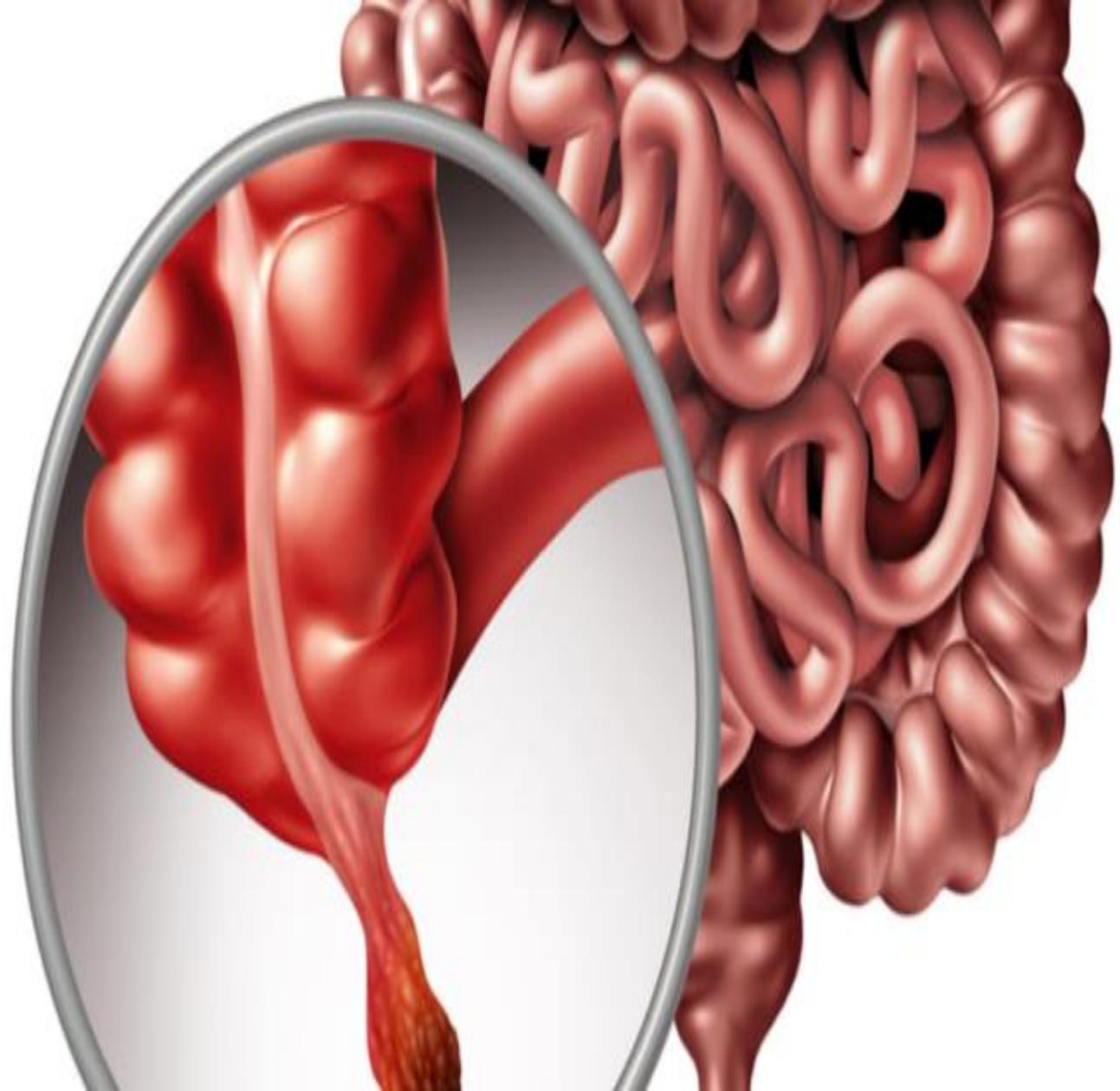


# APENDICITIS

Frida Citlalli Hernández Pérez  
Gerardo Valdez Cuxim  
Débora nieto Sánchez

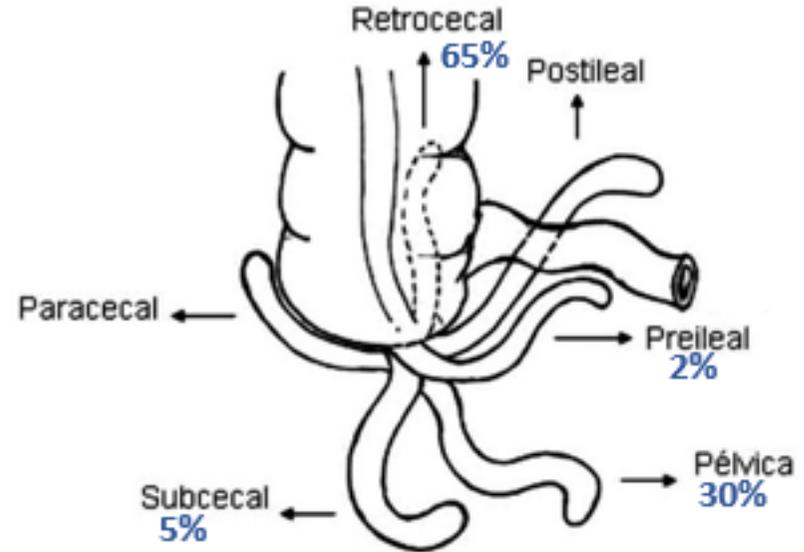


