal intenso y súbito y de cirugía abdominal de urgencias en muchos países. Es también una causa importante de cirugías pediátricas, frecuente en preescolares y escolares con cierto predominio en los varones y una predisposición familiar. La tasa de apendicectomía es de aproximadamente 12% en hombres y 25% en mujeres, en la población general las apendicectomías por una apendicitis ocurren en 10 de cada 10.000 pacientes cada año y las tasas de mortalidad son menores de 1 por 100.000 pacientes desde el año 1970.

En el mundo, la incidencia de apendicitis es mucho menor en países en vías de desarrollo, sobre todo en algunas partes de África y en los grupos de menor nivel socioeconómico, esto debido a las costumbres dietéticas de los habitantes de dichas regiones las cuales son ricas en fibra. Se cree que una dieta rica en fibra disminuye la viscosidad de las heces fecales, disminuye el tiempo del bolo intestinal y impide la formación de fecalitos, los cuales predisponen a los individuos a la obstrucción del lumen pendicular.

Hay un ligero predominio masculino de 3:2 en adolescentes y adultos jóvenes, en adultos, la incidencia de apendicitis es aproximadamente 1,4 veces mayor en hombres que en mujeres. La incidencia de apendicectomía primaria es aproximadamente igual en ambos sexos.

La incidencia de la apendicitis se eleva gradualmente desde el nacimiento, hace pico en los últimos años de la adolescencia y declina gradualmente en los años geriátricos. La edad media, cuando la apendicitis se produce en la población pediátrica es de 6-10 años. Hiperplasia linfoide se observa con más frecuencia entre los niños y adultos, y es responsable del aumento de la incidencia de apendicitis en estos grupos de edad. Los niños más pequeños tienen una mayor tasa de perforación, con tasas entre el 50-85%. La edad media de apendicectomía es de 22 años. Aunque es raro, la apendicitis neonatal y prenatal se han reportado.

#### Marco teórico

El apéndice vermiforme es un conducto ciego con forma de gusano, que posee tejido linfático en su pared, y que suele medir 6-9cm. Desemboca en la pared posteromedial del ciego, 2cm por debajo de la válvula ileocecal. El apéndice tiene su propio mesenterio, el mesoapéndice.

Su irrigación procede de la arteria apendicular, rama de la arteria cecal posterior. Es una arteria terminal, y cualquier inflamación del apéndice puede obstruirla, provocando una necrosis y una perforación. Exteriormente es liso de color gris rosado. Interiormente comprende una cavidad central que en su extremidad libre termina en fondo de saco y en el otro extremo se continúa con el ciego, en el que algunas

veces se encuentra un repliegue valvular, llamado válvula de Gerlach, la cual se aplica sobre el orificio cuando el ciego se distiende, impidiendo así hasta cierto punto que las heces penetren en la cavidad apendicular. Aparentemente no desempeña ningún papel en la patogenia de la apendicitis.

Posición.- El apéndice, por estar ligado al ciego, sigue a este órgano en sus diversas posiciones. De acuerdo a esto el apéndice puede adquirir una posición normal en fosa ilíaca derecha, pero otras veces puede encontrarse en la región lumbar derecha delante del riñón o debajo del hígado (posición alta), otras veces puede localizarse en la cavidad pelviana (posición baja) y muy raras veces en la fosa ilíaca izquierda (posición ectópica).

Sin embargo, independientemente de la posición del ciego, el apéndice en relación al mismo ciego presenta una situación que varía mucho según los casos. Sin embargo, hay un punto de este órgano que ocupa con todo una situación poco menos que fija, aquél en que aboca la ampolla cecal (base del apéndice). Si a nivel de ese punto trazamos una línea horizontal y otra vertical, podemos catalogar a la situación del apéndice en: ascendente, descendente interna o externa, anterior o posterior (retrocecal) o cualquier otra variedad que adquiera según la posición con respecto a estas líneas.

Según esto la posición descendente interna es la más frecuente: 44%, le sigue la posición externa 26%, la posición interna ascendente 17% y después la retrocecal 13%. Estas distintas situaciones y posiciones que adquiere el apéndice nos explican la variedad de zonas y puntos dolorosos que a veces dificultan el diagnóstico de apendicitis agudo.

Fijación.- El apéndice se encuentra fijado en su base al ciego y a la porción terminal del ileón por el mesoapéndice, sin embargo en algunas oportunidades puede formar un meso cuyo borde se fija al peritoneo de la fosa ilíaca y en otras no existe meso y el peritoneo lo tapiza aplicándolo contra el plano subyacente (apéndice subseroso). El apéndice está constituido por cuatro túnicas, una serosa, una muscular, la submucosa y mucosa.

