

# **Monografía: Apendicitis Aguda**

Kira Juárez Zebadúa

## **Enfermedades infecciosas**

6° semestre

Medicina Humana

Universidad Del Sureste



## Definición

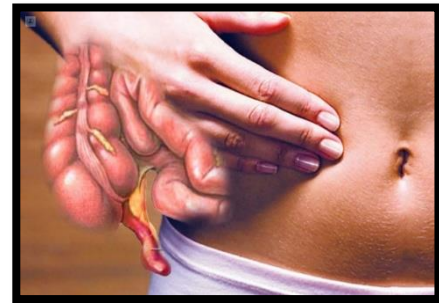
La apendicitis aguda es un cuadro abdominal determinado por un proceso inflamatorio agudo primario del apéndice cecal, que puede comprometer parte o la totalidad de este órgano.

La apendicitis aguda constituye la causa más común de abdomen agudo quirúrgico, cuyas manifestaciones clínicas dependerán de múltiples factores, entre ellos la posición anatómica del apéndice vermiforme

## 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 CLÍNICOS DE LA APENDICITIS AGUDA

<b>McBurney</b>	Dolor a la palpación en el punto de McBurney por
<b>Von Blumberg</b>	Dolor a la descompresión en el punto de McBurney por irritación peritoneal

<b>Rovsing</b>	Dolor en el cuadrante inferior derecho al comprimir el izquierdo por desplazamiento de gas del gas el cual el choca con el apéndice inflamado
<b>Capurro</b>	Dolor por el cizallamiento del peritoneo parietal con la cresta iliaca e indica peritonitis
<b>Psoas</b>	Dolor en la fosa iliaca derecha al pedir el paciente que levante el MPD extendido
<b>Obturador</b>	Dolor en la fosa iliaca derecha al realizar rotación interna del MPD
<b>Lanz</b>	Dolor a la palpación en la unión del tercio externo derecho y el medio de una línea imaginaria trazada entre ambas espinas iliacas
<b>Summer</b>	Defensa involuntaria de los músculos abdominales por irritación peritoneal
<b>Gueneau Mussy</b>	Dolor a la descompresión en cualquier parte del abdomen por irritación peritoneal
<b>Aarón</b>	Sensación de dolor o angustia en epigastrio o región precordial al palpar fosa ilíaca derecha

### **Diagnósticos diferenciales**

Distintas condiciones que se presentan como cuadros dolorosos de fosa ilíaca derecha deben ser consideradas dentro de los diagnósticos diferenciales a saber:

- Adenitis mesentérica
- Enfermedad inflamatoria pélvica
- Rotura de folículo de De Graff
- Torsión anexial
- Gastroenterocolitis aguda
- Diverticulitis de Meckel, diverticulitis cecal
- Cáncer de ciego complicado

- Apendagitis o torsión de apéndice epiploico
- Infección urinaria

## **Diagnóstico**

El hemograma suele demostrar una leucocitosis moderada, pero su ausencia no descarta el diagnóstico de AA.

El examen de orina puede mostrar elementos de irritación vesical como hematuria y leucocitos, pero sin elementos de infección como nitritos o esterasas leucocitarias.

## Ecografía

Su disponibilidad y bajo costo la hacen ampliamente utilizada, pero su rendimiento es bajo dado que es técnico dependiente y la localización del apéndice puede hacerla parcialmente visible. Su sensibilidad en el mejor de los casos se acerca a 70% y su especificidad es mayor cerca del 90%. También es útil para realizar diagnósticos diferenciales con patología ginecológica en la mujer. Son criterios diagnósticos un diámetro transversal del apéndice mayor de 6 mm, la presencia de un fecalito, hiperecogenicidad de la grasa periapendicular, colecciones o líquido periapendicular, y el dolor a la compresión con el transductor.

## Tomografía computada (TC)

Es ampliamente utilizada dado que cuenta con una sensibilidad ronda el 90-95% y especificidad entre 91-100% en diferentes series; actualmente tiene amplia disponibilidad y un costo razonable para su rendimiento. Algunos centros de salud de primer nivel la realizan de forma sistemática en cuadros dolorosos de fosa ilíaca derecha a efectos de disminuir el número de apendicectomías innecesarias.

## **Tratamiento**

El tratamiento curativo de la apendicitis aguda es quirúrgico. Si bien existen reportes de tratamiento antibiótico exclusivo en series de pacientes seleccionados, el manejo conservador dista de ser la conducta recomendada por la comunidad quirúrgica internacional. El manejo preoperatorio comienza con la suspensión de la vía oral y la administración de antibióticos de amplio espectro para cubrir la flora entérica más frecuentemente responsable de la infección como la E. Coli, la klebsiella y proteus entre otros. Se recomienda el uso de aminopenicilinas con inhibidores de la betalactamasa, a saber, la ampicilina-sulbactam o amoxicilina-clavulánico, a dosis estándar de 1,5 gr intravenoso cada 6 horas. Si presenta alergia a las aminopenicilinas se puede utilizar la ciprofloxacina, una quilonona, a dosis de 400mg intravenoso cada 12 hs.

## **Referencias**

Peranteau W, Smink D. Acute appendicitis. En Maingot's Abdominal Operations. 12th Edition. Ch V, pag. 623.

Maa J, Kirkwood K. El apéndice. En Sabiston Textbook of Surgery. 20 Edición. Sección X, Capítulo 49. 1333.

Echavarría H. Abad, Ferrada Dávila R, Kestenberg Himelfarb A. ASPROMEDICA y Universidad del Valle. Cali. Apendicitis aguda. En: Urgencia Quirúrgica