



Mi Universidad

Nombre del Alumno: *Angel Yahir Olán Ramos.*

Parcial : *1ro*

Nombre de la Materia: *Clínicas quirúrgicas complementarias.*

Nombre del profesor: *Alan de Jesús Morales Dominguez.*

Nombre de la Licenciatura: *Medicina Humana*

7mo semestre

APENDICITIS AGUDA

Inflamación de la apéndice cecal o vermiforme, que inicia con la obstrucción, de la luz apendicular, lo que hace como consecuencia un incremento de la presión intraluminal por el acumulo del moco asociado a poca elasticidad serosa.

CLÍNICA

DOLOR ABDOMINAL
 Agudo tipo colico, periumbilical, que aumenta de intensidad >24 hrs, migra al CID.
 Hipersensibilidad en el CID.
 Rebote, Defensa y Rigidez.
 (Sx Summer).

Nauseas
 Emesis
 Fiebre (38°C)
 Dolor al caminar y/o toser.

E.FISICA

- Paciente con facies de dolor y posible postura antiálgica (decúbito dorsal con piernas flexionadas).
- Palpación:
 Dolor en fosa iliaca derecha (FID): Signo cardinal.
- Signo de McBurney: Dolor a la palpación en el punto de McBurney (tercio externo e interno entre el ombligo y la espina iliaca anterosuperior derecha).
- Signo de Blumberg: Dolor a la descompresión brusca en la FID, sugiere irritación peritoneal.
- Signo de Rovsing: Dolor en FID al comprimir la fosa iliaca izquierda.
- Signo del psoas: Dolor en FID al elevar la pierna derecha contra resistencia (indica inflamación del músculo psoas).

- Percusión y signos adicionales:
 Hipersensibilidad en FID.
- Signo del talón o Markle: Dolor en FID al dejar caer el talón derecho bruscamente contra el suelo.

PARACLINICO

- Tomografía computarizada (TC) con contraste (gold standard en adultos):
 Apendice dilatado (>6 mm), engrosamiento de la pared, líquido periapendicular, flemón o absceso.

- Biometria Hemática: leucocitosis mayor a 11.000, neutrofilia mayor de 75%. PCR(+).
- EGO. Se debe descartar un proceso urinario como diagnostico diferencial como una ITU o Urolitiasis
- Prueba inmunología de embarazo: mujer fértil en edad reproductiva descartar embarazo.

ESCALAS

Alvarado
 Ripasa score

EJEMPLO

ESCALA DE ALVARADO			
Parámetro	Manifestaciones	Puntaje	Total
Síntomas	Migración del dolor	1	4
	Anorexia	1	
	Náuseas y/o vómito	1	
Signos	Dolor en cuadrante inferior derecho (CID)	2	3
	Rebote (Signo de Blumberg)	1	
Laboratorio	Fiebre >38°C	1	2
	Leucocitosis (>10.000) o Desviación a la izquierda de neutrófilos con neutrofilia >75%	1	

INTERPRETACIÓN	
<4	Negativo a apendicitis
5-6	Consistencia de apendicitis pero no diagnóstica (realizar observación actual)
>7	Alta probabilidad de apendicitis (realizar apendicectomía electiva)

Datos	Puntos
Hombres	1
Mujer	0,5
< 39,9 años	1
> 40 años	0,5
Síntomas	
Dolor en fosa iliaca derecha	0,5
Náuseas/vómito	1
Dolor migratorio	0,5
Anorexia	1
Síntomas < 48 h	0,5
Signos	
Hipersensibilidad en fosa iliaca derecha	1
Resistencia muscular voluntaria	2
Rebote	1
Rovsing	2
Fiebre > 37 °C < 39 °C	1
Laboratorio	
Leucocitosis	1
Examen general de orina negativo	1

APENDICITIS AGUDA

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Quirúrgicos	Urológicos	Médicas
Obstrucción intestinal	Embarazo ectópico	Gastroenteritis
Intususcepción	Ruptura de folículo ovárico	Neumonía
Colecistitis aguda	Quiste de ovario torcido	Ileitis Terminal
Úlcera péptica perforada	Salpingitis/enfermedad inflamatoria pélvica	Cetoacidosis diabética
Adenitis mesentérica		
Diverticulitis de Meckel		
Diverticulitis apendicular o colónica		
Pancreatitis		

Radiografía de Abdomen. (Se recomienda en casos selectos de sospecha de urolitiasis o retención urinaria)

·USG Abdominal· Se utiliza para confirmar el diagnóstico de apendicitis aguda con buena sensibilidad y especificidad. su bajo costo y su alta accesibilidad. De primera elección.

·La TAC· debe ser realizada cuando existe la sospecha clínica pero no está claro. A pesar de ser el estudio Gold standar para apendicitis por su alta especificidad.

MANEJO

·No se recomienda administrar analgésicos y/o antibióticos, sin tener diagnóstico confirmatorio, ya que puede llegar a enmascarar el cuadro y complicar la patología.

