



Mi Universidad

CUADRO SINOPTICO

NOMBRE DEL ALUMNO: ANGEL DE JESUS REYES RAMIREZ

TEMA: APENDICITIS

PARCIAL:2

MATERIA: PRACTICAS PROFESIONALES

NOMBRE DEL PROFESOR: ERVIN SILVESTRE CASTILLO

LICENCIATURA: ENFERMERIA

CUATRIMESTRE: 9NO

APENDICITIS

ANATOMIA Y UBICACIÓN DEL APÉNDICE

De manera embriológica el apéndice es parte del ciego, formándose en la unión distal en donde se unen las tres tenias. Histológicamente el apéndice es similar al ciego e incluye fibras musculares circulares y longitudinales

El apéndice puede mantener diversas posiciones, clásicamente se han postulado la retrocecal, retroileal, pélvica, cuadrante inferior derecho y cuadrante inferior izquierdo, sin embargo, puede mantener cualquier posición en sentido de las manecillas del reloj en relación con la base del ciego

El mesenterio del apéndice pasa por detrás del ileon terminal y es continuación del mesenterio del intestino delgado. La arteria apendicular cursa por en medio del meso apéndice y es rama de la arteria ileocólica, sin embargo, puede presentarse proveniente de la rama cecal posterior rama de la arteria cólica derecha. El drenaje venoso es paralelo a la irrigación arterial, drenando a la vena ileocólica que a su vez drena a la vena mesentérica superior

ETIOLOGIA, FISIOPATOLOGIA Y EPIDEMIOLOGIA

Generalmente la apendicitis es el resultado de la obstrucción de la luz apendicular que provoca un aumento de presión intraapendicular que después desarrolla isquemia de la mucosa.

1. Hasta este punto comienza la trombosis (llamada fase 1 de la apendicitis) de las vénulas que drenan el apéndice ocasionando edema

2. Con la congestión vascular la mucosa apendicular se vuelve hipóxica y comienza a ulcerarse, resultando en un compromiso de la barrera mucosa con la posterior traslocación de las bacterias intraluminales hacia la pared apendicular

3. Si la presión intraluminal continúa elevándose se produce un infarto venoso, necrosis total de la pared y perforación^{6,12} con la posterior formación de un absceso localizado o fase III de la apendicitis

4. Si en su defecto no se forma el absceso y en cambio se presenta una peritonitis generalizada se estará hablando de la fase IV de la apendicitis

La obstrucción intestinal se ve ocasionada por diversos factores, en los cuales puede ser algunos de los siguientes :

1. Aumento de fecalitos
2. Hiperplasia linfoidea
3. Fibras vegetales
4. Semillas de frutas
5. Restos de bario de estudios radiológicos previos
6. Gusanos intestinales
7. Carcinoides

Epidemiológicamente la apendicitis es la mayor causa de cirugía de abdomen agudo ya que su riesgo de padecerla es de 6 a 7% durante el periodo de vida de 10 a 30 años de edad.

Se presenta mayormente en masculinos 1 por cada 35 afectados. En femeninas es de 1 por cada 50.

Esto varía de acuerdo a las diferencias raciales, ocupacionales y dietéticas. Ya que el bajo consumo de fibra es un factor de riesgo imprescindible para la apendicitis

CUADRO CLÍNICO Y PRESENTACIÓN

En la etapa inicial la apendicitis se caracteriza por dolor que va en aumento respecto al tiempo de 12 a 24 hrs. Este es referido en epigastrio o periumbilical como si fuera calambre que no mejora con evacuación o reposo.

Además conjuntamente del dolor, aparece anorexia y náuseas.

El dolor va en aumento y se comienza a referir hacia la fosa ileaca derecha (punto de Mc Burney)

La sintomatología se puede señalar con la secuencia de Murphy. La cual consta de un orden específico:

1. Dolor
2. Anorexia
3. Aumento de sensibilidad, fiebre
4. Leucocitosis

El orden debe ser así, de lo contrario no precisariamos de una apendicitis.

La sintomatología se puede señalar con la secuencia de Murphy. La cual consta de un orden específico:

1. Dolor
2. Anorexia
3. Aumento de sensibilidad, fiebre
4. Leucocitosis

El orden debe ser así, de lo contrario no precisariamos de una apendicitis.

