

CLINICA QUIRURGICA

María del Pilar Castro Pérez Medicina
Humana

APENDICITIS
AGUDA

Principalmente, la apendicitis aguda 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.

La apendicitis aguda es una de las causas más frecuentes de abdomen agudo. Habitualmente se origina por la obstrucción de la luz del apéndice debido a un fecalito o apendicolito formado dentro del mismo, lo que conlleva el aumento secundario de la secreción a su luz y el cese de la resorción. Esto condiciona un aumento de la presión intraapendicular, la detención segmentaria del flujo sanguíneo en la pared intestinal, en primer lugar, en la mucosa y por último en todo el espesor de la pared. Las bacterias (generalmente anaerobias) que se multiplican en la luz apendicular migran hacia la cavidad peritoneal por la pared lesionada del apéndice. La enfermedad no tratada con frecuencia conduce a una perforación de la pared apendicular y a una peritonitis generalizada. Con menor frecuencia suele formarse un absceso local o un infiltrado inflamatorio periapendicular (plastrón), que puede absorberse si con el tiempo se desbloquea espontáneamente el drenaje del apéndice.

El cuadro clínico clásico de apendicitis inicia con dolor abdominal agudo, tipo cólico, localizado en región periumbilical, con incremento rápido de intensidad, antes de 24 horas migra a cuadrante inferior derecho (CID), después del inicio del dolor puede existir náusea y vómitos no muy numerosos (generalmente en 2 ocasiones). Dolor: Habitualmente epigástrico o periumbilical al comienzo, que se traslada, posteriormente, a la fosa ilíaca derecha, pudiendo variar según la localización topográfica del apéndice: ilíaca, pelviana, subhepática, retrocecal. En la apendicitis retrocecal el dolor en flanco derecho o lumbar puede acompañarse de contractura o empastamiento local y de manifestaciones urinarias, clínicas y de laboratorio. En el situs inversus (Apendicitis izquierda), el dolor inicial por conducción nerviosa se localiza también en epigastrio y en la fosa ilíaca derecha, pero el peritonítico, por el proceso inflamatorio de esta serosa, se localiza en el hemiabdomen izquierdo, en el lugar en que esté situado el apéndice. Puede haber fiebre de 38° C o más. El dolor se incrementa al caminar y al toser. A la exploración física se encuentran datos de

irritación peritoneal (hipersensibilidad en cuadrante inferior derecho (CID), defensa y rigidez muscular involuntaria, punto de McBurney, signo de Rovsing, signo de Psoas, signo del Obturador, signo de Summer, signo de Von Blumberg, signo de talopercusión, signo de Dunphy). De las manifestaciones clínicas y de laboratorio, las que tienen mayor sensibilidad para el diagnóstico de apendicitis (manifestaciones cardinales) son: a) Dolor característico (migración de la región periumbilical al CID o localización inicial en CID b) Manifestaciones de irritación peritoneal (hipersensibilidad en CID, rebote positivo en CID, defensa y rigidez de músculos abdominales) c) Datos de respuesta inflamatoria (leucocitosis con mayor predominio de neutrófilos).

La enfermedad puede empezar en una forma atípica e insidiosa, con dolor constante poco intenso y temperatura normal, con ligera elevación e incluso hipotermia. Frecuentemente el dolor se presenta en forma generalizada de larga duración (más de tres días), distensión abdominal, disminución de ruidos intestinales, existe parálisis intestinal con meteorismo, siendo este uno de los síntomas más frecuentes, puede hacer pensar en obstrucción intestinal; se puede palpar una masa en cuadrante inferior derecho del abdomen, escasa o nula defensa abdominal. El adulto mayor puede presentar cuadro confusional agudo y deterioro del estado general. Es infrecuente la presencia de leucocitosis en la biometría hemática. Se suelen encontrar alteraciones hidroelectrolíticas y aumento de la creatinina, lo que puede llevarnos a diagnosticar casos de íleo paralítico secundario a alteraciones hidroelectrolíticas, en vez de pensar que son la consecuencia de la apendicitis. En todo adulto mayor con dolor abdominal de evolución aguda o subaguda interrogar el tiempo de evolución, evaluar signos vitales incluyendo tensión arterial, frecuencia cardíaca, respiratoria y temperatura. En abdomen auscultar ruidos peristálticos, buscar mediante palpación superficial y profunda tumoraciones, signos de irritación abdominal y puntos dolorosos específicos como Murphy y Mc Burney, explorar ambas regiones inguinales y genitales. En los adultos mayores la perforación puede ocurrir antes, y como la evolución es subaguda y el dolor puede ser de menor intensidad, generalmente acuden a atención médica en forma más tardía. 5.- La mayor frecuencia de enfermedades crónico degenerativas, cuadro clínico subagudo

y generalmente atípico y la tendencia a la perforación más temprana ensombrecen el pronóstico 6.- La causa de dolor abdominal agudo en orden de frecuencia son las enfermedades biliares, la obstrucción intestinal, tumores y causas vasculares. Además, no se debe pensar únicamente en enfermedades abdominales; es frecuente el dolor abdominal referido, procedente de padecimientos torácicos 7.- En pacientes ancianos solicitar fórmula blanca, examen general de orina, creatinina, electrolitos séricos, placa simple de abdomen de pie y decúbito, y teleradiografía de tórax.