# Definición

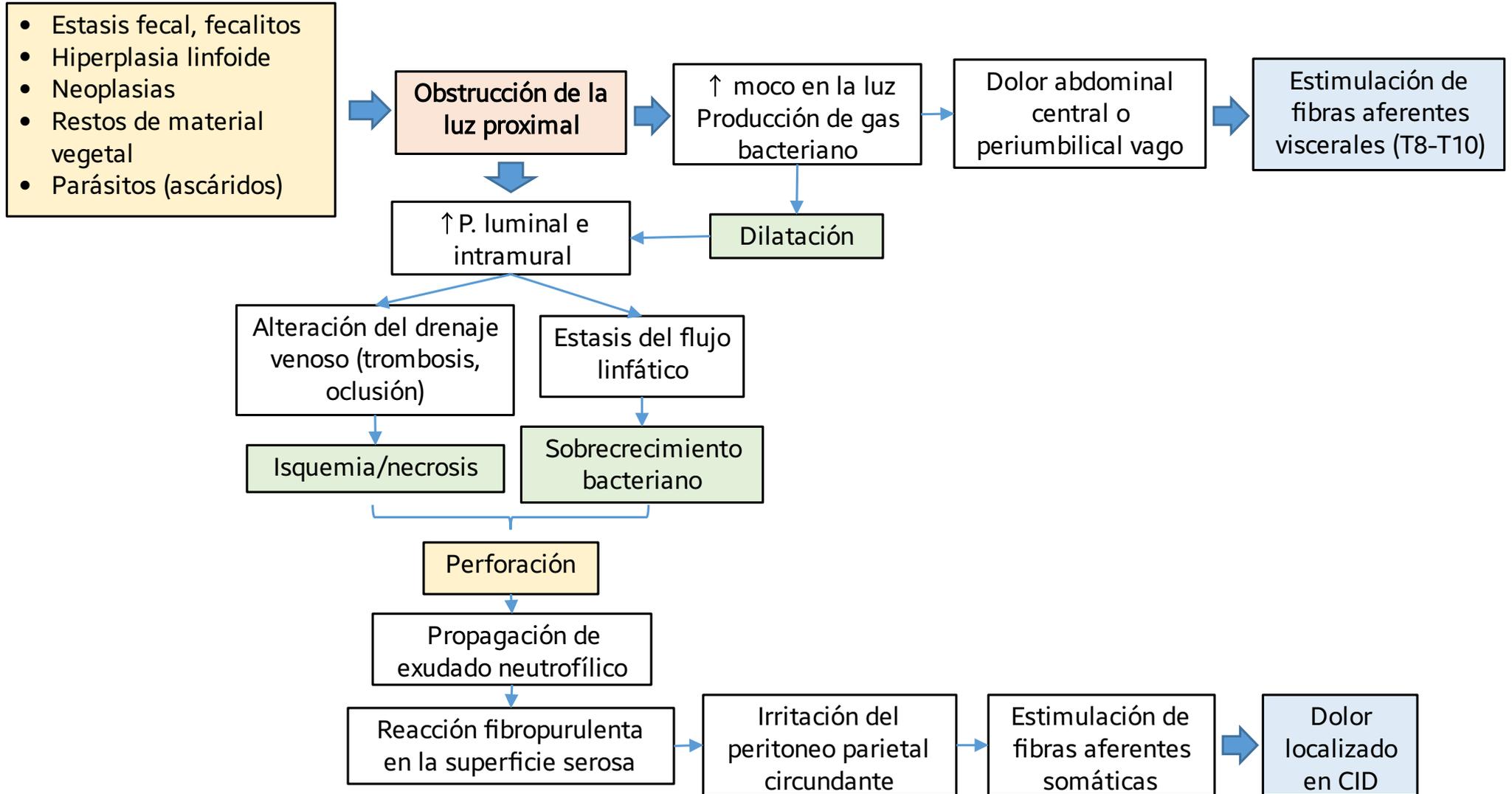
- Urgencia quirúrgica más frecuente, **causa más común de abdomen agudo**
- 6-7% de la población sufre apendicitis alguna vez en su vida
- Pico de incidencia de 20-30 a