Algunos puntos dolorosos y signos descritos que especifican una apendicitis son los siguientes:

- Punto de Mc Burney: dolor en la unión del tercio medio con el inferior entre el ombligo y cresta ileaca derecha
- Punto de Morris: dolor en unión del tercio medio con el tercio interno de la línea umbilicoespinal derecha
- Punto de lanza: dolor en la convergencia de la línea interespinal con el borde externo del músculo recto derecho
- Punto de Lecene: dolor por arriba y afuera de la espina ileaca anterosuperior
- Signos de Summer: defensa involuntaria de la pared abdominal sobre una zona inflamación intraperitoneal.
- Signo de Blumberg: dolor en fosa ileaca derecha a la descompresión
- Signo de Mussy: dolor a la descompresión en cualquier parte del abdomen.
- Signo de Aaron: dolor en epigastrio o región precordial al palpar la fosa ileaca derecha
- Signo de Rovsing: dolor en fosa ileaca derecha al comprimir la fosa ileaca izquierda
- Signo de Chase: dolor en fosa ileaca derecha al comprimir el colon transversal
- Signo de Psoas: se apoya suavemente la fosa ileaca derecha hasta provocar un suave dolor
- Signo de Obturador: flexión de cadera causando dolor en zona pélvica
- Triada apendicular de Dielafoy: hipertensión cutánea, dolor abdominal y contractura muscular en fosa ileaca derecha
- Maniobra de Hausmann: se presiona punto de mc burney, se levanta el Mi hasta que forme plano con la cama, aumenta el dolor.
- Signo de talo percusión: dolor en FID en decúbito dorsal al elevar el miembro pélvico derecho y golpear el talón
- Signo de Britar: Ascenso testicular derecho al hacer presión en fosa ileaca derecha
- Signo de Llambias: al saltar aumenta el dolor en FID
- Signo de San Martino y Yodice: relajación del esfínter anal permite que desaparezcan los dolores reflejos

DIAGNOSTICO

La apendicitis generalmente necesita un diagnóstico diferencial ya que suele confundirse con otras patologías. Como :

- Infección de vías aéreas superiores
- Neumonía
- Meningitis
- Enfermedad diarreica aguda
- Gastroenteritis
- Adenitis mesentérica
- Diverticulitis de Meckel
- Intususcepción
- Salpingitis
- Quiste ovarico roto
- Folículo ovarico roto
- Embarazo ectópico
- Enfermedad de Crohn
- Infarto de apéndice epiploico
- Gastroenteritis
- Colitis
- Cuci
- Diverticulitis

En los laboratorios el único foco alarmante es la aparición de leucocitosis. Aunque no en todos los casos aparece.

Generalmente los estudios que nos determinan una apendicitis son los de imagenología donde podremos observar:

- RX abdominal: se observa ependicolito de 5 a 8%, presencia de gas en apéndice, íleo parálisis, pérdida de sombra cecal, borramiento de psoas, escoliosis, opacidad en FID, líquido intraperitoneal
- UX: imagen tubular en FID, cerrada de un extremo con diámetro mayor a 6 mm, apendicitis focal, pérdida de la continuidad de la mucosa, líquido dentro de la luz, ecogenicidad pericecal
- TAC: apéndice con diámetro mayor de 6mm con sensibilidad y especificación de 87 a 100%

TRATAMIENTO

Su única medida terapéutica es quirúrgica junto con el uso de antibiótico antes y después de la cirugía.

