

Apendicitis aguda

CLINICA QUIRUGICA

Rolando De Jesús Pérez Mendoza

Dr., Manuel Eduardo López Gómez

UDS Universidad Del Sureste

22 de Octubre del 2021

San Cristóbal De Las Casas Chiapas



Ensayo Apendicitis Aguda

Introducción.

En este trabajo hablaremos sobre la patología (Apendicitis Aguda) tocando puntos importantes y relevantes como, ¿Qué es? Algunos de los síntomas más característicos, su etiología, fisiopatología, clínica y posibles tratamientos basando en datos clínicos, científicos y médicos

Desarrollo.

¿Qué es la Apendicitis Aguda?

La apendicitis es la inflamación aguda del apéndice vermiforme, que suele provocar dolor abdominal, anorexia y dolor a la palpación abdominal. El diagnóstico es clínico, complementado a menudo con una TC o una ecografía. El tratamiento consiste en la resección quirúrgica del apéndice.

Datos epidemiológicos

En los Estados Unidos, la apendicitis aguda es la causa más común de dolor abdominal agudo que requiere cirugía. Más del 5% de la población presenta apendicitis en algún momento. La mayoría de las veces aparece en la adolescencia y la tercera década de la vida, pero puede aparecer a cualquier edad.

Patologías similares a la Apendicitis o que lo afectan

Otras enfermedades que afectan el apéndice son carcinoides, cáncer, adenomas vellosos y divertículos. También puede haber compromiso apendicular en la enfermedad de Crohn o la colitis ulcerosa con pancolitis (enfermedad inflamatoria intestinal)

Etiopatogenia

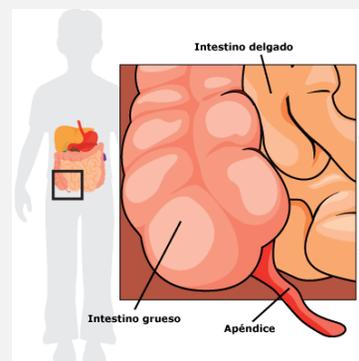
La apendicitis aguda es una de las causas más frecuentes de abdomen agudo. Habitualmente se origina por la obstrucción de la luz del apéndice debido a un fecalito o apendicolito formado dentro del mismo, lo que conlleva el aumento secundario de la secreción a su luz y el cese de la resorción. Esto condiciona 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.



Signos

defensa muscular local (al presionar con los dedos o a la percusión), dolor local al intentar toser, signo de Blumberg (dolor al quitar la mano bruscamente tras comprimir suavemente las capas abdominales), aumento de la frecuencia cardíaca, incremento de la temperatura corporal o fiebre. El dolor al toser y el signo de Blumberg demuestran el compromiso inflamatorio del peritoneo. En el examen de tacto rectal no se aprecian anomalías específicas, pero no se debe obviar, ya que puede revelar otras causas de dolor



Síntomas.

Dolor abdominal, que habitualmente es el primer síntoma. Inicialmente es difícil de localizar, suele ser difuso en la región periumbilical; con la evolución de la peritonitis, incluso hasta más de diez horas, suele localizarse con mayor frecuencia (>80 %) en la fosa ilíaca derecha. En el embarazo avanzado puede presentarse en el cuadrante superior derecho, y con la ubicación retroperitoneal del apéndice también en otras localizaciones. Pérdida del apetito, náuseas y vómitos.



Diagnostico

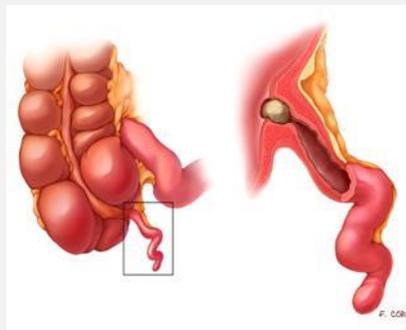
El diagnóstico y las indicaciones para la intervención quirúrgica tienen que establecerse lo antes posible, en caso de síntomas limitados localmente hasta 12-24 h desde el inicio de la enfermedad. En casos dudosos observar durante unas horas. Si la intervención no se realiza en 12-24 h o aparecen síntomas de peritonitis generalizada (íleo paralítico) la operación es urgente.

