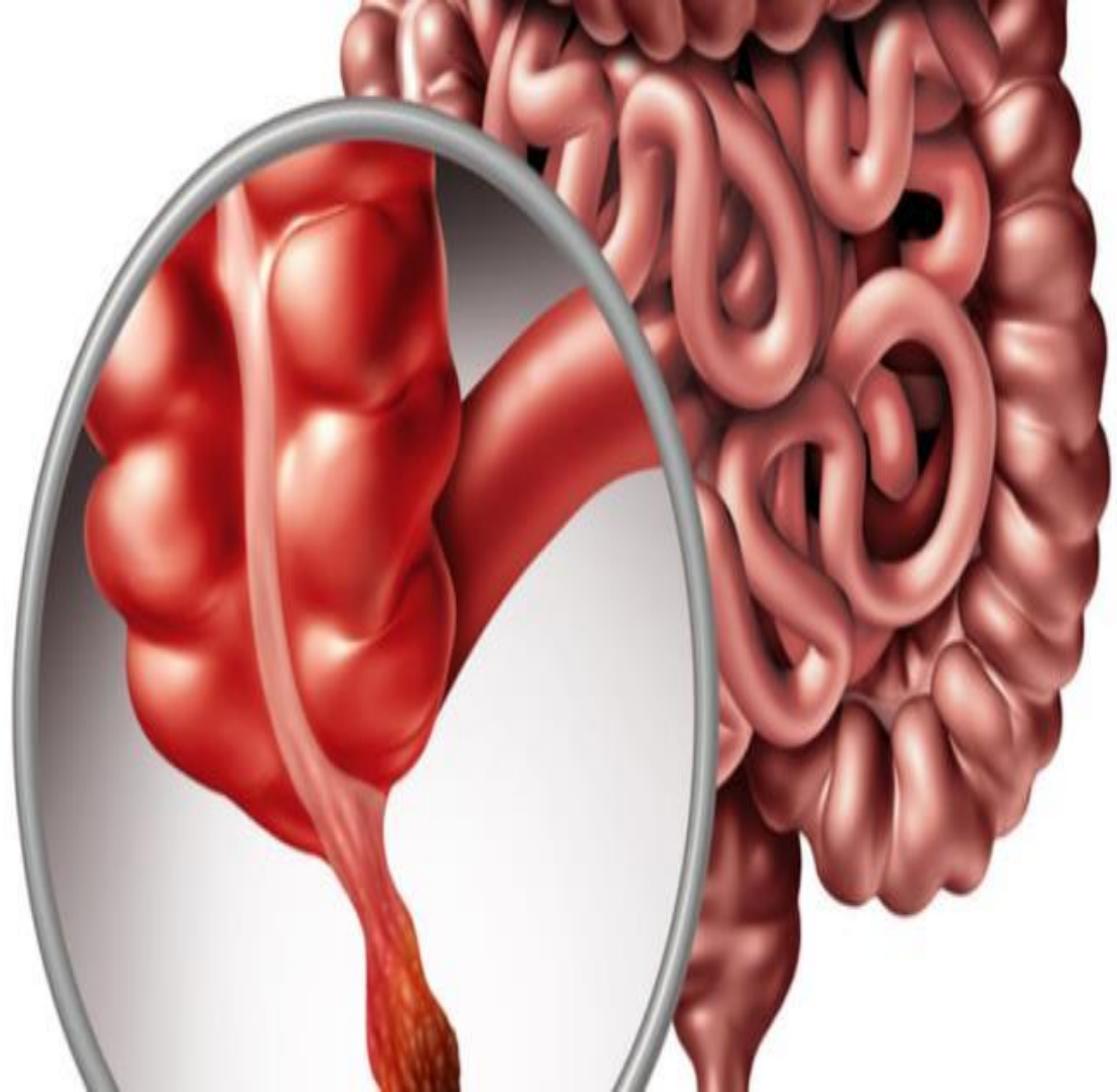


APENDICITIS

Frida Citlalli Hernández Pérez
Gerardo Valdez Cuxim
Débora nieto Sánchez

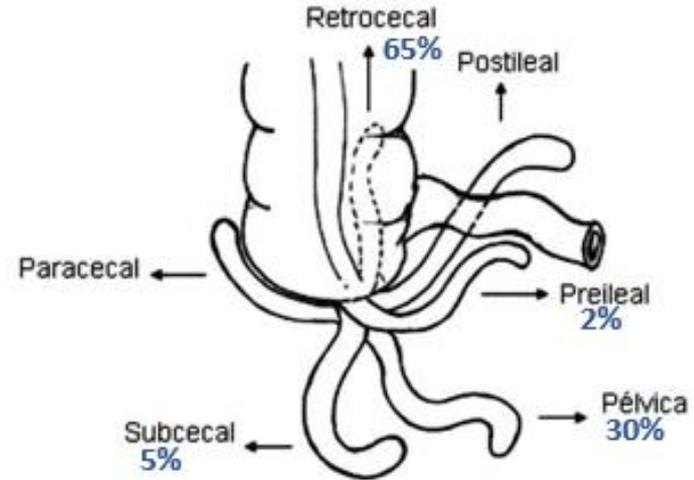


Definición

- 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

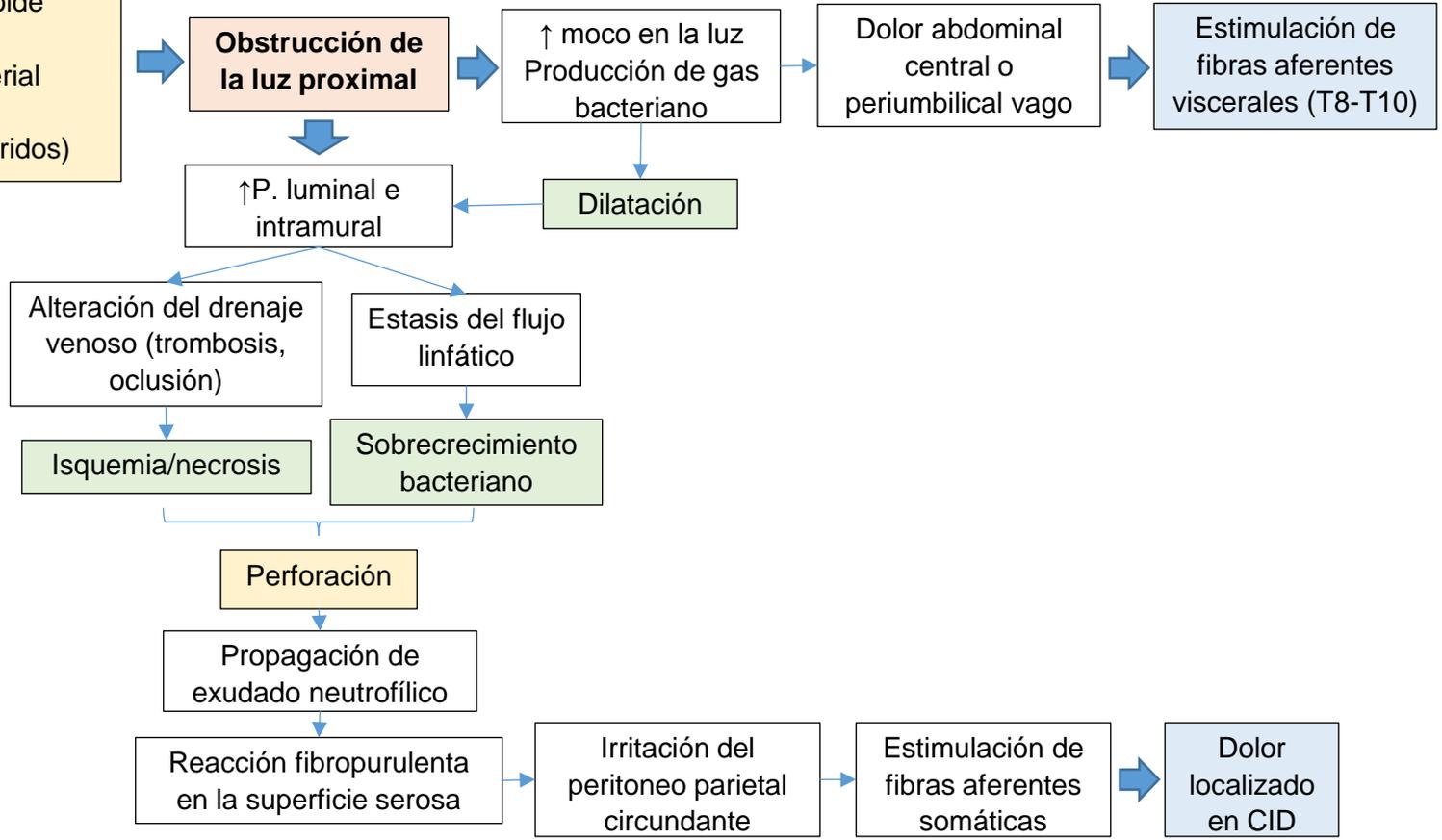
