

## Licenciatura en medicina humana

**Brayan Velázquez Hernández**

**Clínica quirúrgica**

**Resumen**

**Brenda paulina**

PASIÓN POR EDUCAR

**6to**

**Grupo: "B"**

Comitán de Domínguez Chiapas 02/05/2024

**Laparotomía Exploradora:** examen, y revisión de los órganos abdominales y pélvicos. Laparoscopia:

**Laparoscopia:** Es la exploración de la cavidad abdominal a través de ópticas introducida por orificios en el abdomen y que tiene como finalidad la observación de los órganos abdominales, la cual se lleva a cabo mediante incisiones pequeñas a través de una aguja que insufla gas ( CO 2) y trocares; puede ser Diagnóstica o Terapéutica

**Laparoscopia diagnóstica:** Laparoscopia diagnóstica: Técnica o intervención Laparoscópica con fines de explorar y estudiar los órganos y aparatos.

**Abdomen agudo:** Síndrome clínico que engloba a todo dolor abdominal de instauración reciente (generalmente de menos de 48 horas de evolución o hasta 6 días ) con repercusión del estado general, que requiere de un diagnóstico

### ***DIAGNÓSTICO CLINICO***

El abdomen agudo se sospechará ante la presencia de: Dolor abdominal de instauración reciente (generalmente de menos de 48 horas de evolución o hasta 6 días días) con repercusión del estado general, que requiere de un diagnóstico rápido y preciso ante la posibilidad de que sea susceptible de tratamiento quirúrgico urgente. El dolor suele acompañarse de uno o más signos de peritonismo:

- Rigidez abdominal.

- Incremento de la sensibilidad abdominal, con o sin rebote.

-Defensa involuntaria. La ubicación del dolor en el área abdominal puede orientar a la patología origen del abdomen agudo: Cuadrante superior derecho:

Pancreatitis aguda, hepatitis aguda, hepatomegalia congestiva aguda, neumonía con reacción pleural, pielonefritis aguda, angina de pecho, absceso hepático.

Cuadrante superior izquierdo: Pancreatitis aguda, aneurisma aórtico, colitis aguda, pielonefritis, neumonía, infarto agudo del miocardio.

**Periumbilical:** Obstrucción intestinal, pancreatitis aguda, diverticulitis. Cuadrante inferior derecho: Enfermedad pélvica inflamatoria, salpingitis aguda, quiste de ovario complicado, embarazo ectópico roto, adenitis mesentérica, diverticulitis de Meckel, cálculo ureteral, ileitis terminal. Cuadrante inferior izquierdo: Diverticulitis, enfermedad pélvica inflamatoria, salpingitis aguda, quiste de ovario complicado, embarazo ectópico roto, tumor o cuerpo extraño en colon descendente, cálculo uretral. La atención del paciente con abdomen agudo inicia con una Historia clínica completa, seguida de estudios no invasivos que ante la duda diagnóstica se procede a métodos diagnósticos invasivos valorando la conveniencia de una laparotomía exploradora (en sus modalidades de cirugía abierta o endoscópica) para llegar a diagnóstico preciso y evitar el retraso del tratamiento óptimo con fines de disminuir la morbilidad y mortalidad.

### ***PRUEBAS DIAGNOSTICAS***

Ante el paciente con abdomen agudo se debe de en establecer un diagnóstico inicial, con fines de identificar el órgano o región primariamente afectada; requiriendo métodos clasificados en: - No invasivos (ultrasonido, la tomografía axial computarizada, la resonancia magnética, además de sus versiones helicoidal y tridimensional - Invasivos (Punciones guiadas o no por ultrasonido, Lavado peritoneal, laparoscopia o endoscopia Diagnóstica. Los estudios de laboratorio y gabinete deben ser dirigidos a detectar la patología intraperitoneal, en esencia lo quirúrgico, desde lo más básico y no invasivo hasta lo más complejo Las pruebas diagnósticas relevantes para el diagnóstico del paciente con dolor abdominal agudo son:

- -Ecografía
- -Tomografía Axial Computarizada
- Resonancia Magnética
- Lavado Peritoneal Diagnóstico,

- Laparotomíadiagnóstica diagnóstica diagnóstica
- Telerradiografía de tórax y placas simples del abdomen.

