



Mi Universidad

Nombre del Alumno: Yari Karina Hernandez Chacha.

Parcial : 1ro

Nombre de la Materia: Clínicas quirúrgicas complementarias.

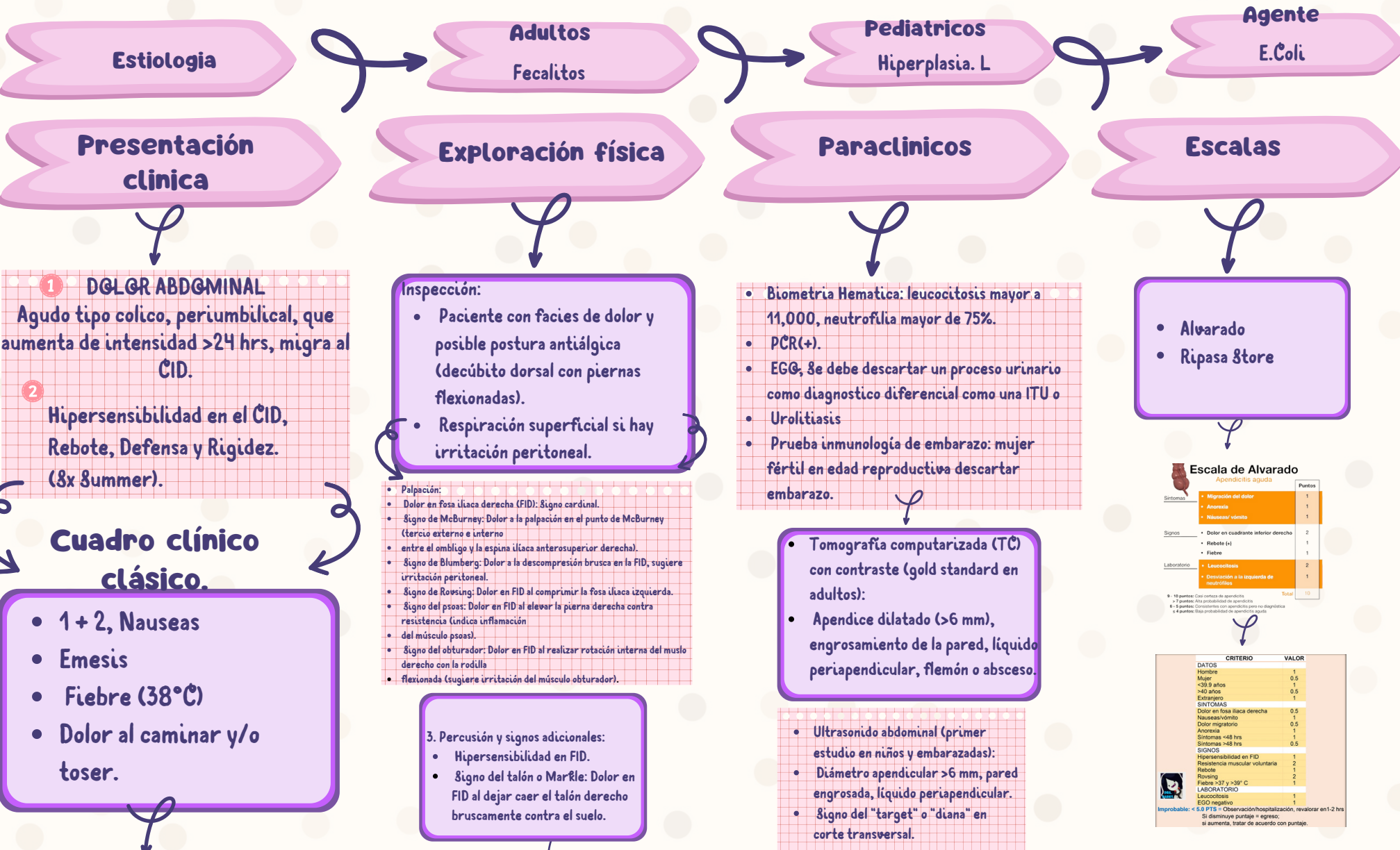
Nombre del profesor: Alan de Jesús Morales Dominguez.

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.



Etiología

Adultos
Fecalitos

Pediatricos
Hipertrofia L

Agente
E.Coli

Presentación clínica

Exploración física

Paraclínicos

Escalas

- DOLOR ABDOMINAL**
Agudo tipo cólico, periumbilical, que aumenta de intensidad >24 hrs, migra al CID.
- Hipersensibilidad en el CID, Rebote, Defensa y Rigidez.** (8x Summer).