## Características del apéndice

- Mucosa tipo cólica
- Irrigación de la AMS -> ileocólica -> apendicular (por el mesoapéndice)
- Tamaño de 5 a 35 cm, promedio 9 cm
- Base en la convergencia de las tres tenias define la dirección y posición de la punta

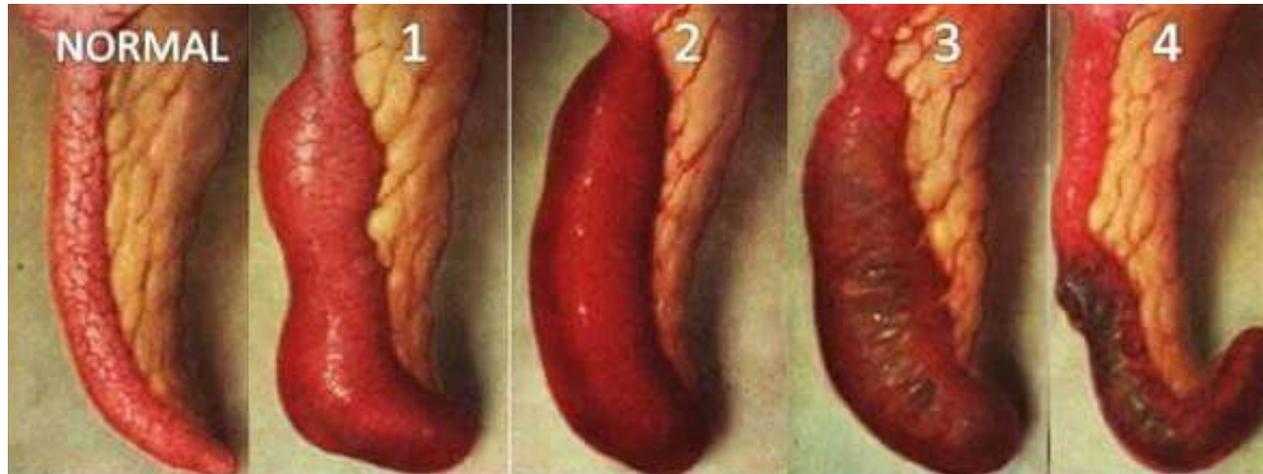


## ► FISIOPATOLOGÍA



# FASES

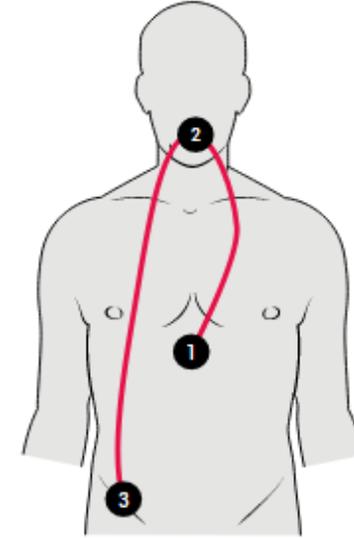
	Tiempo	Características	Germen	Clínica
CONGESTIVA	4-6h	↓ Flujo linfático y venoso	(-)	Dolor visceral y náuseas
SUPURADA	6h	Proliferación bacteriana	E. coli Bacteroides	Dolor somático
NECROSADA	12h	↓ Flujo arterial	Bacteroides E. Coli	Fiebre
PERFORADA	24h	Peritonitis		Dolor al rebote