Anta la indicación de intervención quirúrgica deben de realizarse exámenes preoperatorios, los cuales tienen como como finalidad:

- Detectar anomalías que puedan influir en el riesgo peri-operatorio
- Establecer un parámetro basal que pueda monitorizarse y cambiar posterior a la intervención
- Hacer los ajustes en el manejo para la reposición de volúmenes circulantes.

Los estudios de Laboratorio y Gabinete serán de acuerdo a la sospecha diagnóstica clínica y a las condiciones de los pacientes, sin embargo son elementales:

- Biometría hemática
- Química sanguínea
- Tiempos de coagulación
- Electrolitos séricos
- Examen de orina
- En la mujer en edad fértil la prueba inmunológica de embarazo
- Para los cuadros del abdomen superior: amilasa, lipasa y pruebas de función hepática.
- El ultrasonido convencional, transvaginal

### ***El Rol de la Laparoscopia/ Laparotomía diagnóstica***

Cuando los hallazgos clínicos no muestran un diagnóstico definitivo y el paciente continúa con signos de abdomen agudo, está indicada una laparotomía exploradora ya que se encuentra en peligro la vida del paciente. Las Indicaciones susceptible para laparoscopia diagnóstica abdominal son las misma que para laparotomía abierta (Cuadro I) cuando no hay contraindicación de la misma. La

cirugía laparoscópica está indicada en las unidades que cuenten con personal calificado e infraestructura para la misma con la infraestructura como una alternativa para el abordaje de las patologías quirúrgicas que requieran exploración quirúrgica de emergencia, incluso las de origen traumático siempre y cuando la estabilidad hemodinámica del paciente lo permita. La cirugía laparoscópica puede ser preferible a la laparotomía exploradora en pacientes bien seleccionados con indicación de intervención quirúrgica siempre que la experiencia laparoscópica este disponible. Las contraindicaciones de Laparoscopia Diagnóstica son:

Absolutas:

- Inestabilidad hemodinámica persistente
- Estado de Choque
- Sepsis
- Peritonitis
- Obstrucción Intestinal
- Trastornos graves de la coagulación no corregida
- Grandes Tumores abdomino-pelvicos(Cáncer abdominal
- Enfermedades cardiorrespiratorias severas(ASA IV)
- Hernia externa irreducible

Relativas:

- ✚ Cirugía abdominal previa
- ✚ Infección de pared abdominal
- ✚ Hipertensión Portal
- ✚ Obesidad extrema
- ✚ Hernia hiatal
- ✚ Cardiopatía isquémica
- ✚ Paciente no cooperador
- ✚ Trastornos de la coagulación corregida

**CONDICIONES PARA REALIZAR LAPAROSCOPIA ABDOMINAL**

Las condiciones necesarias para la realización de Cirugía laparoscopia son las siguientes:

- Paciente con Estabilidad hemodinámica
- Personal especializado experto en la Técnica
- Contar con el recurso con función correcta
- Contar con Estudios Básicos preoperatorios
- Valoración anestésica
- Contar con hoja de consentimiento informado
- Monitorización continua
- Correcta sujeción y posición del paciente

Toda intervención quirúrgica debe contar con carta de consentimiento informado, en donde se especifique los procedimientos los que será sometido el paciente y los riesgos inherentes al mismo Es recomendable que en las Unidades de Segundo Nivel de atención se incremente la capacitación del personal médico especializado en las Técnicas quirúrgicas de mínima invasión, y además gestionar la infraestructura en las Unidades con fines de brindar oportunidad a los derechohabientes de resolución y así reducir la sobresaturación de los centros de concentración o de alta especialidad. La región umbilical es el lugar habitual para el acceso inicial en cirugía abdominal laparoscópica, sin embargo la línea media anterior puede ser una opción como sitio libre de intervenciones.

