



Ensayo

Nombre del Alumno: José Francisco Pérez Pérez

Nombre del tema: Apendicitis

Parcial: 3°

Nombre de la Materia: Clínicas Quirúrgicas Complementarias

Nombre del profesor: Dr. Guillermo Del Solar Villarreal

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

7° semestre

INTRODUCCIÓN

La apendicitis es la inflamación del apéndice, un tubo cerrado de tejido que se encuentra unido al intestino largo en la parte inferior derecha del abdomen. La inflamación puede ocurrir cuando el apéndice se infecta o bloquea con heces, con objetos foráneos o con un tumor.

APENDICITIS

APENDICITIS

Apendicitis es la inflamación del apéndice cecal, un pequeño remanente de tejido linfoide ubicado en el ciego, que es la porción inicial del intestino grueso. Normalmente los casos de apendicitis aguda requieren un procedimiento quirúrgico llamado apendectomía (apendicectomía) para realizarse por laparoscopia o por laparotomía, que no es más que la extirpación del apéndice inflamado. El tratamiento siempre es quirúrgico, de lo contrario, el índice de morbimortalidad es elevado, fundamentalmente por complicaciones como la peritonitis y el choque séptico que se genera luego de la perforación del apéndice.

ANATOMÍA QUIRÚRGICA Y FISIOPATOLOGIA

La principal teoría de la fisiopatología de la apendicitis, basada en evidencias experimentales, apunta hacia un taponamiento de la luz del apéndice por una hiperplasia linfoidea como una de las primeras causas; la segunda es el taponamiento del apéndice por un apendicolito; las infestaciones parasitarias (*Ascaris lumbricoides*, *Enterobius vermicularis* o larva de *Taenia*) también pueden ocluir la luz del apéndice (la presencia de semillas es anecdótica), lo cual causa una obstrucción con aumento de la presión por la producción de mucosidad propia del órgano. Rara vez ocurre obstrucción del apéndice por razón de una tumoración. El aumento progresivo de la presión intraapendicular va ocluyendo la luz del órgano y por compresión externa resulta en trombosis, oclusión de los capilares linfáticos, luego los venosos y, al final, los arteriales, conduciendo a isquemia que evoluciona a gangrena, necrosis y después a perforación. La perforación conduce a una peritonitis y ésta aumenta el riesgo de mortalidad del paciente. Mientras este proceso de obliteración ocurre, las bacterias intestinales escapan a través de las paredes del apéndice, se forma pus dentro y alrededor del apéndice y se forma una “apendicitis abscedada”, si el proceso continúa el resultado es una rotura del órgano que irrita e inflama el peritoneo, desarrollando una peritonitis que puede ocasionar una sepsis infecciosa y disfunción orgánica múltiple y, por último, la muerte. Ésta es la historia natural de la enfermedad, y se interrumpe con el tratamiento quirúrgico, ya que muy rara vez se recupera de manera espontánea. Entre los agentes que causan bloqueo del apéndice se encuentran cuerpos extraños, trauma físico, gusanos intestinales y linfadenitis. El bloqueo

por acumulación de heces, llamado fecaloma, ha causado interés reciente en investigadores como agente etiológico de la apendicitis. La incidencia de fecalomas es mayor en países desarrollados que en aquellos en vías de desarrollo, y se ha asociado comúnmente a las apendicitis complicadas. Los apendicolitos y fecalomas aparecen en el apéndice quizá debido a una retención fecal en el colon derecho y una prolongación en el tiempo del tránsito fecal por esa región. Sin embargo, dicha obstrucción de la luz como factor patógeno se identificó sólo en 30 a 40% de los casos. En la mayoría de los casos, el acontecimiento inicial es la ulceración de la mucosa, bien sea por etiología vírica o bacteriana como en el caso del género *Yersinia*. Con base en esa secuencia de estadios evolutivos, el apéndice con signos de inflamación leve se conoce como catarral o mucosa; flegmonosa; purulenta, pasando luego a gangrenosa perforándose, puede evolucionar a un absceso apendicular o a un plastrón apendicular, o una etapa más grave: la peritonitis aguda difusa.

CUADRO CLÍNICO

El diagnóstico de la apendicitis se basa en la exploración física y en la historia clínica, complementado con análisis de sangre, orina y otras pruebas como las radiografías simples de abdomen, de pie y en decúbito, ecografía abdominal y tomografía axial computarizada (TAC) abdominal simple, entre otros. La exploración física se basa en la palpación abdominal. La presentación de la apendicitis suele comenzar como un dolor repentino localizado en la mitad inferior de la región epigástrica o región umbilical, caracterizado por