Características del apéndice

- 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



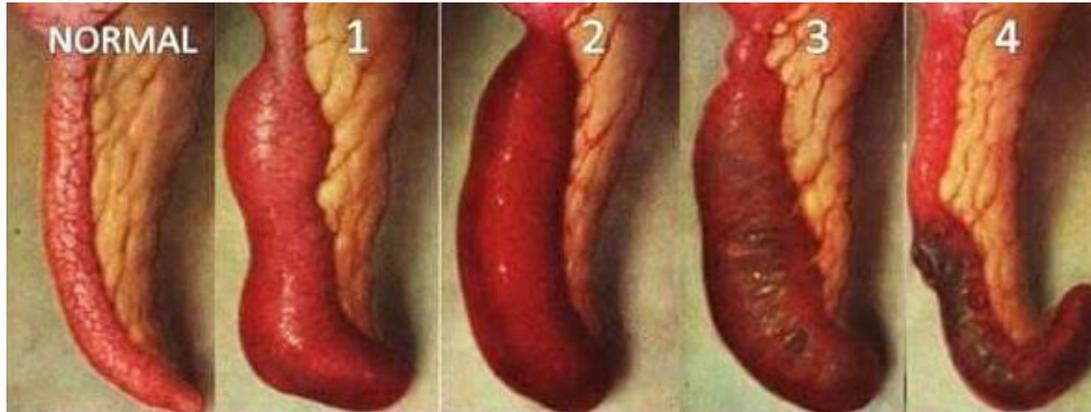
➤ FISIOPATOLOGÍA

- Estasis fecal, fecalitos
- Hiperplasia linfoide
- Neoplasias
- Restos de material vegetal
- Parásitos (ascáridos)



FASES

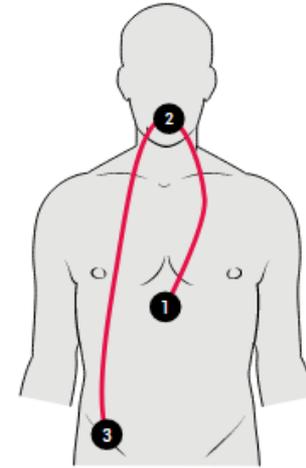
	Tiempo	Características	Germen	Clínica
CONGESTIVA	4-6h	↓Flujo linfático y venoso	(-)	Dolor visceral y náuseas
SUPURADA	6h	Proliferación bacteriana	E. coli Bacteroides	Dolor somático
NECROSADA	12h	↓Flujo arterial	Bacteroides E. Coli	Fiebre
PERFORADA	24h	Peritonitis		Dolor al rebote