No se recomienda tratamiento convencional (No quirúrgico) por antibioticoterapia

·Apendicetomía Abierta.

Se recomienda la apendicectomía como estándar de oro para el manejo de apendicitis aguda. En el paciente Adulto, sin obesidad, sin duda dx y sin ser un adulto mayor..

SERIE

ERITRITICA

Hemoglobina H		14-18g/dl
Hemoglobina M		12-16g/dl
Hematies H		4,2-5,8millones/mm ³
Hematies M		4,2-5,4millones/mm ³
Hematocrito H		42-52%
Hematocrito M		37-48_
VCM		86-98mm ³
HCM		27-32pg/cel
CHCM		32-36g/dl

SERIE

LEUCOCITARIA

Leucocitos		4,000-10,000/mm ³
Neutrofilos		55-66 %
Linfocitos		23-25 %
Eosinofilos		1-4%
Monocitos		4-8 %

SERIE

PLAQUETARIA

Plaquetas		150,000- 450,000/mm ³
-----------	--	-------------------------------------

Caso Clínico: Apendicitis Aguda con Perforación

Datos del paciente:

- Nombre: Ana Gómez
- Edad: 24 años
- Sexo: Femenino
- Motivo de consulta: Dolor abdominal severo
- Fecha de consulta: 03 de marzo de 2025

Antecedentes médicos:

- Personales: Salud general buena, sin antecedentes de enfermedades crónicas. No antecedentes de cirugías previas.
- Familiares: Madre con historia de apendicitis a los 35 años.
- Gineco-obstétricos: No embarazada. Ciclo menstrual regular. Sin antecedentes de enfermedades ginecológicas.

Historia clínica:

La paciente se presenta con dolor abdominal difuso, comenzando en la región periumbilical y migrando hacia el cuadrante inferior derecho (FID) en las últimas 24 horas. El dolor ha empeorado progresivamente, alcanzando una intensidad severa. La paciente refiere náuseas, vómitos (3 episodios) y fiebre de 38.5°C desde hace 12 horas. Además, presenta anorexia y malestar general.

Exploración física:

- Temperatura: 38.5°C.
- Signo de Blumberg: Positivo en FID con dolor a la descompresión brusca.
- Signo de McBurney: Dolor localizado a la palpación profunda en el punto de McBurney.
- Signo de Rovsing: Positivo, con dolor referido en FID al palpar el cuadrante inferior izquierdo.
- Guardia y rebote: Evidente en la exploración física, sugiriendo irritación peritoneal.
- Abdomen: Distendido con dolor a la palpación en FID, sin masas palpables.

Pruebas complementarias:

- Hemograma: Leucocitosis significativa (16,000/mm³) con predominio de neutrófilos (85%).

- Ecografía abdominal: Imagen compatible con apendicitis aguda, con engrosamiento de la pared del apéndice (8 mm) y presencia de líquido libre en la cavidad peritoneal, lo que sugiere perforación.
- Tomografía computarizada (TC) de abdomen: Confirmación de apendicitis aguda con perforación del apéndice, con presencia de absceso en el área peri-apendicular.

Diagnóstico diferencial:

1. Apendicitis aguda con perforación.
2. Peritonitis secundaria a diverticulitis.
3. Embarazo ectópico roto.
4. Colangitis.
5. Cólico renal.

Diagnóstico final:

Apendicitis aguda perforada con formación de absceso peri-apendicular.

Tratamiento:

Dado el diagnóstico de apendicitis aguda perforada, la paciente es ingresada en cirugía para una apendicectomía urgente. Durante la intervención, se observa un apéndice perforado con un absceso peri-apendicular. Se realiza drenaje del absceso y apendicectomía. Además, se inicia un tratamiento con antibióticos de amplio espectro (piperacilina-tazobactam) para cubrir flora bacteriana polimicrobiana, incluyendo bacterias anaerobias.

Evolución postoperatoria:

La paciente es transferida a la unidad de cuidados intermedios para monitoreo debido a la gravedad del cuadro. En las primeras 48 horas, presenta fiebre persistente y signos de sepsis, que responden al tratamiento antibiótico intravenoso. El drenaje del absceso continúa en su curso postoperatorio. Se inicia dieta líquida a las 48 horas, con mejoría progresiva del cuadro clínico.

A las 72 horas, la paciente comienza a mostrar signos de recuperación, con disminución de la fiebre y normalización de los parámetros de laboratorio. Es trasladada a planta y se planifica su alta hospitalaria en los próximos días, con seguimiento ambulatorio y antibióticos orales durante 7-10 días.

Pronóstico:

El pronóstico es favorable a corto plazo, aunque debido a la presencia de perforación y absceso, el riesgo de complicaciones infecciosas persiste en las primeras semanas. Se recomienda seguimiento estrecho en consulta externa.

