



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
MEDICINA HUMANA
CAMPUS COMITAN**



**TEMA
APENDICITIS AGUDA**

**MATERIA
CLINICAS QUIRÚRGICAS COMPLEMENTARIAS**

**ALUMNA
LIZBET NOELIA ESTRADA CARBALLO**

**GRADO Y GRUPO
7° "A"**

**DOCENTE
DR. ALAN DE JESUS MORALES DOMINGUEZ**

COMITAN DE DOMINGUEZ CHIAPAS A 3 DE MARZO DEL 2025.

Fecalitos, inflamación (hiperplasia folicular linfoide), cuerpos extraños o neoplasias.

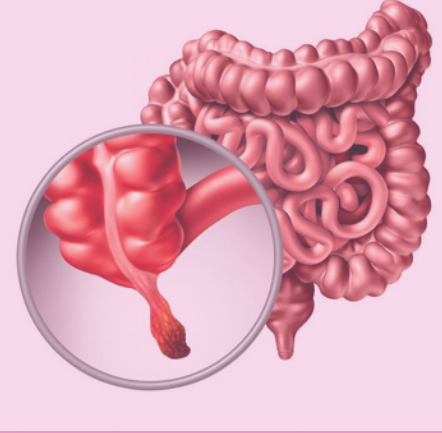
APÉNDICE NORMAL APÉNDICE INFLAMADO

Inflamación aguda del apéndice, la obstrucción de la luz apendicular con posterior congestión vascular, inflamación y Edema.

El cuadro clínico de apendicitis es dolor periumbilical que después de 12 a 24 h, se localiza en fosa ilíaca derecha, asociado a anorexia, náusea, vómito y fiebre.

Con signos de apendiculares positivos, que posteriormente pueden generalizarse con datos de irritación peritoneal a todo el abdomen. fiebre 38°, náusea, vómito, anorexia y taquicardia

Fase chatarral 4-6hrs
Fase supurativa 6-12hrs
Fase grangrenosa 12-24hrs
Fase perforada >24hrs



QUE ES?

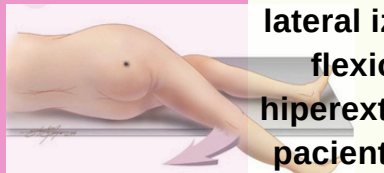
PRESENTACIÓN CLÍNICA

PRESENTACIÓN CLÍNICA

FASES

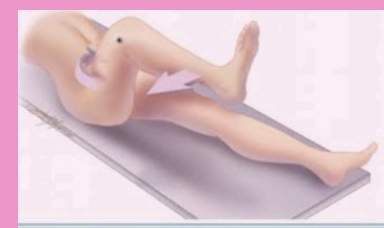
Apendicitis aguda

Se coloca al paciente en cubito lateral izquierda y con la rodilla flexionada, se realiza una hiperextensión, es positivo si el paciente tiene dolor en el lado derecho.



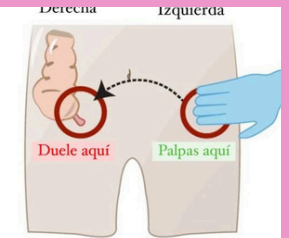
SIGNO DE PSOAS

Se realiza una rotación interna del muslo derecho sobre la cadera, lo cual despierta dolor en el paciente en el lado derecho.



SIGNO DEL OBTURADOR

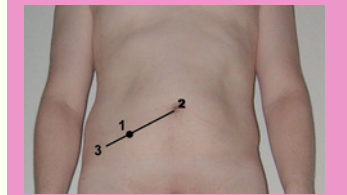
Esta maniobra se basa en la palpación del abdomen y la provocación de dolor en la fosa ilíaca derecha al presionar el lado izquierdo.



SIGNO DE ROVSING

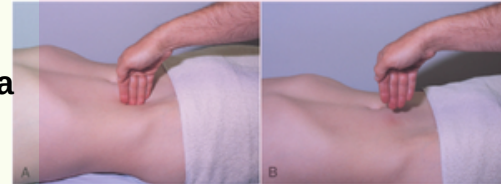
SIGNO MCBURNEY

Se traza una línea imaginaria desde el ombligo hasta la espina ilíaca anterosuperior, se despierta dolor al hacer presión en la unión de los dos tercios externos.



SIGNO DE BLUMBERG

Dolor provocado al descomprimir bruscamente la fosa ileaca derecha



SIGNO DE TALOPERCUSIÓN

Dolor en la fosa ilíaca derecha que se produce al golpear el talón de un paciente en decúbito dorsal



PARACLINICOS

- Hematólogo completa: leucocitosis >10.000 células/ul, con predominio de PNM (>75%).
- Reactantes de fase aguda: la VSG se altera posterior a las 48hrs posterior al proceso.
- Análisis de orina: Es patológico en el 25-40% de las apendicitis. Son frecuentes la piuria, albuminuria y hematuria.
- Ecografía: apéndice con un diámetro >6mm, pérdida de la compresibilidad y presencia de apendicolitos.
- PCR: 8mcg/dl

DX DIFERENCIAL

- Patología gastrointestinal: Gastroenteritis, divertículo de Meckel, úlcera péptica perforada, diverticulitis, y tifilitis (inflamación del ciego o íleo terminal).
- Pielonefritis: Pielonefritis, cólico ureteral, embarazo ectópico, quistes de ovario y torsión de ovario