La selección de no elegir la región umbilical como acceso para la laparoscopia se justifica ante pacientes con:

- Sospecha o diagnóstico de proceso adherencial periumbilical.
- Historia de hernia umbilical
- Después de tres intentos fallidos de insuflación de CO2

Movilizar la aguja de Veress, de lado a lado debe evitarse, ya que puede aumentar lesiones en vísceras o vasos sanguíneos. La presión intraperitoneales

COMPLICACIONES DE LA CIRUGIA LAPAROSCÓPICA

Las complicaciones de la Laparoscopia que son potencialmente mortales incluyen:

- Hiperextensión del plexo braquial
- Accidentes anestésicos (Paresia y parestesia de extremidades inferiores por compresión de región
- ❖ poplítea.
  - Insuflación inadecuada (extra-peritoneal)
  - Trauma directo: Intestino, la vejiga, los vasos abdominales principales y los vasos de la pared
- ❖ abdominal anterior.
  - el enfisema subcutáneo
  - Embolia gaseosa o absorción sistémica de CO<sub>2</sub> (rara)
  - Neumotórax o enfisema mediastino
  - Infección postoperatoria en sitio de entrada o salida hasta fascitis necrozante

### ***CRITERIOS DE REFERENCIA***

Todo paciente con Abdomen agudo con diagnóstico incierto candidato a cirugía de Laparoscópica hemodinámicamente estable y con morbilidad asociada debe ser enviado a hospital de especialidad en donde se cuente con el recurso Laparoscópico y personal calificado.

### ***VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO***

Los pacientes a los que se les realizó laparoscopia y/o Laparotomía deben ser valorados en las primeras horas del postoperatorio inmediato y durante su hospitalización con fines de detectar alguna complicación por los procedimientos. Todo paciente con resolución quirúrgica no complicada será citado a su UMF para

retiro de puntos a los 7 a 10 días de postoperatorio. Todo paciente con resolución quirúrgica será citado a los 15 días en la para valoración y alta del servicio de cirugía en donde fue intervenido.



## PATOLOGÍAS QUIRURGICAS DE APÉNDICE

### • **ANATOMÍA Y FUNCIÓN**

Es un órgano inmunitario que participa en la secreción de inmunoglobulinas, en particular IgA (No es esencial). Se implanta en el borde inferior del ciego, 3 cm por debajo de la válvula ileocecal. Longitud: 1-30 cm (estándar 6-9 cm). Posiciones: retrocecal, pélvica, subcecal, preileal o pericólica derecha Irrigación: Arteria apendicular; Drenaje venoso: venas del apéndice.

### **APENDICITIS AGUDA**

Incidencia Tasa de apendicetomías: 10 por 10 000 px al año. Se presenta en la segunda a cuarta década de la vida. Predomina en varones con una relación varones:mujeres de diagnósticos erróneos y de rotura: 15.3%. El porcentaje de diagnósticos equivocados de apendicitis es significativamente más alto en mujeres.

### ***Etiología y patogenia***

Factor etiológico predominante: obstrucción de la luz -- causa más común: fecalito. Otras causa menos frecuentes: hipertrofia de tejido linfoide, impacto de bario por estudios radiológicos previos, tumores, semillas de verduras y frutas y parásitos intestinales.

Obstrucción--acumulación mucosa-distensión (estimula fibras viscerales aferentes: dolor vago, sordo y dfuso)- aumenta la distensión por la continua acumulación mucosa y proliferación bacteriana (da náuseas y vómito y el dolor más intenso)--Proceso inflamatorio incluye la serosa del peritoneo del apéndice y el peritoneo parietal--migración del dolor CID--la presión intraluminal excede la presión venosa◇ congestión--perforación.

### ***Bacteriología***

La flora apendicular es similar a la del colon normal y permanece constante toda la vida, con excepción de *Porphyromonas gingivalis* (sólo en adultos).

Apendicitis-- infección polimicrobiana. Principales microorganismos aislados: *E. Coli* y *bacteroides fragilis*.