Inspección:

- Paciente con facies de dolor y posible postura antiálgica (decúbito dorsal con piernas flexionadas).
- Respiración superficial si hay irritación peritoneal.

- Biometría Hemática: leucocitosis mayor a 11,000, neutrofilia mayor de 75%.
- PCR(+).
- ECG, se debe descartar un proceso urinario como diagnóstico diferencial como una ITU o Urolitiasis
- Prueba inmunología de embarazo: mujer fértil en edad reproductiva descartar embarazo.

- Alvarado
- Ripasa store

Cuadro clínico clásico.

- 1 + 2, Náuseas
- Emesis
- Fiebre (38°C)
- Dolor al caminar y/o toser.

- Palpación:**
- Dolor en fosa ilíaca 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 ilíaca 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 ilíaca izquierda.
 - Signo del psoas: Dolor en FID al elevar la pierna derecha contra resistencia (indica inflamación del músculo psoas).
 - Signo del obturador: Dolor en FID al realizar rotación interna del muslo derecho con la rodilla
 - flexionada (sugiere irritación del músculo obturador).

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

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

- Ultrasonido abdominal (primer estudio en niños y embarazadas):
- Diámetro apendicular >6 mm, pared engrosada, líquido periapendicular.
- Signo del "target" o "diana" en corte transversal.

Escala de Alvarado
Apendicitis aguda

Síntomas	Puntos
Migración del dolor	1
Anorexia	1
Náuseas/vómito	1
Rebote (+)	2
Fiebre	1
Leucocitosis	2
Desviación a la izquierda de neutrófilos	1
Total	10

0-4 puntos: Casi certeza de apendicitis
 5-7 puntos: Alta probabilidad de apendicitis
 8-9 puntos: Diagnóstico con apendicitis pero no diagnóstico
 10-12 puntos: Base para probabilidad de apendicitis fuerte

CRITERIO	VALOR
DATOS	
Hombre	1
Mujer <39 años	0.5
>40 años	0.5
Extranjero	1
SINTOMAS	
Dolor en fosa ilíaca derecha	0.5
Náuseas/vómito	1
Dolor migratorio	0.5
Anorexia	1
Síntomas <48 hrs	1
Síntomas >48 hrs	0.5
SIGNOS	
Hipersensibilidad en FID	1
Resistencia muscular voluntaria	2
Rebote	1
Rovsing	2
Fiebre >37 y <39°C	1
LABORATORIO	
Leucocitosis	1
EGO negativo	1

Improbable: < 5.0 PTS = Observación/hospitalización, reevaluar en 1-2 hrs
 Si disminuye puntaje = egreso
 Si aumenta, tratar de acuerdo con puntaje.

APENDICITIS AGUDA

signos

- De **Cooper** (obstrucción) dolor provocado en espaldas al flexionar el muslo derecho y rotar cadera derecha.
- De **Fliszer**: paciente en decúbito dorsal, colocar el mano justo por encima de la recta derecha del paciente y solicitar que levante la pierna contra de la mano, aumento el dolor en fosa ilíaca derecha.
- De **Mikulicz** dolor agudo, difuso o la descompresión brusca del abdomen.
- De **Aranzi** dolor en espaldas en la región precordial por la presión en McBurney.

Parotis dolorosa:

- De **McBurney** punto situado a unos 3 tercios de dedo de la espina ilíaca anterior derecha en la línea que une a esto con el ombligo.
- De **Rovsing** se presiona de manera profunda y pareja en la fosa ilíaca izquierda y luego descomprimir súbitamente (desplazamiento de gases).
- De **Blumberg** dolor al descomprimir bruscamente la fosa ilíaca derecha.

Diagnóstico Diferencial.

- **Gastroenteritis aguda:** Diarrea, vómitos y fiebre predominan, sin el signo de McBurney ni reacción peritoneal.
- **Diverticulitis de Meckel:** Similar a la apendicitis, pero suele diagnosticarse en niños.
- **Enfermedad inflamatoria intestinal (EII):** Enfermedad de Crohn puede imitar la apendicitis.
- **Obstrucción intestinal:** Puede causar dolor abdominal y vómitos, pero con distensión marcada.
- **Perforación de úlcera péptica:** Dolor súbito e intenso con irritación peritoneal.

Tratamiento

Gx

Apendicectomía Laparoscópica

Antibioticoterapia

Cefoxitina 2gr. DU
Cefazolina 2gr +
Metronidazol 500 mg 19 DU.
Cefotaxima /Amikacina
(hipersensibilidad)

Analgesia

Paracetamol 10-
Ketorolaco y Metamizol
sódico.