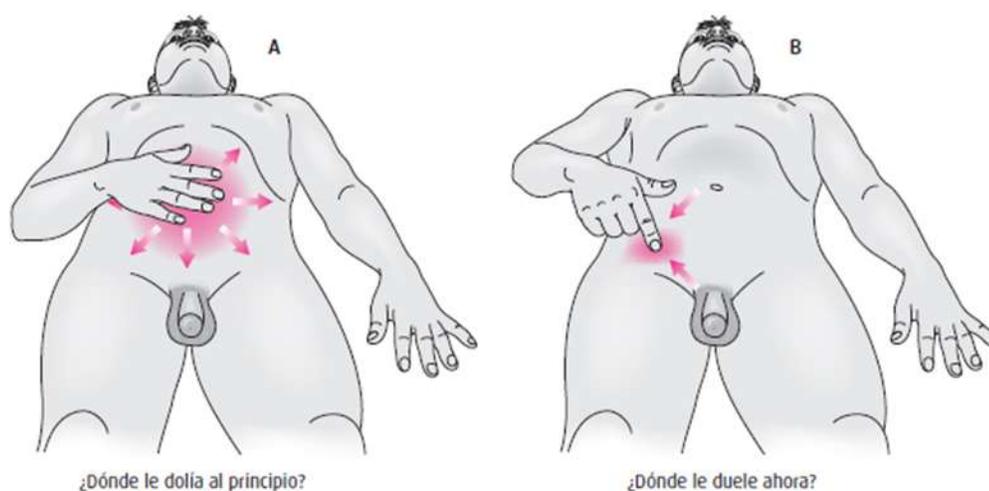


Figura 13-5. La evolución del dolor en la apendicitis aguda. Clásicamente el dolor apendicular se inicia en el mesogastrio con una localización indefinida (A); al pasar las horas el dolor se localiza en la fosa iliaca derecha (B).

ser un dolor de moderada intensidad y constante que en ocasiones se le superponen cólicos intermitentes, luego el dolor desciende hasta localizarse en la fosa iliaca derecha, lo que con frecuencia se refiere en un punto ubicado en la unión del tercio externo con los dos tercios

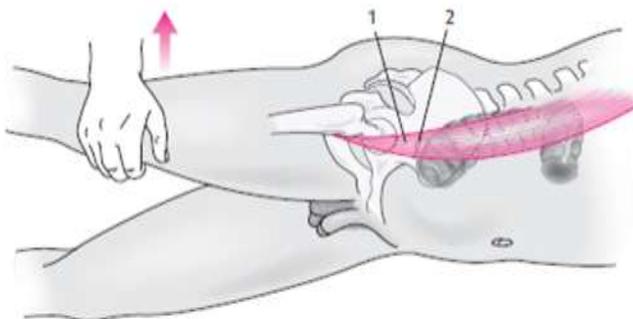


Figura 13-7. Signo del psoas. Al elevarse el muslo derecho, se produce dolor por la elongación del músculo psoas (1) y su aponurosis sobre el apéndice inflamado (2).

internos de una línea imaginaria entre el ombligo y la espina iliaca anterosuperior, llamado punto de McBurney. En 75% de los casos existe la tríada de Cope, que consiste en la secuencia: dolor abdominal (ya descrito), vómito alimentario y febrícula. Los signos clásicos se localizan en la fosa iliaca derecha, en donde la pared abdominal se vuelve sensible a la presión leve de una palpación superficial. Además, con la descompresión brusca dolorosa del abdomen, llamada signo del rebote, se indica una reacción por irritación peritoneo parietal. Cuando el apéndice esté ubicado detrás del ciego, la presión profunda del cuadrante inferior derecho puede no mostrar dolor, esto se conoce como apéndice silente, pues el ciego, al estar distendido con gases, evita que la presión del examinador llegue por completo al apéndice. Si el apéndice se ubica dentro de la pelvis, por lo general no hay rigidez abdominal; en tales casos, el tacto rectal produce el dolor por compresión retrovesical.

internos de una línea imaginaria entre el ombligo y la espina iliaca anterosuperior, llamado punto de McBurney. En 75% de los casos existe la tríada de Cope, que consiste en la secuencia: dolor abdominal (ya descrito), vómito alimentario y febrícula. Los signos clásicos se

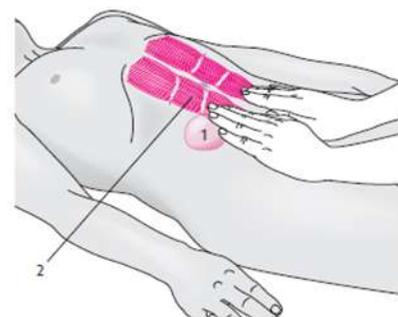


Figura 13-6. En la palpación superficial la contractura de los músculos de la pared abdominal se identifica al comparar el tono muscular del área afectada con los músculos distantes. 1) Masa; 2) músculo recto derecho [rígido].