Cultivos intraperitoneales --Deben reservarse para aquellos individuos con inmunodepresión y personas que desarrollan un absceso después de tratar la apendicitis.

Profilaxis antibiótica --evitar la infección posoperatoria de la herida y la formación de abscesos intraabdominales. La protección con antibióticos se limita a 24 a 48 h en casos de apendicitis no perforada. En una perforada se recomiendan siete a 10 días. Por lo regular se administran antibióticos IV hasta que se normaliza la cuenta de glóbulos blancos y el paciente no tiene fiebre durante 24 h.

## Manifestaciones clínicas

La secuencia de presentación (gran importancia en el dx): el primer síntoma es la anorexia, seguido de dolor abdominal y vómito (si ocurren). Cuando el vómito precede a la aparición del dolor --dudar el dx de apendicitis.

## Síntomas

1. Anorexia: Es tan constante que debe dudarse del dx si no lo presenta.

2. Dolor abdominal

Localización: Inicia de modo difuso en el epigastrio bajo o en el área umbilical. En algunos comienza en el cuadrante inferior derecho y permanece allí. Es moderadamente intenso y constante, en ocasiones con cólicos intermitentes superpuestos.

Migración al cuadrante inferior derecho, después de un periodo variable de 1 a 12 h (en general de 4 a 6 h).

\*Diversas situaciones anatómicas del apéndice -- variaciones del dolor.

## Ejemplo:

apéndice largo con la punta inflamada en el cuadrante inferior izquierdo-dolor en esta área; o apéndice retrocecal -- en el flanco o la espalda; o apéndice pélvico - dolor suprapúbico; o apéndice retroileal --dolor testicular (irritación de la arteria espermática y el uréter).

3. Vómitos (75% de los px). No son notables ni prolongados (vomita una o dos veces).

Antecedente de estreñimiento que inicia antes del dolor abdominal y muchos piensan que la defecación lo alivia.

Niños-- diarrea.

## Signos

- Los signos vitales cambian muy poco.

- Los px prefieren la posición supina, con los muslos hacia arriba porque cualquier movimiento acentúa el dolor. Hacen movimientos lentos y cautelosos.
- Hipersensibilidad máxima en el punto de McBurney o cerca de él.
- El dolor a la descompresión rápida (mal dicho rebote) es más intensa en el cuadrante inferior derecho (irritación peritoneal localizada).
- Signo de Rovsing : dolor en el cuadrante inferior derecho cuando se ejerce presión a la palpación en el cuadrante inferior izquierdo (sitio de irritación peritoneal).
- Hiperestesia cutánea en el área inervada por los nervios raquídeos T10, T11 y T12 del lado derecho. Se suscita mediante un piquete con aguja o al levantar con suavidad la piel entre los dedos índice y pulgar.
- Resistencia muscular de la pared del abdomen (es más o menos paralela a la intensidad del proceso inflamatorio)

### **Variaciones anatómicas de la posición** --datos físicos inusuales.

Apéndice retrocecal-datos en el abdomen anterior son menos notables y la hipersensibilidad puede ser más intensa en los flancos.

Apéndice en pelvis- es posible que no existan datos abdominales y se pase por alto el diagnóstico, a menos que se examine el recto.

Signos de irritación muscular localizada:

Signo del psoas: Se solicita que se acuesten sobre el lado izquierdo a medida que el examinador extiende con lentitud el muslo derecho, con el estiramiento consecuente del músculo psoas iliaco. Positiva: dolor a la extensión.

Signo del obturador: Se efectúa una rotación interna pasiva del muslo derecho flexionado con el paciente en posición supina. Positiva: dolor hipogástrico al estirar el obturador interno (irritación en la pelvis).

### **Datos de laboratorio**

- Apendicitis aguda no complicada: Leucocitosis leve: 10 000 a 18 000 células/ mm<sup>3</sup> predominio moderado de polimorfonucleares.
- Apendicitis perforada con/sin absceso: > 18 000 células/mm<sup>3</sup>.
- EGO: descartar las vías urinarias como fuente de infección. Es posible que existan varios glóbulos blancos o rojos por irritación ureteral o vesical (resultado del apéndice inflamado); no suele observarse bacteriuria.