Fases de la apendicitis

- Catarral o edematosa**
Hiperemia, meso apendicular dilatado, congestión vascular, disminución de flujo linfático.
- Flemonosa**
Mayor congestión venosa, aparición de exudado fibrinopurulento.
- Gangrenosa**
Marcado compromiso arterial, linfático y venoso. Necrosis de pared apendicular.
- Perforativa**
Pared apendicular perforada y liberación de contenido purulento a cavidad abdominal.

- Embarazo ectópico roto: Dolor pélvico intenso con hemorragia y shock.
- Quiste ovárico roto o torsionado: Dolor súbito e intenso, generalmente unilateral.
- Enfermedad inflamatoria pélvica: Dolor difuso, fiebre y flujo vaginal purulento.

- Infección urinaria o pielonefritis: Disuria, fiebre y dolor en fosa renal más que en FID.
- Cálculo renal (cólico nefrítico): Dolor lumbar irradiado a la ingle con hematuria.

El diagnóstico se basa en la historia clínica, exploración física y exámenes complementarios como hemograma, ecografía abdominal y tomografía computarizada.

Adulto mayor
Apendicectomía abierta

Embarazadas

E: Apendicectomía laparoscópica
3er trim. (>28 SDG) se considera el abordaje

Pediatricos

< 5 AÑOS:
Apendicectomía abierta.
>5 años: Valorar Apendicectomía laparoscópica

serie Eritrocitaria

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

Datos del paciente:

- Nombre: Juan Pérez
- Edad: 30 años
- Sexo: Masculino
- Motivo de consulta: Dolor abdominal
- Fecha de consulta: 03 de marzo de 2025

Antecedentes médicos:

- Personales: Salud general buena, sin antecedentes de cirugías abdominales previas. No alergias conocidas. No antecedentes de enfermedades crónicas.
- Familiares: Madre con historia de apendicitis aguda a los 28 años.

Historia clínica:

El paciente se presenta en la consulta con dolor abdominal en el cuadrante inferior derecho (FID) de aproximadamente 12 horas de evolución. El dolor comenzó de manera insidiosa alrededor del ombligo y luego se localizó en el FID, describiéndolo como punzante y de intensidad moderada a severa. Refiere náuseas y un solo episodio de vómito, sin diarrea. Niega antecedentes de fiebre hasta las últimas 6 horas, momento en el cual ha presentado fiebre de 38°C. También refiere pérdida de apetito.

Exploración física:

- Signo de Blumberg: Positivo en FID, indicativo de dolor a la descompresión brusca, sugestivo de irritación peritoneal.
- Signo de McBurney: Dolor a la palpación profunda en el punto de McBurney (ubicado a 2/3 de la distancia entre la espina ilíaca anterosuperior derecha y el ombligo), lo que aumenta la sospecha de apendicitis aguda.
- Signo de Rovsing: Dolor referido en FID al presionar el cuadrante inferior izquierdo, lo que también sugiere irritación peritoneal.
- Temperatura: 38.2°C, sin signos de deshidratación.

Pruebas complementarias:

- Hemograma: Leucocitosis con predominio de neutrófilos (14,000/mm³), lo que indica una respuesta inflamatoria aguda.
- Ecografía abdominal: Imagen compatible con apendicitis aguda, se observa engrosamiento de la pared del apéndice (mayor a 6 mm) y líquido libre en la cavidad peritoneal, lo que sugiere una posible perforación incipiente.

- Prueba de embarazo: Negativa (en caso de duda diagnóstica por los síntomas abdominales).

Diagnóstico diferencial:

1. Apendicitis aguda.
2. Enfermedad inflamatoria pélvica.
3. Cólico renal.
4. Diverticulitis.
5. Gastroenteritis.

Diagnóstico final:

Apendicitis aguda.

Tratamiento:

El paciente es ingresado al servicio de cirugía, donde se le indica tratamiento quirúrgico urgente debido a la sospecha de apendicitis aguda. Se realiza apendicectomía laparoscópica sin complicaciones. Durante la intervención, se confirma la inflamación del apéndice sin signos evidentes de perforación.

Evolución postoperatoria:

El paciente tolera bien la cirugía, con una evolución favorable en las primeras 24 horas. Se inicia dieta blanda a las 12 horas postoperatorias y se moviliza al día siguiente. La fiebre cede a las 48 horas. Se realiza alta hospitalaria a las 72 horas postquirúrgicas con seguimiento ambulatorio.

Pronóstico:

Buen pronóstico tras apendicectomía sin complicaciones.