## ➤ MANIFESTACIONES CLÍNICAS

### Anamnesis

- Dolor abdominal difuso, origen periumbilical leve
- Mejoría brusca suele indicar perforación
- Anorexia y náuseas, con o sin vómitos
- \*Diarrea o estreñimiento, anorexia total, disuria y polaquiuria
- A medida que progresa el dolor migra al CID (4-6 h), continuo, intenso, aumenta al moverse o toser
- Ap. Retrocecal: cuadro subagudo, dolor en espalda o costado
- Ap. Pélvico: Dolor suprapúbico



1. Dolor epigástrico 2. Náuseas, vómitos 3. Dolor en fosa iliaca derecha

## Examen físico

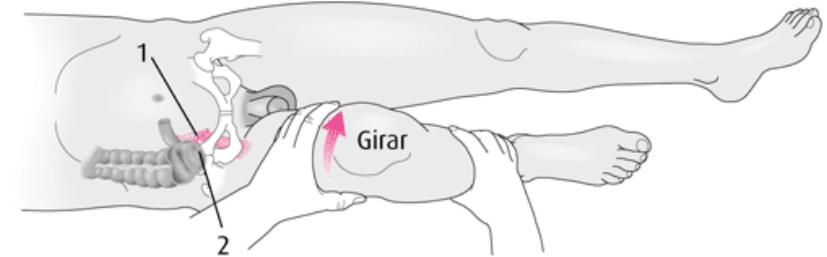
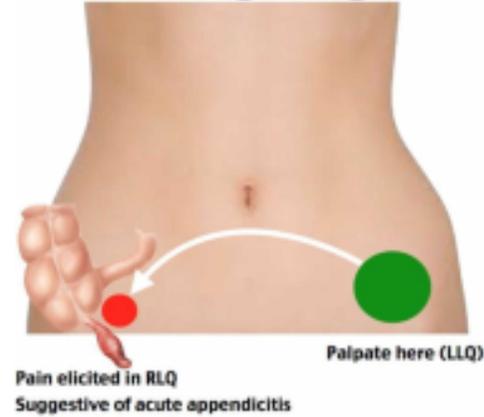
- Aspecto enfermo, inmóvil
- Fiebre oscila entre elevaciones leves y altas
- \*Taquicardia, deshidratación leve
- Abdomen silencioso, sensibilidad dolorosa y defensa a la palpación del CID
- Peritonitis localizada: dolor de rebote
- Peritonitis difusa: rigidez de la pared

### PUNTOS DOLOROSOS:

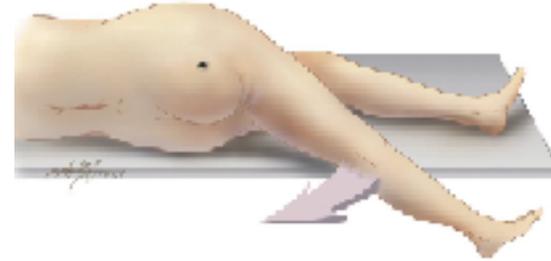
- **McBurney:** Entre el 1/3 ext y 1/3 medio de la línea que une la EIASD y el ombligo (Ap. paracecal, retrocecal)
- **Lanz:** Entre el 1/3 ext y 1/3 medio de la biespinosa (Ap. Pélvico)
- **Morris:** Entre el 1/3 int y 1/3 medio de la línea de la línea que une la EIASD y el ombligo (Ap. paraileal)
- **Lecene:** Dos dedos por encima y detrás de la EIASD (Ap. retrocecal)



## Rovsing's Sign



Fuente: Abel Archundia García: *Cirugía 2*, [www.accessmedicina.com](http://www.accessmedicina.com)  
Derechos © McGraw-Hill Education. Derechos Reservados.