➤ MANIFESTACIONES CLÍNICAS

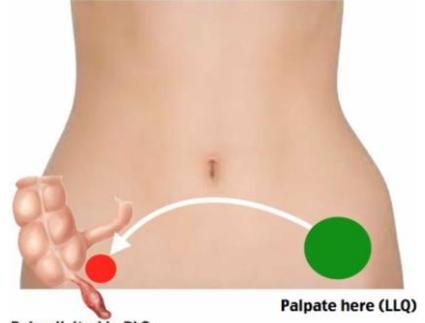
Anamnesis

- 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

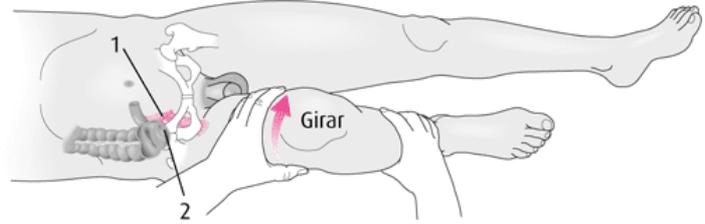


1. Dolor epigástrico 2. Náuseas, vómitos 3. Dolor en fosa iliaca derecha

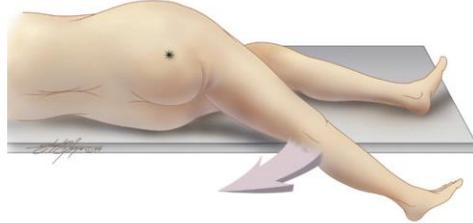
Rovsing's Sign



Pain elicited in RLQ
Suggestive of acute appendicitis



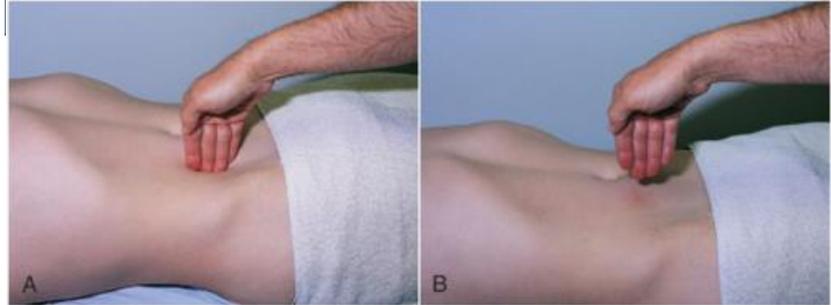
Fuente: Abel Archundia García: *Cirugía 2*, www.accessmedicina.com
Derechos © McGraw-Hill Education. Derechos Reservados.



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 (asterisk).

Illustration by Floyd E. Hosmer

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



Exámenes complementarios

LABORATORIO

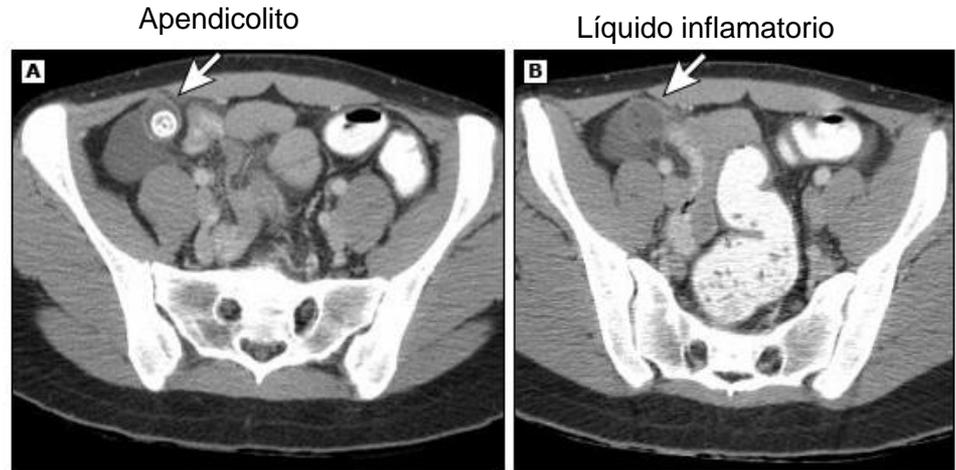
- Leucocitosis con desviación a la izquierda
- PCR elevado
- EOC: Leucocituria, hematuria

