



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

PRESENTA

Lucía Guadalupe Zepeda Montúfar

QUINTO SEMESTRE EN LA LICENCIATURA DE MEDICINA HUMANA

TEMA: "Apendicitis aguda y diverticulitis".

ACTIVIDAD: Resumen

ASIGNATURA: Clínica quirúrgica

UNIDAD III

CATEDRÁTICO: Dr. Eduardo Zebadúa Guillén

TUXTLA GUTIÉRREZ; CHIAPAS A 25 DE DEL 2021

APENDICITIS AGUDA

DEFINICIÓN: es la inflamación del apéndice cecal o vermiforme, que inicia con obstrucción de la luz apendicular, lo que trae como consecuencia un incremento de la presión intraluminal por el acumulo de moco asociado con poca elasticidad de la serosa.

- Urgencia quirúrgica más frecuente
- Es más común en la 2da y 3er década de la vida
- **Apendicitis simple:** apéndice inflamado, en ausencia de gangrena, perforación o absceso periapendicular.

ETIOLOGÍA: Todo aquello que obstruya la luz

- Masa fecal (fecalito)
- Ulceración de la mucosa
- Parasitos: Ascariasis, oxiuros.
- Estenosis
- Ingestas de Bario
- Neoplasias

FISIOPATOLOGÍA

Ulceración de la mucosa causa inflamación, esto obstruye de forma temporal el apéndice, hay una obstrucción impide la salida de moco. La presión aumenta en el ahora dilatado apéndice y se contrae hay una multiplicación bacteriana y la inflamación y la presión continúan aumentando. Además hay restricción del flujo sanguíneo al órgano produciendo dolor abdominal intenso.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

1. **Apndicitis catarral o mucosa:** hiperemia, edema y erosiones de la mucosa. El aspecto macroscópico del apéndice es normal.
2. **Apndicitis fibrinosa:** El aumento de presión intraluminal condiciona una isquemia de la pared que favorece la proliferación bacteriana en todas las capas. Se observan ulceraciones en la mucosa, infiltrado inflamatorio en submucosa y muscular y una serosa hiperémica recubierta de un exudado fibrinoso.
3. **Apndicitis purulenta:** El exudado de la luz se torna purulento y aparecen microabscesos en el espesor de la pared. El apéndice se muestra muy distendido y rígido. Puede existir exudado purulento periapendicular.
4. **Apndicitis gangrenosa:** necrosis que provocan la perforación y contaminación purulenta de la cavidad abdominal. Producida la perforación apendicular, existen distintas posibilidades evolutivas:
 - **Peritonitis circunscrita:** Es la más frecuente. El organismo intentadelimitar el proceso inflamatorio, por lo que se adhieren asas intestinales, epiplón, peritoneo parietal u otras vísceras vecinas; al bloquearse el foco supurativo, da lugar a un absceso o plastrón apendicular. El absceso está limitado por una pared de nueva formación y contiene pus. Si no se drena, puede fistulizar en la pared abdominal o en alguna víscera vecina (p. ej., el recto). El plastrón está peor limitado que el absceso y no contiene colección purulenta.

- **Peritonitis aguda difusa:** Suele aparecer en personas con defensas generales debilitadas (ancianos o inmunodeprimidos) o locales (niños con epiplón mayor poco desarrollado), así como en los casos de evolución ultrarrápida (apendicitis gangrenosa fulminante) en los que no da tiempo a que se desarrollen adherencias a órganos vecinos.

CUADRO CLÍNICO

- Dolor abdominal en el cuadrante inferior derecho (punto de McBurney)
- Fiebre mayor 39° C
- 1 o 2 episodios de náuseas.
- Dolor es vago.
- De 2 h a 12 h se intensifica y puede volverse de tipo cólico.
- Hipersensibilidad a la palpación profunda en el cuadrante inferior derecho.