ESCALAS

ESCALA DE ALVARADO		
Apendicitis aguda.		Puntos
Síntomas	Migración del dolor	1
	Anorexia	1
	Nauseas/vómito	1
Signos	Dolor en cuadrante inferior derecho	2
	Rebote(+)	1
	Fiebre	1
	Leucocitosis	2
Laboratorio	Desviación a la izquierda de neutrófilos	1

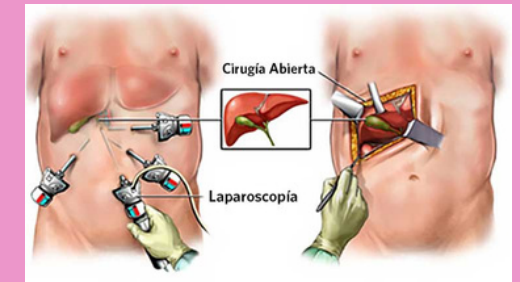
9-10pts: casi certeza de Apendicitis
>7pts: alta probabilidad de Apendicitis
6-5pts: consistentes con Apendicitis pero no diagnóstica.
<_4pts: baja probabilidad de Apendicitis aguda

ESCALA DE RIPASA	
Datos	Puntuación
Hombre	1
Mujer	0.5
<40 años	1
>40 años	0.5
Extranjero no residente de México	1
SINTOMAS	
Dolor en fosa ilíaca derecha	0.5
Nauseas/vómito	1
Dolor migratorio	0.5
Anorexia m	1
Síntomas <48hrs	1
Síntomas >48hrs	0.5
SIGNOS	
Hipersensibilidad en fosa ilíaca derecha	1
Resistencia muscular voluntaria	2
Blumberg	1
Rovsing	2
Sx febril <39°C	1
LABORATORIO	
Leucocitosis	1
EGO negativo	1

- Menos de 5 puntos
- Improbable apendicitis, se observa al paciente y se aplica la escala nuevamente en 12 horas
- 5 a 7 puntos
- Baja probabilidad de apendicitis, se observa en urgencias y se repite la escala en 1 a 2 horas
- 7.5 a 11.5 puntos
- Alta probabilidad de apendicitis, se valora al paciente por el cirujano y se prepara para apendicectomía
- Más de 12 puntos
- Diagnóstico de apendicitis, se valora al paciente por el cirujano para tratamiento o referencia

TX

TX preoperatorio: Antibioticoterapia con cefalosporinas de 2da generación (cefocetan o cefoxitina).
TX quirúrgico: apendicectomía laparoscópica o apendicectomía abierta.



Estudios de gabinete: USG (adultos, embarazo y niños), TAC (Gold estándar en adultos, distinción apendicular >7mm), RM (más sensible y específico)

Caso Clínico: Apendicitis Aguda

Presentamos el caso de una mujer de 17 años sin antecedentes medicoquirúrgicos de interés que consulta en el servicio de urgencias por dolor abdominal de 10h de evolución, de inicio epigástrico y posterior localización en FID, acompañado de un vómito aislado. La paciente refiere un episodio similar un mes antes, filiado de cistitis y tratado con antibioterapia oral. A la exploración física destaca un abdomen doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha con signo de Blumberg+. La analítica sanguínea revela leucocitosis (16.400/mm³, 83,3% neutrofilia). La ecografía abdominal objetiva líquido libre en FID y estructura apendicular sin claros signos inflamatorios, sugiriendo un proceso inflamatorio incipiente a ese nivel.

Caso Clínico: Apendicitis Aguda

Paciente femenina de 20 años acude por presentar dolor abdominal localizado en fosa iliaca derecha que se acompaña con alza térmica no cuantificada y vómitos de contenido alimentario por 3 ocasiones motivo por el cual acude.

Enfermedades médicas: No refiere

Antecedentes alérgicos: No refiere

Antecedentes quirúrgicos: No refiere

Antecedentes familiares: No refiere

Paciente ingresa al servicio cirugía general en donde realiza la exploración física pertinente, signos vitales: frecuencia cardiaca 110 latidos por minuto, saturación 96% con fio2 21%, tensión arterial 110/70 mmhg, frecuencia respiratoria de 19, temperatura de 38.3°C axilar.

Paciente lucida, febril, orientada en tiempo, espacio y persona con razonamiento lógico, comprensión y juicio normales. Glasgow 15/15.

Abdomen: inspección: globoso, simétrico, no cicatrices, auscultación ruidos hidroaéreos presentes disminuidos. Palpación Suave, blanco, doloroso difuso a la palpación profunda y superficial, predominante en región de fosa iliaca derecha. McBurney positivo. Las muestras de suero y orina al ingreso reportaron leucocitosis de 18.800 mm³, neutropenia del 86,9% y proteína C reactiva de 105,19 mg/dL.

Los valores de fracciones de orina, tiempos de coagulación, nitrógeno y glucosa basal en ayunas se informaron dentro de los parámetros normales. La puntuación final de Alvarado fue de alto riesgo de apendicitis aguda.

Impresión diagnóstica de abdomen quirúrgico agudo inflamado secundario a apendicitis aguda complicada como motivación para tratamiento quirúrgico. El paciente fue sometido a una apendicectomía clásica mediante el método de Rocky Davis mediante la técnica de Pouchet, durante la cual se observó un proceso inflamatorio en el apéndice vermiforme gangrenoso