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

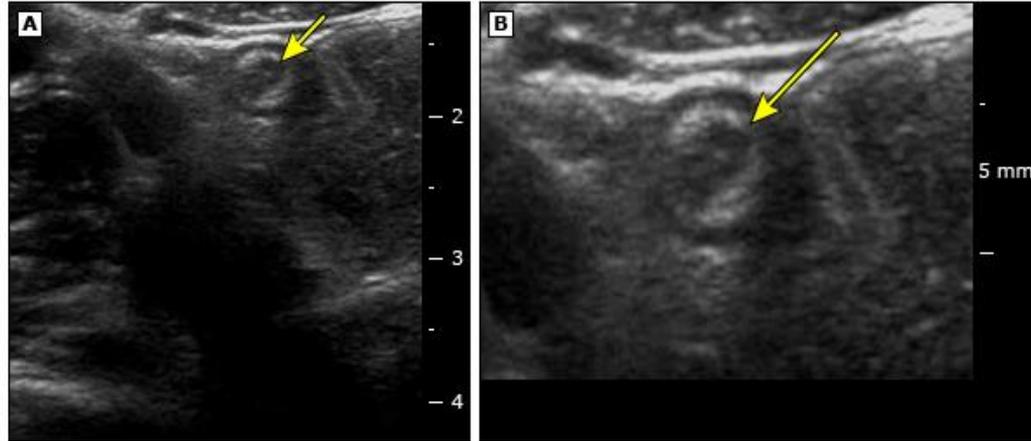
AGUDO	14,500 ± 7300 células / microL
GANGRENOSO	17,100 ± 3900 células / microL
PERFORADO	17,900 ± 2100 células / microL



- ❖ 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

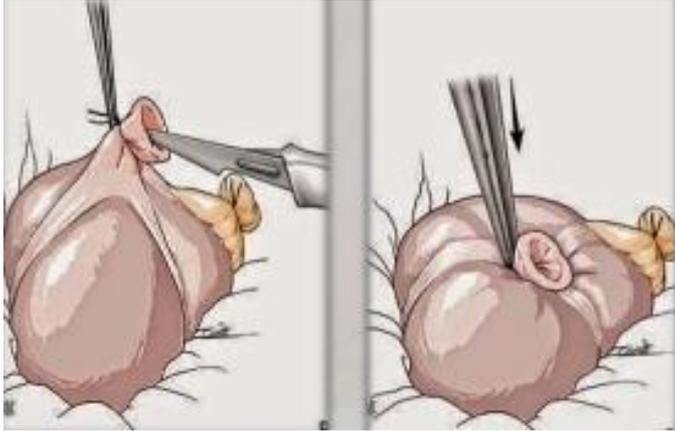
- Abierta vs laparoscópica.
- Base íntegra: Muñón libre
- Base dañada: jareta invaginante.