DIAGNÓSTICO: ESTUDIOS LABORATORIALES Y DE GABINETE

- Bh, Tp, Tpt, QS, EGO.
- PIE mujeres.
- Rayos X.
- Ecografía → Niños y embarazadas
- TC → Estándar de oro
- **Signo de Aaron:** Dolor/presión en epigastrio o tórax anterior al aplicar presión firme y persistente sobre el punto de McBurney, indica apendicitis aguda.
- **Signo de psoasíliaco:** Dolor al levantar y extender la pierna contra una resistencia, indica apendicitis con absceso retrocecal.

ESCALA DE ALVARADO

SÍNTOMAS

Migración de dolor (1 punto)

Anorexia (1 punto)

Náuseas/vómito (1 punto)

SIGNOS

Dolor en cuadrante inferior derecho (2 puntos)

Rebote (+) (1 punto)

Fiebre (1 punto)

Cecum
Small intestine
Inflammation of the appendix

Es la urgencia abdominal más común se estima que ocurre en 1 de cada 10 personas.

LABORATORIO

Leucocitosis (2 puntos)

Desviación a la izquierda de neutrófilos (1 punto)

PUNTOS	ABORDAJE
0-3	Otros DX
4-6	TAC/USG
7-9	QX

Total: 10 puntos

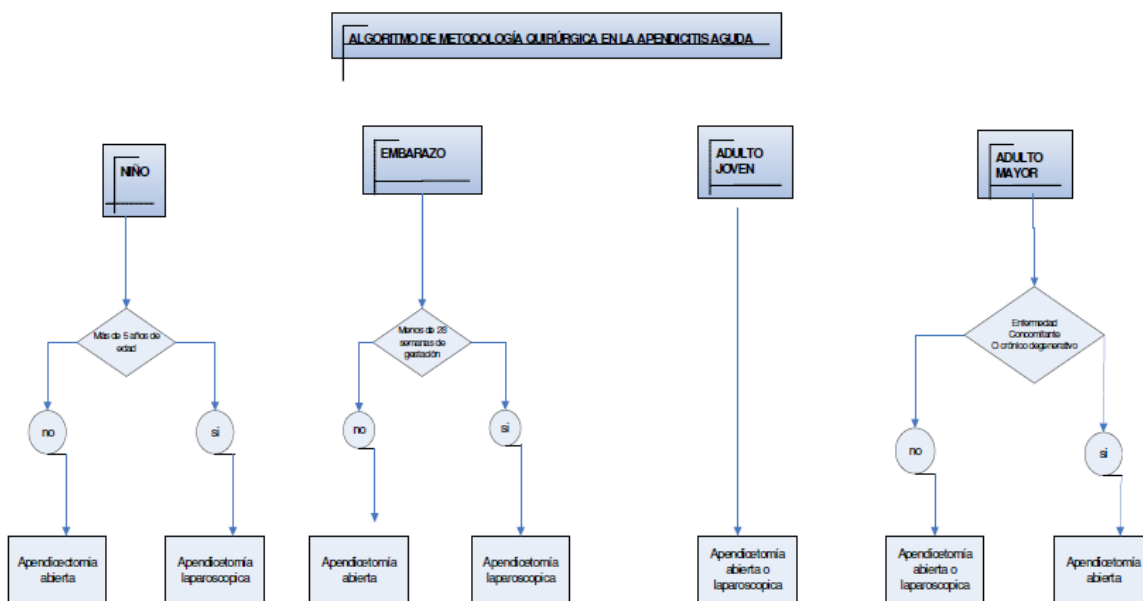
PUNTOS	PROBABILIDAD DE PADECER APENDICITIS
9-10	Casi certero
>7	Alta probabilidad
6-5	Consistente pero no diagnóstica
≤4	Baja probabilidad

Dx diferencial

- **En niños:** linfadenitis mesentérica, gastroenteritis aguda, invaginación intestinal y neumonía basal derecha.
- **En adolescentes y en adultos jóvenes:** en ambos sexos, linfadenitis mesentérica, enfermedad de Crohn, cólico ureteral derecho o pielonefritis aguda. En mujeres, patología ginecológica (enfermedad inflamatoria pélvica, rotura de embarazo ectópico, ovulación dolorosa, etc.).
- **En adultos mayores y ancianos:** colecistitis aguda, úlcera perforada, diverticulitis, obstrucción intestinal, isquemia mesentérica, pancreatitis aguda, carcinoma de ciego y torsión de quistes o tumores ováricos.