## **Estudios de imagen**

Radiografías simples del abdomen Es parte de la valoración general del paciente con un abdomen agudo. Rara vez son útiles en el diagnóstico de la apendicitis aguda, pero nos pueden ayudar a descartar otra anomalía (Ej. dolor referido de un proceso neumónico del lóbulo inferior derecho). Se encuentra patrón anormal de gas intestinal, que es un dato inespecífico. Rara vez se observa la presencia de un fecalito, pero si existe, sugiere el diagnóstico.

## **Técnicas radiológicas adicionales**

Enema de bario (Si se llena el apéndice se excluye la apendicitis) y gammagramas con leucocitos marcados con radiactividad.

## ***Ecografía por compresión gradual***

Medio preciso para establecer el diagnóstico de apendicitis. No es caro, es rápido, no requiere contraste y reduce el tiempo antes de la operación. Sensibilidad: 55 a 96% y especificidad: 85 a 98%. Es eficaz en niños y mujeres embarazadas, aunque su aplicación se limita un poco a finales del embarazo Positivo: un apéndice no compresible de 6 mm o mayor en la dirección anteroposterior. La presencia de un apendicolito establece el diagnóstico. El engrosamiento de la pared del apéndice y líquido periapendicular son muy sugestivos. La técnica tiene limitaciones y los resultados dependen del ecógrafo. Recordar que hay falsos positivos y falsos negativos

TAC helicoidal de alta resolución.

## ***Hallazgos:***

\*El apéndice inflamado aparece dilatado (más de 5 cm) y la pared engrosada.

\*Hay pruebas de inflamación ---“grasa sucia”, apéndice engrosado e incluso un flemón obvio.

\*Es posible observar con facilidad fecalitos (su presencia no es patognomónica de apendicitis). \*Anomalía sugestiva importante: signo de punta de flecha (se debe a engrosamiento del ciego, que concentra en embudo el medio de contraste hacia el orificio del apéndice inflamado).

Es excelente para identificar otros procesos inflamatorios que semejan la apendicitis. Desventajas: costosa, expone a radiación considerable y no puede usarse durante el embarazo. La alergia contraindica la aplicación de medios de

contraste intravenosos en algunos individuos y otros no toleran la ingestión del colorante luminal, en particular cuando existen náusea y vómito.

Se emplean varias técnicas: CT enfocadas, no enfocadas y helicoidal con reforzamiento y sin éste

ESCALA DE ALVARADO		
Para el diagnóstico de Apendicitis		
	Puntos	
SINTOMAS	• Migración del dolor	1
	• Anorexia	1
	• Náusea/vómito	1
SIGNOS	• Dolor en cuadrante inferior derecho	2
	• Rebote (+)	1
	• Fiebre	1
LABORATORIO	• Leucocitosis	2
	• Desviación a la izquierda de neutrófilos	1
Total: 10		

9-10 puntos: Casi certeza de apendicitis  
> 7 puntos: Alta probabilidad de apendicitis  
6-5 puntos: Consistentes con apendicitis pero no diagnóstica  
≤ 4 puntos: baja probabilidad de apendicitis

@apuntes.dat

Tratamiento:

- Apendicectomía de intervalo (px que se tratan sin operación o mediante drenaje simple del absceso).
- Flemones y abscesos pequeños pueden tratarse de manera conservadora con antibióticos intravenosos.
- Abscesos bien localizados.--drenaje percutáneo.
- Abscesos complejos --drenaje quirúrgico (a través de un acceso extraperitoneal).
- Se reserva la apendicectomía -- casos con fácil acceso al apéndice.