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 2ºG, 3ºG, Ags,
metronidazol.*

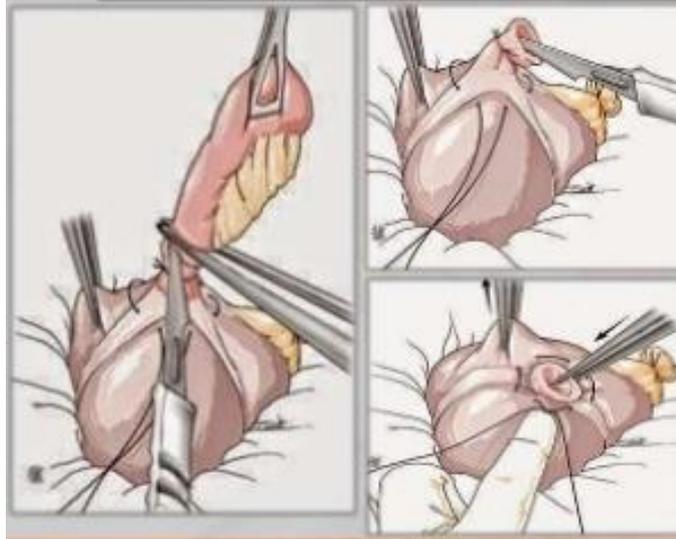
MUÑÓN APENDICULAR SIN INVAGINACIÓN



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

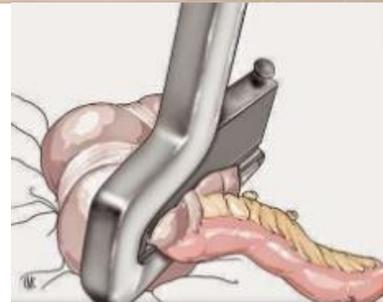


Técnica de Halsted

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 contratracción 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.

Suturas de Abdomi

Tipos de hilo: absorción

ABSORBIBLES

▶ PDS - Polidioxanona

Periodo más prolongado de resistencia. Fuerza tensil de hasta 98 días.
Ideal para cierre de laparotomías.

NO ABSORBIBLES

◎SEDA

Larva del gusano. No se debe mojar pierde tensión. La que más reacción tisular provoca.

• PROLENE

Minima reacción tisular. Inerte. Resistente a UV. Ideal en heridas contaminadas

Hilos: Tensión vs absorción

■ VICRYL RAPID - Poliglatina 910

- La más rápida . Cierre de piel, No vasos Tensión: 12 días.
- Absorción: 42 días

■ MONOCRYL - Poliglecaprona 25

- Tension: 21 días.
Absorción: 91-119 días.

■ VICRYL PLUS - Poliglatina 910

- Tensión: 35

MonoMax® - Poli4-hidroxibutirato

- Tensión: 180 días
- Absorción: 13 meses

Sutura de pared en dos planos:

- 1 Plano profundo: aponeurosis de la vaina posterior del recto (oblicuo menor y transverso)
- 2 Plano superficial: aponeurosis de la vaina anterior del recto (oblicuo mayor)

INFRAUMBILICAL: Sólo plano superficial

Continua

- Más rápida
- Mayor índice de error
- Menor índice de hernias

Monofilament

O

1. Mínimo riesgo de propagación de infección
2. Mejora la cicatrización de la herida
3. Anudado fiable
4. Paso suave y atraumático por los tejidos

Recomendaciones generales para cierre de pared abdominal

- ▶ Incisiones lejos de la línea
 - ▶ media No cerrar peritoneo
 - ▶ Cerrar por capas (aponeurosis) con MonoMax®
 - ▶ 2-0 Usar sutura continua
 - ▶ Usar puntos cortos y la regla del 4/1
-
- Sutura **CONTINUA** con **MONOFILAMENTO**
de **ABSORCIÓN LENTA 2-0**

Piel
T. Adip.
Fascia A.
Musculo
Fascia P.
Peritoneo

Material	Calibre
Polipropileno, PGC 25, OGA Rapid, Nylon	2-0, 3-0, 4-0, 5-0
Catgut Simple y Cromico, PGA y PGA Rapid	2-0 y 3-0
Polidioxanona, PGA, Nylon y Polipropileno	1-0
PGA Rapid, PGA, Catgut Simple y Cromico	2-0 y 3-0
Nylon y Polipropileno	1-0
PGA y Catgut Cromico	1-0