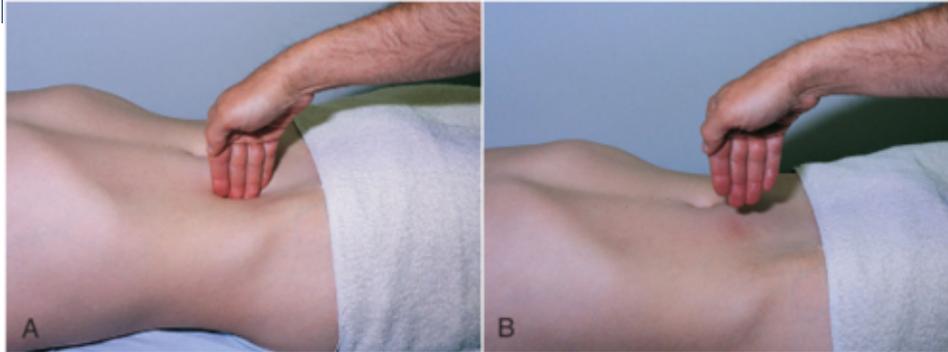


The psoas sign. Pain on passive extension of the right thigh. Patient lies on left side. Examiner extends patient's right thigh while applying counter resistance to the right hip (arrow).

El signo de Psoas.

## SIGNOS

Blumberg	Dolor al rebote
Rovsing	Dolor en lado contrario
Obturador	Dolor a la rotación interna de cadera
Iliopsoas	Dolor posterolateral a la extensión de cadera



# Exámenes complementarios

## LABORATORIO

- Leucocitosis con desviación a la izquierda
- PCR elevado
- EOC: Leucocituria, hematuria

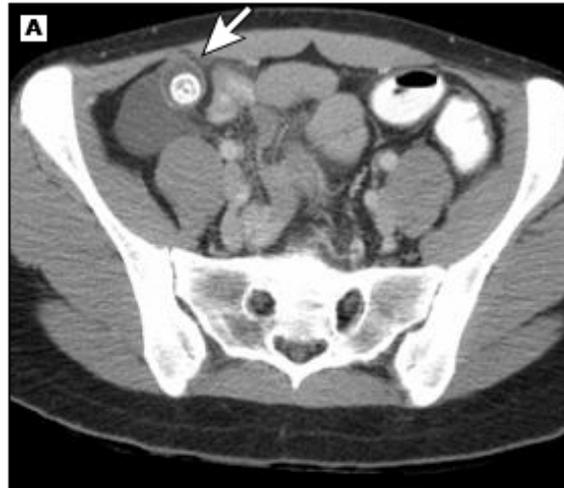
## ESTUDIOS DE IMÁGEN

### A. TAC (Mayor sensibilidad):

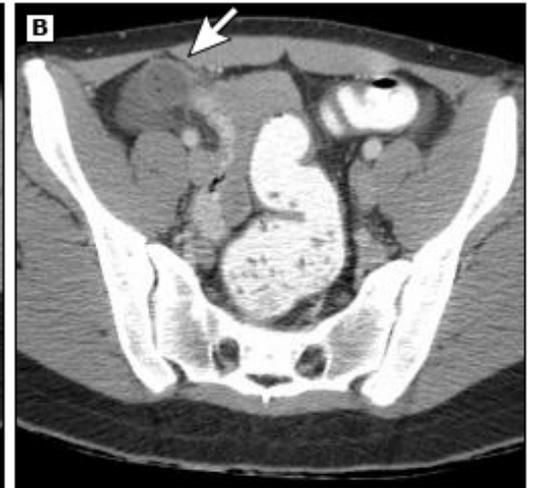
- Es recomendable para el descarte de apendicitis aguda en adultos
- Se recomienda el uso de contraste (excepto en personas con insuficiencia renal o hipersensibilidad al contraste), sin embargo, es válido TAC sin contraste

AGUDO	14,500 ± 7300 células / microL
GANGRENOSO	17,100 ± 3900 células / microL
PERFORADO	17,900 ± 2100 células / microL