**Diagnóstico diferencial**

- Adenitis mesentérica.
- Trastornos ginecológicos: Enfermedad pélvica inflamatoria, rotura de foliculo de Graaf, Torsión de quiste ovárico, Rotura de embarazo ectópico.
- Gastroenteritis aguda.
- Otros trastornos intestinales: Diverticulitis de Meckel, Enteritis de Crohn, Lesiones colonicas. → Otras enfermedades: perforaciones intestinales por cuerpo extraño, obstrucción intestinal de asa cerrada, infarto mesentérico, pleuritis inferior derecha, colecistitis aguda, pancreatitis aguda, hematoma

de la pared abdominal, epididimitis, torsión testicular, infección urinaria, cálculo ureteral, peritonitis primaria y púrpura de Henoch-Schönlein.

### **Apendicitis aguda en niños**

Es más difícil el diagnóstico-- incapacidad para responder un interrogatorio preciso, retraso del diagnóstico por los padres y los médicos y la frecuencia de molestias gastrointestinales en estos pacientes.

EF: hipersensibilidad máxima en el cuadrante inferior derecho, incapacidad para caminar o el cojeo durante la marcha, dolor con la percusión, tos y saltos (datos con mayor sensibilidad para apendicitis).

La progresión más rápida a rotura y la incapacidad del epiplón mayor subdesarrollado para contener una rotura provocan tasas de morbilidad considerables en estos casos.

#### ***Tratamiento:***

Apendicitis perforada -- apendicectomía inmediata e irrigación de la cavidad peritoneal. Irrigación de la cavidad peritoneal con antibióticos y el drenaje transperitoneal a través de la herida --Es controversial. Apendicectomía laparoscópica es segura y eficaz.

### **Apendicitis aguda en la edad avanzada**

Diagnóstico más difícil -- presentación atípica, el diagnóstico diferencial más amplio y la dificultad para la comunicación (estos pueden ser la causa del alto índice de perforación).

**Índice de perforación:** 50 a 70% y aumenta después de los 80 años de edad.

**Clínica:** dolor abdominal inferior, hipersensibilidad localizada en el cuadrante inferior derecho (80 a 90% de los px). Migración del dolor a cuadrante inferior derecho (poco frecuente). La utilidad de la calificación de Alvarado parece disminuir en los ancianos.

Riesgo de rotura (aún no hay criterios): temperatura  $>38^{\circ}\text{C}$  y desviación a la izquierda del recuento de leucocitos  $>76\%$ , sobre todo si se trata de varones con anorexia o que han tenido dolor prolongado antes de la hospitalización.

Se benefician con una técnica laparoscópica -- hospitalización más corta; descenso en los índices de complicaciones y mortalidad, y mayor probabilidad de alta hospitalaria.

### **Apendicitis aguda durante el embarazo**

Es la enfermedad extrauterina que se presenta con mayor frecuencia durante el embarazo y que requiere tratamiento quirúrgico. Puede presentarse la apendicitis aguda en cualquier época del embarazo.

Incidencia: se aproxima a 1 en 766 gestaciones.

Índice general de apendicectomía negativa: 25% (más alto que en mujeres no embarazadas y más alto en el

2° trimestre y más bajo en el 3°).

Incidencia de rotura apendicular es similar en mujeres embarazadas y no embarazadas. Dificultad para el dx -- síntomas abdominales a veces se consideran relacionados con el embarazo, cambios anatómicos en el apéndice y aumento de la laxitud abdominal.

Debe sospecharse cuando:

Se queja de dolor abdominal nuevo.

Signo más consistente: dolor en la parte derecha del abdomen.

74% refiere dolor en CID (sin diferencia entre el embarazo temprano y tardío). Sólo 57% presenta el antecedente clásico de dolor periumbilical difuso que migra al CID.

Laboratorio: no ayudan a establecer el dx. Hay leucocitosis fisiológica del embarazo de hasta 16 000 células/mm<sup>3</sup>.

Ecografía abdominal -- cuando hay duda sobre el diagnóstico. Otra opción: RM (no tiene efectos nocivos en el feto).

### **Apendicetomía laparoscópica**

Requiere:

- Tres puertos, en ocasiones 4 puertos para disecar el apéndice retrocecal.
- Un ayudante para operar la cámara.

