



**Universidad del Sureste  
Campus Comitán  
MEDICINA HUMANA**

**Alumno:**

**Esthephany Michelle Rodríguez López**

**Materia:**

**CLINICAS QUIRURGICAS COMPLEMENTARIAS**

**Dr. Alan Morales**

**Grado: 7 Grupo: A**

**Comitán de Domínguez a 02 de marzo del 2025**



# ALGORITMO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE APENDICITIS AGUDA

MARZO 2025

## 1.-Presentacion clinica

- **1.Dolor abdominal:**
- Inicia como un dolor vago y difuso en la región periumbilical o epigástrica.
- Luego migra a la fosa ilíaca derecha en un período de 6-12 horas (signo clásico).

## 2.- Exploracion fisica dirigida

### 1. Inspección

Evaluar si el paciente se encuentra en posición antiálgica (flexiona cadera y rodillas para reducir el dolor).  
Observación del abdomen: distensión abdominal en casos complicados (peritonitis, absceso).

## 3.- Paraclínicos

**1. BH:** Leucocitosis ( $>10,000/\text{mm}^3$ ) Sugiere inflamación o infección.  
En apendicitis no complicada:  $10,000 - 15,000/\text{mm}^3$ .  
En apendicitis complicada (perforada/absceso):  $>15,000/\text{mm}^3$ .

- Neutrofilia ( $>75\%$ )

Indica respuesta inflamatoria aguda.

## 4.- Escalas utilizables

**1.Escala de Alvarado** (Predicción diagnóstica)  
Evalúa la probabilidad de apendicitis con base en síntomas, signos y laboratorio.  
0-3: Baja probabilidad → Considerar otro diagnóstico.  
4-6: Sospecha moderada → Estudios de imagen.  
7-10: Alta probabilidad → Manejo quirúrgico directo en casos típicos.

## 5.- Diagnosticos diferenciales

- **Gastroenteritis aguda**  
Dolor abdominal difuso, NO localizado en CID + Diarrea, fiebre y vómitos predominantes.
- **Diverticulitis de Meckel (en niños):**  
Clínica similar, pero con hemorragia digestiva baja ocasional.

## 6.- Manejo

- 1. Estabilización inicial**
- Ayuno absoluto.
  - Hidratación IV con soluciones cristaloides (Ringer lactato o NaCl al 0.9%).
  - Analgesia: AINEs (Ketorolaco 30 mg IV) si no hay peritonitis. Opioides (Tramadol, Morfina) en casos severos.

- **2. Náuseas y vómitos:**  
Suelen aparecer después del dolor.
- **3. Fiebre:** Puede ser baja al inicio, pero en casos avanzados puede aumentar.
- **4. Anorexia:** Pérdida del apetito, un síntoma frecuente.

- **2. Palpación** (iniciar en zonas alejadas del dolor y avanzar hacia el cuadrante inferior derecho - CID)
- Punto de McBurney: Ubicado en la línea imaginaria entre la espina ilíaca anterosuperior derecha y el ombligo ( $\frac{1}{3}$  externo y  $\frac{2}{3}$  internos).
  - Dolor intenso a la palpación sugiere apendicitis.

- **EGO:** Puede mostrar leucocituria leve o microhematuria, debido a la cercanía del apéndice con la vejiga o el uréter derecho.
- **Ecografía abdominal** (primera elección en niños y embarazadas): Diámetro apendicular  $>6$  mm y pared engrosada e hipoeoica.
- **TAC abdominal con contraste IV** (Gold Standard en adultos) Apéndice dilatado  $>6$  mm con engrosamiento de la pared e inflamación de la grasa mesentérica.

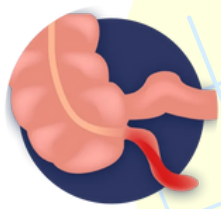
### 2. Escala de RIPASA

$<5$ : Baja probabilidad.  
 $5-7.5$ : Sospecha moderada → Estudios de imagen.  
 $>7.5$ : Alta probabilidad → Considerar cirugía.  
**3. Escala de AIR (Appendicitis Inflammatory Response)**  
(Evalúa severidad y necesidad de cirugía)  
Integra síntomas, signos, laboratorio y respuesta inflamatoria.

- Enfermedad inflamatoria intestinal (**Crohn/colitis ulcerosa**): Dolor crónico con diarrea sanguinolenta.
- **Obstrucción intestinal:** Distensión abdominal, vómitos, ausencia de evacuaciones
- **Cólico renal derecho (litiasis urinaria):** Dolor súbito, lumbar a CID, irradiado a ingle.

### Apendicitis aguda no complicada

- Manejo QX (apendicectomía laparoscópica)
- Antibióticos profilácticos (dosis única prequirúrgica): Cefazolina 2 g IV + Metronidazol 500 mg IV  
Alternativa: Amoxicilina/Ácido clavulánico 1.2 g IV



# ALGORITMO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE APENDICITIS AGUDA

MARZO 2025

## 2.- Exploracion fisica dirigida

## 2.- Exploracion fisica dirigida

## 5.- Diagnosticos diferenciales

## 6.- Manejo

- **Signo de Blumberg (rebote positivo):** Dolor intenso al retirar bruscamente la presión en el CID → indica irritación peritoneal.
- **Signo de Rovsing:** Dolor en el CID al presionar el cuadrante inferior izquierdo → indica irritación peritoneal indirecta.

- **Signo del talón o Markle:**  
Dolor en CID al dejar caer el peso sobre los talones o al percutir la planta del pie.
- **Signo de Lenander:**  
Diferencia  $>1^{\circ}\text{C}$  entre la temperatura rectal y axilar → sugiere irritación peritoneal.



- **Infección urinaria / pielonefritis:** Disuria, urgencia urinaria, fiebre alta. + Dolor en CID, pero con puño percusión lumbar positiva.
- **Torsión testicular** (en hombres jóvenes): Dolor agudo en testículo derecho que puede irradiar al CID.

### Apendicitis complicada (perforada, absceso, peritonitis difusa)

- Manejo quirúrgico urgente
- Antibióticos de amplio espectro por 5-7 días:  
Piperacilina/Tazobactam 4.5 g IV cada 6-8 h  
Meropenem 1 g IV cada 8 h (si hay sepsis grave).  
Alternativa: Ceftriaxona 2 g IV + Metronidazol 500 mg IV cada 8 h
- Drenaje percutáneo si hay absceso  $\geq 4$  cm antes de la cirugía diferida.

- **Signo del psoas:** Dolor en el CID al extender la pierna derecha mientras el paciente está en decúbito lateral izquierdo: Indica apéndice retrocecal inflamado.
- **Signo del obturador:** Dolor en CID al flexionar y rotar internamente la cadera derecha con la rodilla flexionada: Sugiere apéndice pélvico inflamado.
- **Signo de Dunphy:** Aumento del dolor en CID al toser.

- **4. Percusión y auscultación**
- Percusión dolorosa en CID: indica inflamación.
- Disminución de ruidos intestinales: sugiere íleo paralítico por peritonitis.



- **Embarazo ectópico roto:** Dolor intenso en CID con amenorrea y sangrado vaginal
- **Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP):** Dolor abdominal bajo bilateral con secreción vaginal purulenta y fiebre.



Apendicectomía laparoscópica es el tratamiento estándar.