La túnica serosa que recubre a toda la superficie es lo que va a constituir el meso del apéndice y en cuyo borde libre discurre la arteria apendicular, que es una de las cuatro ramas de la arteria mesentérica superior y que desciende por detrás del ángulo iliocecal, cruza la cara posterior del ileón y se introduce en el mesoapéndice. La túnica muscular sólo dispone de dos capas de fibras musculares: las longitudinales y las circulares. La túnica mucosa y submucosa es igual a la del intestino grueso, presenta un epitelio cilíndrico, una estroma reticulada, una muscular mucosa y glándulas tubulares. Sólo se

diferencia por el tejido linfoide de gran desarrollo que se ha comparado a la amígdala o a una vasta placa de Peyer.

Vasos y Nervios.- la arteria apendicular es la que va a irrigar dicho órgano y está acompañada generalmente de la vena apendicular que va a unirse a las venas del ciego. Los linfáticos que se inician en los folículos linfoides atraviesan directamente la túnica muscular y van a continuarse con los linfáticos subserosos del apéndice, del ciego, del colon ascendente, del mesenterio, etc. Los nervios del apéndice proceden, como los del ciego, del plexo solar, por medio del plexo mesenterio superior.

### Etiología

La apendicitis es causada por obstrucción del lumen apendicular. La causa más común de obstrucción incluye hiperplasia linfoidea secundaria a enfermedad inflamatoria del intestino o infecciones (más común durante la niñez y adolescentes), estasis fecal y fecalitos (más común en pacientes mayores), parásitos (especialmente en países del este) o , más raro, cuerpos extraños y neoplasmas.

Fecalitos se forman cuando las sales de calcio y los desechos fecales se convierten en capas alrededor de un nido de materia fecal espeso situado en el apéndice. La Hiperplasia linfoide se asocia con diversos trastornos inflamatorios e infecciosos como la enfermedad de Crohn, gastroenteritis, amibiasis, infecciones respiratorias, el sarampión y mononucleosis. La obstrucción de la luz apendicular ha sido asociada con menos frecuencia con bacterias (especies de Yersinia, adenovirus, citomegalovirus, actinomicosis, especies de micobacterias, especies Histoplasma), parásitos (por ejemplo, Schistosomesspecies, oxiuros, Strongyloides stercoralis), cuerpos extraños (por ejemplo, una escopeta de perdigones, dispositivos intrauterinos, carbón activado), tuberculosis y tumores.

### Fisiopatología

Independientemente de la etiología, la obstrucción se cree que causa un aumento en la presión dentro del lumen. Este aumento está relacionado con la continua secreción de fluidos y moco de la mucosa y el estancamiento de este material. Al mismo tiempo, las bacterias intestinales en el apéndice se multiplican, dando lugar al agrupamiento de glóbulos blancos. Si la obstrucción apendicular persiste, se eleva la presión intraluminal por encima de las venas del apéndice, lo que lleva a la obstrucción del flujo venoso.

Como consecuencia, comienza isquemia de la pared apendicular, resultando en una pérdida de la integridad epitelial permitiendo invasión bacteriológica de la pared. A las pocas horas, esta condición localizada puede empeorar debido a la trombosis de la arteria apendicular y las venas, lo que lleva a la perforación y la gangrena de la apéndice. Al continuar este proceso, puede ocurrir un absceso periapendicular o peritonitis.

## Manifestaciones clínicas

### Síntomas

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 el área umbilical, es moderadamente intenso y constante, en ocasiones con cólicos intermitentes superpuestos. Después de un periodo variable de una a 12 horas, pero por lo general en el transcurso de cuatro a seis horas, se localiza el dolor en el cuadrante inferior derecho. En algunos pacientes, el dolor comienza en el cuadrante inferior derecho permanece ahí. La apendicitis se acompaña casi siempre de anorexia. En casi 75% de los enfermos ocurren vómitos, no son notables ni prolongados y la mayoría de los individuos sólo vomita una o dos veces. El vómito se debe a estimulación neural y presencia de íleo. La secuencia de presentación de los síntomas tiene una gran importancia diagnóstica diferencial. En más del 95% de los pacientes con apendicitis aguda, el primer síntoma es la anorexia, seguido de dolor del abdomen que va seguido, a su vez de vómitos (si ocurren). Cuando los vómitos preceden a la aparición del dolor, debe de dudarse del diagnóstico de apendicitis.

### Signos

Los hallazgos físicos dependen sobre todo de la posición anatómica del apéndice inflamado y asimismo de que el órgano esté roto ya cuando se examina por primera vez al individuo.