Evaluación clínica

TC abdominal si es necesario

Ecografía, una alternativa a la TC

En presencia de los signos y síntomas clásicos de apendicitis, el diagnóstico es clínico. En estos pacientes, diferir el tratamiento quirúrgico de la apendicitis para realizar estudios por la imagen sólo aumenta la probabilidad de perforación y las consiguientes complicaciones.



Exploraciones complementarias

1. Análisis de sangre: en un 80-85 % de los casos se observa leucocitosis con neutrofilia. Existe un aumento de la concentración de la proteína C-reactiva después de 6-12 h. Así, si los síntomas duran >24 h y la concentración de la proteína C-reactiva es normal, se descarta el diagnóstico de una inflamación aguda.
2. Análisis de orina: puede orientar a alguna otra causa de los síntomas, aunque la hematuria microscópica puede asociarse a la apendicitis, si el apéndice linda con el uréter o la vejiga.
3. Pruebas de imagen: la ecografía mediante el método de la presión gradual orienta el diagnóstico con una alta probabilidad, cuando se aprecia una lesión de >6 mm de diámetro, que no deja presionarse, sin peristalsis y rodeada de una capa líquida (el apéndice sano no suele ser visible en la ecografía). Solamente el resultado positivo tiene un valor diagnóstico. Es el estudio de elección en embarazadas y niños. La TC en ocasiones es útil en pacientes

Con síntomas atípicos, aunque su realización no debería retrasar la decisión sobre el tratamiento.

Tratamiento

1. 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.



2. El absceso periapendicular debe ser drenado.

3. El infiltrado inflamatorio periapendicular o plastrón apendicular es tratado en el hospital con antibióticos iv. hasta la desaparición de los síntomas generales y la disminución evidente de la resistencia sobre la fosa ilíaca. Tras este período se continúa con antibioticoterapia oral en casa y habitualmente, tras 8 semanas, se realiza la apendicectomía planificada.

4. Los síntomas de apendicitis aguda pueden desaparecer bajo la influencia de un tratamiento intensivo con antibióticos, pero en ~40 % de los enfermos las molestias vuelven rápidamente. Por esta razón el tratamiento conservador se emplea exclusivamente en situaciones en las que no es posible realizar una cirugía inmediatamente.

4. Los síntomas de apendicitis aguda pueden desaparecer bajo la influencia de un tratamiento intensivo con antibióticos, pero en ~40 % de los enfermos las molestias vuelven rápidamente. Por esta razón el tratamiento conservador se emplea exclusivamente en situaciones en las que no es posible realizar una cirugía inmediatamente.



Conclusiones:

Como pudimos comprender la Apendicitis aguda es una patología bastante común en algunos países, donde la clínica es sumamente importante al momento de realizar el diagnóstico, su clínica es bastante característica en presencia del acompañamiento de sus signos y síntomas donde el principal es el característico dolor intenso en fosa iliaca derecha o cuadrante inferior derecho es una patología en donde debemos de actuar a la brevedad posible y actuar quirúrgicamente para evitar complicaciones de la misma

Bibliografía:

medicina interna basada en evidencia . (2019). Apendicitis Aguda. 22 de octubre del 2021, de empendium Sitio web: <https://empendium.com/manualmibe/compendio/chapter/B34.II.4.33>.

Parswa Ansari , MD, Hofstra Northwell-Lenox Hill Hospital, New York. (2020). Apendicitis. 22 de octubre del 2021, de Manual MSD Sitio web: <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-gastrointestinales/abdomen-agudo-y-gastroenterolog%C3%ADa-quir%C3%BArgica/apendicitis>