TRATAMIENTO

- Nada por vía oral; electrolitos y líquidos parenterales
- No analgésicos.
- Antibióticos.
- Apendicectomía.



PRONÓSTICO: La complicación más frecuente es la contaminación de herida operatoria

COMPLICACIONES: El apéndice se inflama, edematiza y gangrena y, por último, se perfora si no recibe tratamiento.

- Peritonitis.
- Formación de un absceso periapendicular localizado.
- Septicemia.

DIVERTICULITIS

DEFINICIÓN

- **Dirticulosis:** consiste en la aparición de unas dilataciones saculares de la pared del colon llamadas divertículos.

- **Diverticulitis:** Se debe al número y distribución de los divertículos. La zona generalmente afecta es el sigma, aunque pueden aparecer divertículos también en otros segmentos proximales e incluso en todo el colon.

ETIOPATOGENIA: Los divertículos se forman en la zona lateral del colon entre el mesenterio y las tenias, justo por los puntos por donde los vasos nutricios atraviesan la capa muscular hacia la submucosa. En la diverticulosis se han involucrado varios factores, como las alteraciones de la motilidad del colon y el consumo bajo en fibra, pero sin una evidencia real. El contenido y la composición de la matriz colágena de la pared del colon parecen desempeñar un papel fundamental: la matriz se deteriora con la edad y en las enfermedades del colágeno, y esto podría explicar la alta incidencia de diverticulosis en estas condiciones.

FACTORES DE RIESGO: >60 años

CUADRO CLÍNICO

- Asintomáticos
- Síntomas similares al Sx de intestino irritable

DIAGNÓSTICO/TRATAMIENTO

- Colanoscopia
- Enema opaco ante un px con Sx de intestino irritable o con sospecha de neoplasia colónica.

COMPLICACIONES: puede presentar tres tipos de complicaciones, generalmente agudas:

1. **Diverticulitis:** La diverticulitis es la inflamación aguda de un segmento intestinal con divertículos, generalmente el sigma. La inflamación empieza en un divertículo y el proceso se extiende en forma de peridiverticulitis. Estos casos se pueden tratar de forma ambulatoria con dieta líquida y cobertura antibiótica. Los casos más graves presentan un **cuadro de abdomen agudo, similar a una apendicitis pero focalizado en la fosa ilíaca izquierda**, con dolor abdominal, fiebre y leucocitosis. Generalmente, la edad del paciente, la clínica y la exploración son indicativas y la TC o la ultrasonografía proporcionan el diagnóstico. En caso de que el cuadro no responda al tratamiento conservador y aparezcan signos de irritación peritoneal, deberá plantearse un tratamiento quirúrgico urgente. Generalmente se realiza una resección de la zona intestinal afecta, se cierra el extremo distal y se aboca el extremo proximal al exterior en forma de colostomía (operación de Hartman). Las posibles complicaciones de la diverticulitis son la formación de un absceso, fistulización y a largo plazo la estenosis intestinal por fibrosis del segmento inflamado.
2. **Hemorragia:** La hemorragia se suele producir por la erosión de la pared de una arteria en el fondo de un divertículo. La hemorragia suele ser aguda y en algunos casos masiva, es frecuente que el divertículo sangrante se localice en la zona de la flexura esplénica. Si fallan los procedimientos conservadores, se puede intentar un tratamiento intraarterial (fármaco vasoactivo o embolización), aunque a veces es necesaria una resección quirúrgica para detener la hemorragia.
3. **Perforación:** La perforación espontánea de un divertículo se produce en el curso de una diverticulitis. La perforación puede ser en la cavidad peritoneal libre y producir un cuadro de abdomen agudo. Si se han producido adherencias de la zona inflamada a órganos vecinos, el divertículo se puede perforar a vagina o a vejiga urinaria; en este último caso se manifiesta con neumaturia. El tratamiento es quirúrgico.