FUENTES BIBLIOGRAFICAS

- Giu iano A. G ínica y terapéutica quirúrgica. 3a. Ed. Buenos Aires: E Ateneo; 1976.
- Surós BJ, Surós FJ. Semio ogía médica y técnica exp oratoria. 8a. Ed. España: E sevier; 2001, p. 464.
- A der W. A sing for differentiating uterine from extrauterine comp ications of pregnancy. Br Ed J 1951; 2; 1194.
- Gastro BJ. Ap icando conocimiento. Revista 16 de Abri . Re- vista Científico Estudianti de as Ciencias Médicas de Guba 2008; 234.
- Jones PF. Girugía Abdomina de Urgencias. Barce ona: Sa vat Editores; 1978.
- Dunphy JE, Botsford TW. Propedéutica quirúrgica. Introduc- ción a a cirugía c ínica. 4a. Ed. México: Kueva Editoria Interamericana; 1976.
- Adams DD, Fine G, Brooks DG, Digh reso ution rea time u trasonography. A new too in the diagnosis of acute appendicitis. Am J Surg 1988; 155: 3-7.
- Jeffret RB, Laing FG, Townsend RR. Acu e Appendicitis: Sonographic Griterio based on 250 cases. Radio ogy 1988; 167: 327-9.
- Bnie JM, Taoure P, Prade J, et a . Urgences Abdomina es non Traumaüques de 'adu te. Encyci Méd Ghir (Paris-
- Jeffrey RB, Jain KA, Kghiem DV. Sonographic Diagnosis of Acute Appendicitis: nterpretive Pitfis. AJR 1994; 162: 55-9.
- Sivit GJ. Diagnosis of Acute Appendicitis in Ghi dren: Spectrum of Sonographic Findings. AJR 1993; 161: 147-52.
- Lubinus BF, Manti a SJ. Apendicitis aguda - Diagnóstico u trasonográfico. MEDUKAB 1999; 4.
- d JL, Dusing RW, Yap W, Dirks J. Imaging for suspected appendicitis. Am Fam Psysician 2005; 71: 71-8.
- Dorton MD, Gounter SF, F orence MG, Dart MJ. A prospective tria of computed tomography and u trasonography for diagnosing appendicitis in the atypica patient. Am J Surg 2000; 179: 379-81.
- Schumpe ick V, Drew B, Ophoff K, Prescher A. appendix and cecum. Surg G in Kort h Am 2000; 80: 295-318.
- Jaffe BM, Berger DD. Apendice. En: Brunicardi FG, Andersen DK, Bi iar TR, Dunn DL, Dunter JG, Po ock RE (eds.). Shwartz Principios de Girugía. 8a. Ed. México: Mc Graw Di Interamericana; 2006, p. 1119-38.
- Sabinston DG. Appendicitis. In: Sabinston DG, yer y DK (eds.). Textbook of Surgery: The Bio ogica Basis in Moder in Surgica Practice. 15th. Ed. Phi ade phia: WB Saunders; 1997, p. 964-70.
- Robbinson JO. Gongenita absence of vermiform appendix. Br J Surg 1952; 39: 344-5.
- Appendicitis. Gurr Prob Surg 2005; 42: 694-742.
- Tink er LF. Trip e appendix vermiformis a unique case. Br J Surg 1968; 55: 79-81.
- Juanes de TB, Ruíz GG. Diagnóstico: Apendicitis. Evid Ped 2007; 3: 100.

- Kraemer M, Franke G, Ohmann G, Yang Qin. Acute appendicitis in late adulthood: Incidence, presentation, and outcome. Results of prospective multicenter acute abdominal pain study and review of the literature. *Langenbeck's Arch Surg* 2000; 385: 470-81.
- Addiss DG, Shaffer K, Fowler BS, Tauxe RV. The epidemiology of appendectomy in United States. *Am J Epidemiol* 1990; 135: 910-25.
- Baker DJ, Morris J, Keelson M. Vegetable consumption and acute appendicitis in 59 areas in England and Wales. *BMJ* 1986; 292: 927-30.
- Boyle SJ, Agrawa GP, Warren AR, Veirth FJ, Levowitz BS, Treiber W, et al. Pathophysiologic effects of bowel distention on intestinal blood flow. *Am J Surg* 1969; 117: 228-34.
- Bennion RS, Thomson JE Jr, Baron EJ, Finegold SM. Gangrenous and perforated appendicitis with peritonitis: treatment and bacteriology. *Gastroenterology* 1990; 12(Suppl. 6): 31-44.
- Kwok MY, Kim MY, Gorevic MD. Evidence based approach to the diagnosis of appendicitis in children. *Pediatr Emerg Care* 2004; 20: 690-8.
- Ting JY, Farley R. Subhepatic located appendicitis due to adhesions: a case report. *J Med Case Reports* 2008; 2: 339.
- García PB, Taylor GA, Lund DP. Appendicitis una nueva mirada a un viejo problema. *Gontemp Pediatr* 1999; 16(9): 122-31.
- Sien W. Gope's Ear and Diagnosis of the acute abdomen. 16th. Ed. New York: Oxford University Press; 1983.
- Wagner JM, McKinney WP, Garpenter JL. Does this patient have appendicitis. *JAMA* 1996; 276: 1589-74.
- Paulson EK, Kaady MF, Pappas TK. General Practice. Suspected Appendicitis. *Kenn J Med* 2003; 348(3): 236-42.
- Tefford GL, Wallace JR. Apéndice. En: Zudema GD (ed.). Shackelford Cirugía de aparato digestivo. Tomo IV. 5ª. Ed. Buenos Aires: Edit. Médica Panamericana; 2005, p. 208-20.