

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**ALUMNO: FRETHER HIRAM GUTIERREZ DIAZ**



**DOCENTE: DR. MANUEL EDUARDO**

**APENDICITIS AGUDA**

**GRADO: 5TO**

**GRUPO A**

El dolor abdominal es la causa más frecuente de consulta médica en los servicios de urgencia. De las posibles etiologías del dolor abdominal la apendicitis aguda es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico, con una prevalencia estimada durante la vida del 7-8%.

Según documentos escritos en la época de Hipócrates, se conocía que existían procesos agudos dentro del abdomen. Durante años, el dolor en la fosa ilíaca derecha se consideró causada por tiflitis, sin embargo, Reginal H. Fitz, expuso que la causa real del cuadro era la inflamación de la apéndice vermicular y no el ciego como se pensaba, y planteó la resolución quirúrgica de la misma.

Luego, Charles Mc Burney publicó 6 operaciones de apendicitis aguda, con las que describe el punto de mayor sensibilidad como una pequeña área dolorosa, (punto de Mc Burney) y definió el punto superficial para el abordaje quirúrgico.

### Epidemiología.

La apendicitis aguda es la primera causa de abdomen agudo de resolución quirúrgica. La mayoría de los estudios concuerdan en que el grupo de edad más afectado oscila entre los 10 y 19 años. Dentro de éste, los hombres resultan ser el género más afectado, con una frecuencia de 8,6 %, en comparación con un 6,7% en mujeres

Por otro lado, se han pesquisado diferencias raciales y estacionales. Las tasas de apendicitis son 1,5 veces más altas en población blanca en comparación al resto. Se ha reportado que la apendicitis aguda suele presentarse un 11,3% más frecuentemente en verano

No obstante, debido a los cambios demográficos, el aumento en la esperanza de vida y las mejores pruebas diagnósticas, se han pesquisado ciertos cambios en la epidemiología anteriormente descrita. Un estudio, observó un aumento en un 10 a 15% en la incidencia de apendicitis aguda en pacientes entre los 30 y 79 años.

### Clínica.

En la mayoría de los casos la apendicitis es secundaria a la obstrucción de la luz del apéndice por fecalitos y menos frecuentemente por parásitos, procesos neoplásicos o casos de hiperplasia linfocitaria. Todas estas posibles causas conllevan a inflamación que, secundariamente, al aumentar la presión intraluminal, producen disminución en el retorno venoso, y terminan por ocluir vasos arteriales, produciendo isquemia. A su vez, dicha obstrucción facilita la infección de la submucosa por invasión bacteriana con posterior formación de abscesos y necrosis. La infección se extiende gradualmente hasta comprometer el peritoneo adyacente y conducir a peritonitis. Los síntomas más frecuentes y característicos de la apendicitis aguda consisten en la aparición de dolor abdominal difuso o localizado en epigastrio, que luego migra a fosa ilíaca derecha, asociado a fiebre, anorexia, náuseas y/o vómitos. Dentro del examen abdominal se puede apreciar un dolor que aumenta a la palpación en el punto de McBurney, y es inducido por la tos. Además, se describen, en la semiología clásica, los signos de Blumberg y Rovsing positivos. Los exámenes de laboratorio son de gran ayuda para evidenciar procesos



infecciosos agudos, parámetros como una leucocitosis sobre 10.000 con desviación a izquierda y una PCR elevada.

### Apendicitis aguda

Todos estos serán los marcadores en los pacientes afectados. La sensibilidad y especificidad de un recuento elevado de glóbulos blancos es del 80% y 55% respectivamente. Una apendicitis aguda es poco probable cuando el recuento de leucocitos es normal, excepto en el curso temprano de la enfermedad. Un alto recuento de leucocitos (sobre 17.000) es mencionado como un indicador de gravedad, el que orienta a complicaciones como apéndice perforado o apendicitis gangrenosa. La apendicitis aguda representa en muchos casos un desafío diagnóstico, esto en orden a su presentación atípica y a sus múltiples diagnósticos diferenciales, los más frecuentes se mencionan en la tabla:

Diagnósticos diferenciales
Adenitis mesentérica
Enterocolitis
Diverticulitis de colon derecho
Diverticulitis de Meckel
Trastornos ginecológicos
Enfermedad de Crohn ileocecal
Apendangitis

En varias de las patologías anteriormente mencionadas, el tratamiento es médico, por tanto un diagnóstico preciso es fundamental para distinguir esta condición quirúrgica de condiciones no quirúrgicas que puedan tener una presentación similar.

Un tercio de los pacientes van a presentar una sintomatología diversa que no concuerda con la semiología típica de la apendicitis aguda, como disuria, diarrea, dolor en hipogastrio y dolor en fosa iliaca izquierda. Para facilitar el diagnóstico en estos cuadros de presentación inusual se han planteado escalas diagnósticas que permiten aproximaciones oportunas.

Alvarado propuso un sistema de puntuación clínica que logra estratificar el riesgo del paciente con dolor en fosa iliaca derecha, en improbable, posible, probable o muy probable (según el puntaje que obtengan). Los factores que incluye el score son: migración del dolor, anorexia, náuseas-vómitos, sensibilidad localizada en el cuadrante inferior derecho, dolor de rebote, elevación de la temperatura, leucocitosis y desviación a izquierda.

Cada categoría tiene un punto, a excepción de la leucocitosis y el dolor en cuadrante inferior derecho del abdomen, que contribuyen con 2 puntos cada uno. En variados



trabajos se ha evaluado la escala de Alvarado en la aplicación clínica, resultando obtener una sensibilidad del 87% y especificidad del 94%.

En la actualidad el uso de la TAC como método de evaluación preoperatoria ha aumentado considerablemente a alrededor del 90% de los casos, reduciendo las tasas de apendicetomías negativas a menos del 10% en varios países.

El objetivo del manejo de la apendicitis aguda es el diagnóstico precoz y la intervención quirúrgica inmediata, siendo la apendicectomía el tratamiento estándar. Una alternativa es la terapia con antibióticos

Al respecto, un reciente meta-análisis de Varadhan et al. 2015 evaluó la seguridad y eficacia de los antibióticos en comparación con la apendicectomía, para el tratamiento de la apendicitis aguda no complicada, basado en 4 ensayos aleatorizados controlados. El tratamiento antibiótico se asoció con una tasa de éxito del 63% en 1 año y con una reducción del riesgo relativo de complicaciones del 31% (21). Del mismo modo, el estudio NOTA (Non Operative Treatment for Acute Appendicitis) evaluó la seguridad y eficacia del tratamiento con antibióticos para la sospecha de apendicitis aguda no complicada en un período de seguimiento de 2 años. En un plazo de 7 días el porcentaje de fracaso fue de 11,9% y luego de 2 años se evidenció una recidiva global de 13,8%. Actualmente el tratamiento quirúrgico sigue siendo el de elección. Tanto la apendicectomía abierta como la apendicectomía laparoscópica son técnicas ampliamente utilizadas.

Puntos Importantes a recordar.

La apendicitis es la causa más común de abdomen agudo quirúrgico.

- El diagnóstico es clínico y puede ser apoyado con métodos imagenológicos.
- Los métodos de imágenes en la evaluación preoperatoria han sido mencionados como un factor que disminuye los porcentajes de apendicetomías en blanco.
- El tratamiento quirúrgico es el de elección, ya sea por una apendicectomía abierta o bajo técnica laparoscópica.
- El acceso laparoscópico puede ser de utilidad en diagnósticos poco claros, ya que puede evaluar de mejor forma los 4 cuadrantes del abdomen.