Colocación (se basa en la localización del apéndice y preferencia del cirujano) 1er Trocar en el ombligo (10 mm), 2do trocar suprapúbico (10-12 mm) y el 3ro es variable casi siempre se instala en el cuadrante inferior izquierdo, epigastrio o cuadrante superior derecho.

### **Cirugía endoscópica transluminal por orificio natural**

Usa endoscopios flexibles en la cavidad abdominal.

Acceso a través de órganos a los que se llega por un orificio natural externo ya existente. Ventajas: reducción del dolor en herida posoperatoria, convalecencia

más corta, ausencia de infección de heridas y hernias en la pared abdominal, así como ausencia de cicatrices.

### ***Antibióticos como tratamiento definitivo***

Cuando los pacientes se tratan con antibióticos solos es posible que se retrasen diagnósticos patológicos significativos, como carcinoide o carcinoma. Como no hay pruebas de laboratorio o clínicas que permitan distinguir en forma confiable a los pacientes cuya apendicitis es susceptible de tratamiento conservador, la cirugía se mantiene como la norma de atención para personas con apendicitis aguda.

### ***Apendicectomía de intervalo***

Apendicitis acompañada de una masa palpable o comprobada por medios radiológicos (absceso o flemón) 1) Tratamiento inicial: antibióticos intravenosos y reposo intestinal. 2) apendicectomía de intervalo, 6 a 10 semanas después. Recientemente se utiliza el método laparoscópico, teniendo un éxito en el 68%. Proporciona tasas de morbilidad y mortalidad mucho más bajas que la Apendicectomía inmediata. Tasas de fracasos: 9-15% El drenaje percutáneo o quirúrgico de los abscesos no se consideró un fracaso del tratamiento conservador.

### **• APENDICITIS CRÓNICA**

Enfermedad poco común.

Dolor: dura más tiempo y es menos intenso que en la apendicitis aguda, pero se localiza en el mismo sitio. Dolor con el movimiento y malestar.

Incidencia mucho más baja de vómito pero son típicos la anorexia y algunas veces la náusea. Leucocitos son normales y TAC casi nunca es diagnóstica.

**En la operación**, los cirujanos pueden establecer el diagnóstico con 94% de especificidad y 78% de sensibilidad. Existe una excelente correlación entre los síntomas clínicos, los hallazgos intraoperatorios y las anomalías histológicas (se han establecido criterios histológicos).

**Tratamiento:** Es posible utilizar con seguridad laparoscopia. La apendicectomía cura el proceso ◊ resolución de síntomas en el posoperatorio en 82-93% de los individuos. Si los síntomas no desaparecen o recurre -- Dx: Enf. Crohn

## PARÁSITOS APENDICULARES

### **Helmintos**



El más común es *Ascaris lumbricoides*. Otros relacionados: *Enterobius vermicularis*, *Strongyloides stercoralis* y *Echinococcus granulosus*.

**CAUSAN: OBSTRUCCIÓN.**

Su presencia en el apéndice durante la operación dificulta la ligadura y engrapado del apéndice. Después de la apendicectomía dar tratamiento con helminticidas para desparasitar el resto del tubo digestivo.

### **Amebosis (*Entamoeba histolytica*)**

La invasión de la mucosa por trofozoítos -- proceso inflamatorio intenso. La afección apendicular es un componente de la amebosis intestinal más generalizada. Después de la apendicectomía dar antimicrobiano apropiado (metronidazol).

### **APENDICETOMÍA INCIDENTAL**

Aunque la apendicectomía incidental casi nunca es apropiada desde el punto de vista clínico ni del económico, hay algunos grupos especiales de pacientes en los que debe practicarse durante la laparotomía o laparoscopia por otras indicaciones:

- niños que están por recibir quimioterapia
- incapacitados que no pueden describir síntomas o reaccionar con normalidad al dolor abdominal.
- pacientes con enfermedad de Crohn en quienes el ciego no muestra enfermedad macroscópica.
- Personas que deben viajar a sitios remotos en donde no hay acceso a cuidados médicos y quirúrgicos