



Nombre del alumno: Lesly López Roblero

Nombre del profesor: Cindy de los Santos

Nombre del trabajo: mapa conceptual

Materia: Patología del adulto

Grado: sexto semestre

Grupo: A

Comitán de Domínguez Chiapas a 11/06/ 2021.



ANATOMIA

Embriológicamente el apéndice es parte del ciego, formándose en la unión distal en donde se unen las tres tenias.

Kistológicamente el apéndice es similar al ciego e incluye fibras musculares circulares y longitudinales.

Dentro de la capa submucosa se contienen los folículos linfoides en número aproximado de 200. El mayor número de ellos se encuentra entre los 10 y 30 años de edad con un descenso en su número después de los 30 y ausentes completamente después de los 60.

El mesenterio del apéndice pasa por detrás del íleon terminal y es continuación del mesenterio del intestino delgado. La arteria apendicular cursa por en medio del meso apéndice y es rama de la arteria ileocólica.

APENDICITIS AGUDA

EPIDEMIOLOGIA

Mayor causa de abdomen agudo que requiere tratamiento quirúrgico.

El riesgo de presentar apendicitis durante toda la vida es de 6-7%.

Se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino siendo de 1 por cada 35 afectados.

Después de los 70 años de edad el riesgo de presentar apendicitis es del 1%.

EPIDEMIOLOGIA

Se presenta en más de 70% de pacientes con apéndice fase III.

Más de 10 especies pueden ser cultivadas en pacientes con apendicitis infectada y típicamente los microorganismos anaerobios superan a los aerobios en una proporción de 3:1.

ETIOLOGIA Y FISIOPATOLOGIA

La obstrucción de la luz apendicular produce una apendicitis.

La presión intraluminal puede elevarse hasta alcanzar rápidamente los 50-65 mmHg.

Con la congestión vascular la mucosa apendicular se vuelve hipóxica y comienza a ulcerarse

La causa más común de la obstrucción intestinal son los fecalitos, seguido de la hiperplasia linfoidea, fibras vegetales, semillas de frutas, restos de bario de estudios radiológicos previos, gusanos intestinales y tumores como los carcinoides.

CUADRO CLINICO Y PRESENTACION

El diagnóstico de la apendicitis aguda continúa siendo clínico, una historia clínica bien desarrollada, así como una buena exploración física dan el diagnóstico en la mayoría de los casos.

Dentro de las maniobras, puntos dolorosos y signos descritos se encuentran los siguientes:

- Punto doloroso de Mc Burney
- Punto de Morris
- Punto de Lanz
- Punto de Lecene
- Signo de Sumner
- Signo de Blumberg
- Signo de Mussy
- Signo de Aaron
- Signo de Rovsing
- Signo de Chase
- Signo de F Psoas
- Signo del obturador
- Tríada apendicular de Dieulafoy

- Tríada apendicular de Dieulafoy
- Maniobra de Klein
- Maniobra de Alders
- Maniobra de Hausmann
- Signo de Talo percusión
- Signo de Britar
- Signo de Llambias
- Signo de San Martino y Yodice
- Signo de Chutro
- Signo de Cope
- Signo de Horn
- Signo de Rove

En pacientes menores de tres y mayores a 60 años el diagnóstico se realiza la mayor parte de las veces cuando ya se presenta una apendicitis complicada, debido al retraso del diagnóstico y a los cuadros clínicos con diversas presentaciones y escasa sintomatología.

LABORATORIOS

Diagnóstico diferencial

Se debe realizar un diagnóstico diferencial prácticamente con cualquier patología con potencial afectación del cuadrante inferior derecho.

En los niños menores de cinco años, enfermedades extraabdominales como: infección de vías aéreas superiores, neumonía, meningitis, enfermedad diarreica aguda, gastroenteritis, adenitis mesentérica, diverticulitis de Meckel, intususcepción

En los hombres: torsión testicular y epididimitis.

En las mujeres las enfermedades ginecológicas son confundidas hasta en 15-40% con apendicitis: Salpingitis, quiste ovárico roto, folículo ovárico roto, embarazo ectópico roto y enfermedad pélvica inflamatoria.

IMAGENIOLOGIA

Radiografías de abdomen

El hallazgo patognomónico es el apendicolito encontrado únicamente de 5-8%, otros hallazgos no patognomónicos, pero encontrados comúnmente son gas en el apéndice, íleo paralítico localizado, pérdida de la sombra cecal, borramiento del psoas derecho, escoliosis derecha, opacidad en la fosa ilíaca derecha, líquido o aire libre intraperitoneal.

Ultrasonido

Los criterios para el diagnóstico ecográfico de apendicitis aguda incluyen la visualización de una imagen tubular, localizada en la FID, cerrada en un extremo, no compresible por medio del transductor, con un diámetro transversal mayor a 6 mm y una pared engrosada mayor de 2 mm, pueden encontrarse también una apendicitis focal, pérdida de la continuidad de la mucosa.

TRATAMIENTO

Tratamiento quirúrgico

Uso de antibióticos en el pre y en el postoperatorio debe de ir encaminado hacia los microorganismos.