La fórmula blanca reporta leucocitosis con neutrofilia y en ocasiones bandemia.

- En todos los pacientes que presenten SOLO una de las 2 primeras manifestaciones cardinales: a) dolor (que migre de la región periumbilical a CID o con localización inicial en CID) o manifestaciones de irritación peritoneal (hipersensibilidad en CID, rebote positivo en CID, defensa y rigidez de músculos abdominales); deberá solicitar fórmula blanca, examen general de orina y si es del género femenino prueba inmunológica de embarazo.
- En urgencias un adulto mayor con dolor abdominal agudo o subagudo su evaluación inicial debe incluir examen general de orina, biometría hemática, electrolitos séricos, creatinina, placas simples de abdomen y tórax
- El hallazgo habitual en pacientes pediátricos con apendicitis es una leucocitosis por arriba de 15,000 cel/ mm³ con predominio de neutrofilia. Los datos sugestivos de infección de vías urinarias en el examen general de orina es la presencia de más de 20 leucocitos por campo de alto poder o nitritos positivos.

Adultos mayores con cualquiera de las 3 manifestaciones cardinales (dolor característico, manifestaciones de irritación peritoneal, datos de respuesta inflamatoria) solicitar tomografía axial computarizada.

- Niños con cualquiera de las 3 manifestaciones cardinales (dolor característico, manifestaciones de irritación peritoneal, datos de respuesta inflamatoria) solicitar ultrasonido. Si los resultados del ultrasonido son indeterminados o no se logró visualizar el apéndice indicar TAC.

- Pacientes con dolor abdominal agudo periumbilical o en cuadrante inferior derecho con sospecha o diagnóstico de embarazo realizar ultrasonido obstétrico para confirmar embarazo y edad gestacional. De confirmarse la gestación requiere valoración inmediata en conjunto por médico Cirujano y Obstetra
- La ultrasonografía tiene una sensibilidad de 86% para el diagnóstico de apendicitis aguda, por seguridad es el método ideal a utilizar en la paciente embarazada principalmente durante el primero y segundo trimestre, aunque se limita durante el tercer trimestre por el crecimiento uterino.
- Con respecto a la tomografía axial computarizada, la exposición a la radiación es de 300 mrad lo cual es mucho menor que lo considerado como seguro al utilizar radiación en embarazadas que es de 5 rads; por lo cual en casos extremos se puede utilizar después de las 20 SDG.

En el tratamiento, en pacientes con diagnóstico dudoso hacer observación activa a través de seguimiento mediante la hospitalización, evaluación clínica y de laboratorio repetida. La laparoscopia temprana no muestra un claro beneficio sobre la observación clínica activa (hospitalización, evaluación clínica y de laboratorio repetida), aunque en una proporción mayor de pacientes se establece el diagnóstico y se logra una estancia hospitalaria menor. Una selectiva indicación de laparoscopia después de un corto período de observación clínica activa reduce la necesidad de cirugía sin desventajas clínicas significativas. No usar tratamientos orales antes de la cirugía es de suma importancia. El método básico es la extirpación del apéndice vermicular mediante una cirugía laparoscópica o abierta. La prohibición de la administración de fármacos analgésicos antes de la cirugía no tiene razón de ser, ya que los signos clínicos no cesan con su uso. Con el fin de disminuir el riesgo de supuración de la herida y de una sepsis, antes de la cirugía se administra iv. un antibiótico de amplio espectro, combinado con un fármaco activo frente a bacterias anaerobias, p. ej. ceftriaxona 1-2 g/24 h (en niños 50-75 mg/kg/d en 2 dosis) y metronidazol 7,5 mg/kg (en niños 15-30 mg/kg/d, máx. 2 g/d). Si no hay perforación, los antibióticos se administran solo 24 h tras la cirugía, en caso contrario durante 5 días.

En conclusión, La apendicitis aguda, es la emergencia quirúrgica más común. Tiene su mayor incidencia durante la adultez joven y su menor incidencia en niños y adultos mayores. Su diagnóstico se basa en una historia clínica completa, un examen físico bien orientado y en una adecuada interpretación de los exámenes de laboratorio y gabinete. A pesar de ser una entidad de resolución quirúrgica, su tratamiento engloba diferentes aspectos médicos.