Apendicolito



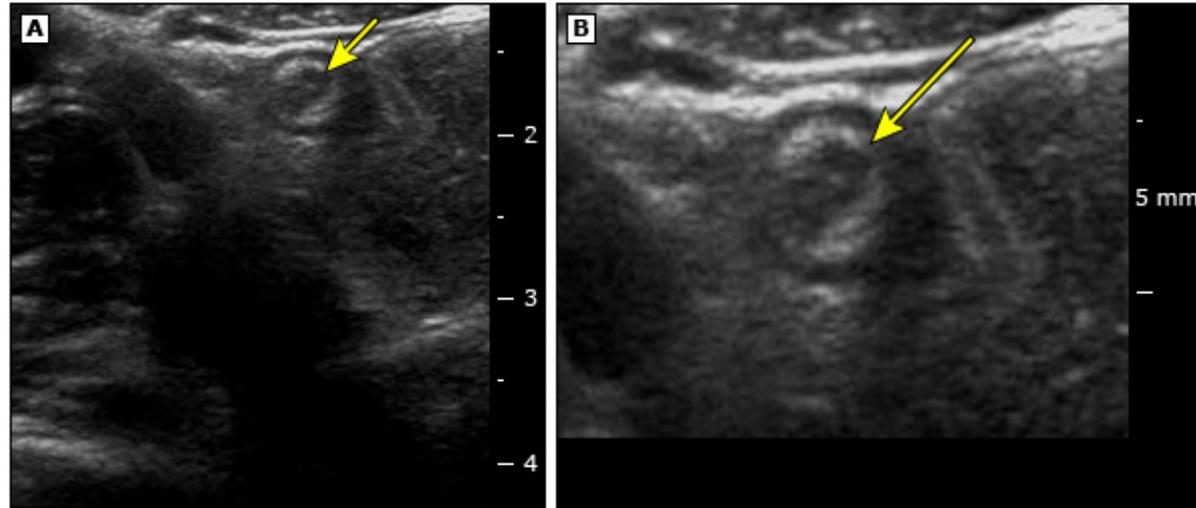
Líquido inflamatorio



- ❖ Aumento del diámetro del apéndice >6 mm
- ❖ Luz ocluida, aumento de la pared >2 mm
- ❖ Apendicolitos (depósitos calcificados, pueden ser encontrados de manera accidental y mayormente en niños con apendicitis aguda)
- ❖ Estancamiento de grasa periapendicular

## B. Ecografía Doppler (más utilizada en mujeres en edad fértil y niños):

Disminución del diagnóstico preciso de apendicitis, también es método de elección en lugares donde no se cuente con TAC, durante las 3 primeras horas.



## ESCALA DE ALVARADO

Dolor migratorio a CID	1
Anorexia	1
Náuseas/vómitos	1
Dolor en CID	2
Dolor al rebote	1
Temperatura >37.5°C	1
Leucocitosis > 10000	2
Desviación a la izquierda	1

### PUNTAJES

- **BAJO RIESGO** (Puntaje 1-4): Pueden ser admitidos en el hospital si no presentan mejoras clínicas o mayor puntaje en las siguientes horas o descarte por imágenes
- **RIESGO INTERMEDIO** (Puntaje 5-6): Observación y diagnóstico
- **ALTO RIESGO** (Puntaje 7-10): Joven de 60 años -> No requiere imágenes pre-operativo

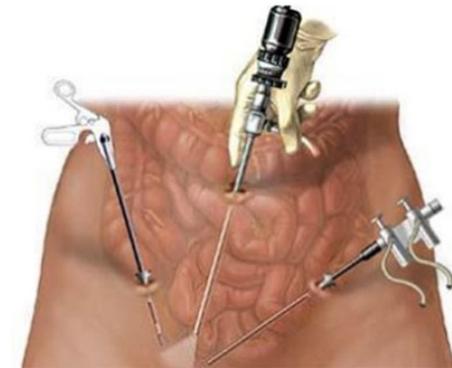
# Tratamiento

Antibióticos:  
cefalosporina  
3°G +  
metronidazol x  
10 días

- 15% recurrencia en un año (5% complicado)

Apendicectomía:  
elección

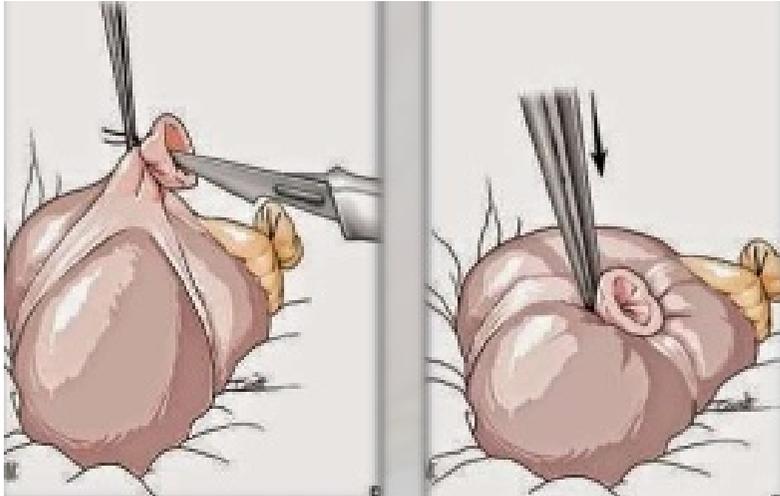
- Abierta vs laparoscópica.
- Base íntegra: Muñón libre
- Base dañada: jareta invaginante.