Los signos físicos habituales en el cuadrante inferior derecho se presentan cuando el apéndice inflamado se halla en la posición anterior. La hipersensibilidad máxima suele encontrarse en el punto de McBurney o cerca de él. A menudo hay hipersensibilidad de rebote directo. Además, existe hipersensibilidad de rebote referida o indirecta. Esta hipersensibilidad referida es más intensa en el cuadrante inferior

derecho, lo que hace pensar en irritación peritoneal localizada. El signo de Rovsing-dolor en el cuadrante inferior derecho cuando se ejerce presión en la palpación en el cuadrante inferior izquierdo-señala también el sitio de irritación peritoneal. La apendicitis aguda se acompaña con frecuencia de hiperestesia cutánea en el área inervada por los nervios raquídeos T10, T11 y T12 del lado derecho.

La resistencia muscular a la palpación de la pared del abdomen es más o menos paralela a la intensidad del proceso inflamatorio. Al inicio de la enfermedad, la resistencia, cuando existe, consiste sobre todo en defensa voluntaria. A medida que progresa la irritación peritoneal, aumenta el espasmo muscular y se torna involuntaria en buena medida, es decir, rigidez refleja verdadera por la contracción de los músculos situados directamente abajo del peritoneo parietal inflamado. También puede haber signos de irritación muscular localizada. El signo del psoas indica un foco irritativo cerca del músculo. La prueba se lleva a cabo al solicitarle a los enfermos que se acuesten sobre el lado izquierdo a medida que el examinador extiende con lentitud el muslo derecho, con el estiramiento consecuente del músculo psoas iliaco. La prueba es positiva cuando la extensión causa dolor. De igual forma, una señal del obturador positiva de dolor hipogástrico al estirar el obturador interno señala irritación en la pelvis. La prueba se efectúa mediante la rotación interna pasiva del muslo derecho flexionado con el paciente supino.

#### Hallazgos de laboratorio

Con frecuencia hay leucocitosis leve, que varía de 10 000 a 18 000 en sujetos con apendicitis aguda no complicada y muchas veces se acompaña de un predominio moderado de polimorfonucleares. Cifras de leucocitos mayores que las anteriores despiertan la posibilidad de un apéndice perforado con o sin absceso.

#### Diagnóstico

El diagnóstico de apendicitis aguda es eminentemente clínico. En algunas publicaciones se plantea que el radiodiagnóstico pudiera indicarse en casos muy específicos (en otras causas de dolor abdominal, como ginecológicas y urinarias), si bien actualmente se considera que en niños, adolescentes y adultos jóvenes, el examen idóneo es la ecografía Doppler dirigida, con compresión gradual y en colores para observar el aumento de la vascularidad. Esta comparte la preferencia con la tomografía computarizada, pues ambos métodos se consideran de alta sensibilidad y especificidad.

## Diagnóstico diferencial

Adenitis mesentérica aguda, Diverticultis de Meckel, intususpección, enteritis de Crohn, úlcera péptica perforada, lesiones de colon, gastroenteritis aguda, enfermedades del sistema urogenital masculino, inflamación de apéndices epiploicos, infección de vías urinarias, cálculo uretral, peritonitis primaria, Púrpura de Henoch-Schönlein, yersinosis, trastornos ginecológicos.

## Tratamiento

Una vez que se decide operar al paciente, es necesario la hidratación adecuada, corregir anormalidades electrolíticas y abordar padecimientos cardiacos, pulmonares y renales preexistentes. Muchos estudios clínicos han demostrado la eficacia de los antibióticos preoperatorios para disminuir las complicaciones infecciosas en la apendicitis. Se pueden realizar apendicectomía abierta o apendicectomía laparoscópica.

## Conclusión

La apendicitis es la inflamación del apéndice ileocecal. La tasa de apendicectomías durante la vida es de 12% en varones y 25% en mujeres y en alrededor de 7% de todas las personas se efectúa una apendicectomía por apendicitis aguda.

El factor etiológico predominante en la apendicitis aguda es la obstrucción de la luz, siendo los fecalitos la causa más común.

El signo predominante es el dolor abdominal, y puede estar acompañado de anorexia, vómito.

Como hallazgos de laboratorio se puede encontrar leucocitosis de hasta 18 000 si es superior se puede pensar ya en un apéndice perforada.

El tratamiento es quirúrgico.

## Bibliografía

1.- AADE C, RA, BENITEZ P, G y APONTE R, ME. Historia del diagnóstico y tratamiento de la apendicitis aguda. RFM, 2005, vol.28, no.1, p.75-78. ISSN 0798-0469.

2.- Wong Pujada P, Morón Antonio P, Espino Vega C, Arévalo Torres J, Villaseca Carrasco R. Apendicitis aguda. [monografía en Internet] 2008 [citado 18 de julio de 2009] ; Disponible en: [dicitis%20aguda.htm?](#)

3.- Brunicardi, F.. «Capítulo 29: El apéndice». Scharzt: Principios de cirugía (8va edición). McGraw-Hill. ISBN 9789701053737.

4.- Harrison Principios de Medicina Interna 17a edición (2008). «Capítulo 294. Apendicitis y peritonitis agudas» (en español). Páginas 1914-1917.