DIAGNOSTICO

La biometría hemática o hemograma con recuento diferencial muestra una leve leucocitosis (10 000-18 000/mm) con predominio de neutrófilos en pacientes con apendicitis aguda no complicada. Los conteos de glóbulos blancos mayores de 18 000/mm aumentan la posibilidad de una apendicitis perforada. El examen de orina es útil para descartar una infección urinaria, pues en la apendicitis aguda, una muestra de orina tomada por sonda vesical no se caracteriza por bacteriuria o bacterias en la orina. La radiografía de abdomen debe ser tomada en casos de abdomen agudo y es útil para descartar otras patologías, como la obstrucción intestinal o un cálculo renoureteral. Los datos clásicos como el borramiento del psoas derecho, la curva antiálgica de la columna vertebral hacia el mismo lado y las asas intestinales “centinelas” en el cuadrante inferior derecho, son signos radiológicos muy inespecíficos y pueden ocurrir en otras patologías abdominales que provoquen dolor. En niños, el radiólogo experimentado puede notar un fecalito radioopaco en la fosa iliaca derecha, indicativo de una apendicitis. Las ecografías y las ecografías-Doppler también ofrecen información útil para detectar la apendicitis, pero en una cantidad nada despreciable de casos (alrededor de 15%), sobre todo en aquellos sin líquido libre intraabdominal, una ultrasonografía de la región de la fosa iliaca puede no revelar nada anormal a pesar de haber apendicitis.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

La precisión diagnóstica de la apendicitis suele ser entre 75-80% basada en los criterios clínicos. Cuando se realiza mal el diagnóstico, las alteraciones más frecuentes en la operación son, en orden de frecuencia, linfadenitis mesentérica, ausencia de enfermedad orgánica, enfermedad pélvica inflamatoria aguda, rotura de folículo ovárico o cuerpo amarillo y gastroenteritis aguda.

En la infancia:

- Gastroenteritis, adenitis mesentérica, divertículo de Meckel, invaginación intestinal, púrpura de Henoch-Schönlein neumonía lobar o linfangioma intraabdominal.

En adultos:

- Enteritis regional, cólico nefrítico, úlcera péptica perforada, torsión testicular, pancreatitis, hematoma de la vaina del músculo recto mayor del abdomen, enfermedad pélvica inflamatoria, embarazo ectópico, endometriosis, torsión o rotura de un quiste ovárico, piocolecisto.

En ancianos:

- Diverticulitis, obstrucción intestinal, cáncer de colon, isquemia mesentérica, aneurisma de aorta con fuga.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

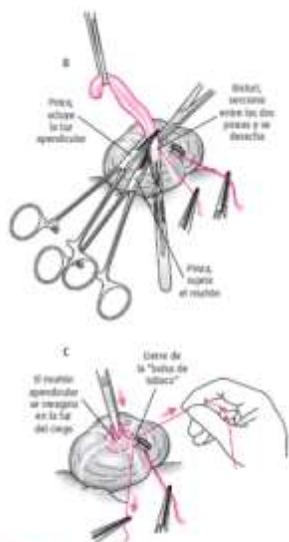
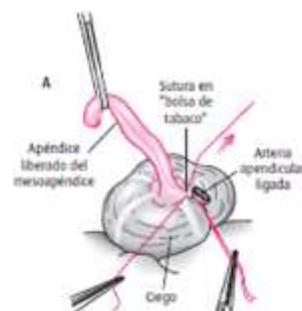


Figura 13-6. Apendicectomía con técnica de laparoscopia del modo apendicidat (D. Gaitano Díaz). A) El ciego está suspendido por una laparoscopia, una bolsa en "bolsa de tabaco" sobre la base apendicular y la arteria se está ligada. B) Se resecta el apéndice entre dos pinzas y se envía. C) En una tercera maniobra el meso apendicular se envía en el ciego al tiempo que se cierra la "bolsa de tabaco".

Los objetivos del manejo de la apendicitis aguda es hacer el diagnóstico oportuno y una pronta intervención quirúrgica; sin embargo, este objetivo no siempre se logra con facilidad debido a que muchos pacientes no buscan atención médica oportuna y porque el diagnóstico de apendicitis en algunos casos puede ser difícil. Muchos cirujanos utilizan un enfoque agresivo, aceptando un cierto número de exploraciones abdominales con extirpación de apéndices no enfermos, tradicionalmente 15%, aunque el uso de estudios por imágenes parece haber reducido la tasa de apendectomías negativas a menos de 10%. El manejo médico preoperatorio se hace con hidratación del paciente; aplicación de antibióticos adecuados —como la cefuroxima o el metronidazol— y analgésicos. La cirugía se conoce con el nombre de

apendectomía y consiste en hacer una incisión en la fosa iliaca derecha o laparotomía, según la gravedad del paciente, y extirpar el apéndice afectado, así como drenar el líquido infectado y lavar la cavidad con solución salina. No se ha demostrado que la irrigación de la cavidad abdominal con antibióticos sea ventajosa durante o después de la apendectomía. No se acostumbra la colocación de drenajes durante la operación.



CONCLUSIÓN

La apendicitis, que, por lo regular cuando se presenta apendicitis y causa dolor abdominal y por que dicha patología ya se complicó, como una inflamación excesiva o por una ruptura que este conllevará posteriormente mayores complicaciones como una sepsis, shock septico e incluso la muerte

i

Abel Archundia García, Moisés Ortiz Fernández – 2013 – Cirugía 2, Apendicitis – Mc Graw Hill
Education editorial