LAPAROSCOPÍA (ancianos, obesos)	
Pros	Contras
Menor estancia intrahospitalaria Recuperación más rápida	Destreza del cirujano Equipo quirúrgico adecuado

*Antibióticos 1-2h previas Qx (cubrir Gram  
– y anaerobios)  
Cefalosporinas 2°G, 3°G, Ags,  
metronidazol.*

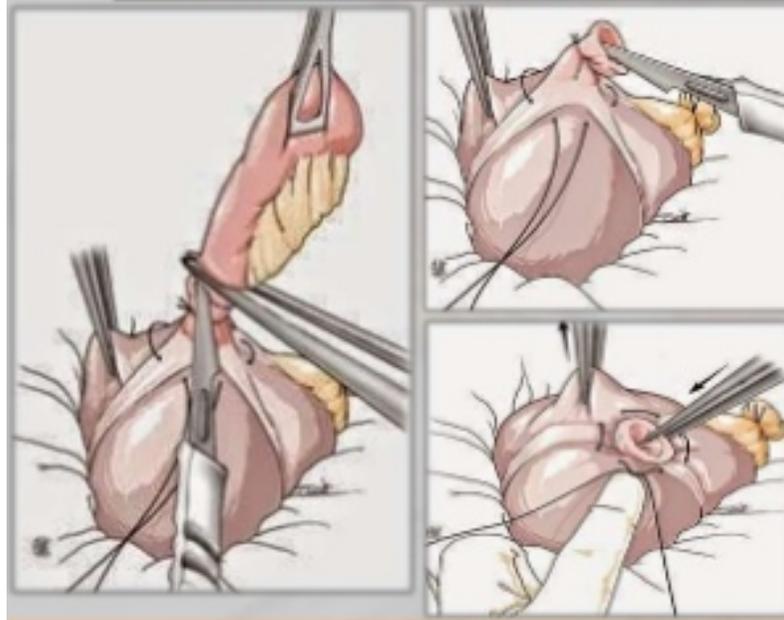
## MUÑÓN APENDICULAR SIN INVAGINACIÓN



El contenido de la base apendicular se exprime con una **pinza de Kocher** hacia el extremo distal antes de colocar, claramente por debajo, otra ligadura.

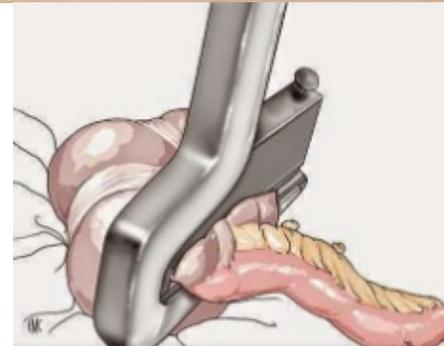
Se pone una pinza al final del hilo de la ligadura de la base apendicular para evitar que se meta espontáneamente en el abdomen. El apéndice se secciona por debajo de la pinza de Kocher con el **bisturí frío** embebido en desinfectante yodado.

## MUÑÓN APENDICULAR CON INVAGINACIÓN



### Técnica de Halsted

- 1.-El cirujano secciona el apéndice con el bisturí a ras de **una pinza colocada 1 cm por encima de la ligadura** de la base del apéndice.
- 2.- La mucosa del muñón se raspa cuidadosamente con la hoja del bisturí embebida en desinfectante yodado.
- 3.-Con la ayuda de otra pinza fina, atraumática, se invagina el muñón apendicular haciendo contracción con la pinza del ciego, **el cirujano cierra y anuda la invaginación.**



Se utiliza en los casos de necrosis de la base del ciego, cuando se hace necesaria realmente una resección cecal.

Se coloca a distancia de los límites de la zona de inflamación y necrosis.