

A photograph of a person's midsection, showing their hands clasped over their stomach, suggesting abdominal pain. The image is overlaid with a semi-transparent dark blue filter.

Revisión Apendicitis Aguda: conociendo casos

Hernán Pérez Montesinos
Luis Pérez Montesinos

Revisión Apendicitis Aguda: conociendo casos

Hernán Pérez Montesinos
Luis Pérez Montesinos

Revisión Apendicitis Aguda:
conociendo casos

© Hernán Pérez Montesinos
Luis Pérez Montesinos

2021,
Publicado por acuerdo con los autores.
© 2021, Editorial Grupo Compás
Guayaquil-Ecuador

Grupo Compás apoya la protección del copyright, cada uno de sus textos han sido sometido a un proceso de evaluación por pares externos con base en la normativa del editorial.

El copyright estimula la creatividad, defiende la diversidad en el ámbito de las ideas y el conocimiento, promueve la libre expresión y favorece una cultura viva. Quedan rigurosamente prohibidas, bajo las sanciones en las leyes, la producción o almacenamiento total o parcial de la presente publicación, incluyendo el diseño de la portada, así como la transmisión de la misma por cualquiera de sus medios, tanto si es electrónico, como químico, mecánico, óptico, de grabación o bien de fotocopia, sin la autorización de los titulares del copyright.

Editado en Guayaquil - Ecuador

ISBN: 978-9942-33-374-2
DOI. <https://doi.org/10.37959/se.voio.169>

Cita.

Pérez, H., Pérez, L., (2021). Revisión Apendicitis Aguda: conociendo casos. Editorial Grupo Compás.

Índice

Introducción	7
Capítulo I: Anatomía	10
Fisiopatología.....	12
Diagnóstico clínico.....	13
Radiografía simple.....	16
Medicina nuclear	17
Laboratorio	18
Diagnóstico diferencial	19
Tratamiento	19
Capítulo II: Etiopatogenia de la apendicitis.....	25
Presentación clínica	28
Diagnóstico: Semiología abdominal.....	30
Capítulo III: Mediciones.....	35
Estudios por imágenes.....	36
Diagnósticos diferenciales	41
Conclusiones	47

Introducción

¿Cómo se define la relación médico-paciente?, es una de las relaciones más complejas y estrechas. Se trata de una relación dinámica entre igualdad (como seres humanos): el paciente y el médico están mutuamente seguros, porque el paciente conoce su condición subjetiva y emocionalmente, y el médico tiene un conocimiento científico objetivo de la enfermedad. Por ello, la relación médico-paciente es muy importante como estándar de evaluación de la atención médica y reflejo de la satisfacción con la calidad del servicio.

Descrita desde 1886, la apendicitis aguda, es la urgencia quirúrgica más común. La incidencia es más alta en la edad adulta y más baja en niños y ancianos. El diagnóstico se basa en un historial médico completo, un examen físico bien dirigido y un conocimiento profundo de las pruebas de laboratorio y de gabinete. Si bien es una solución quirúrgica a la entidad, su tratamiento abarca diferentes aspectos médicos.

La apendicitis fue definida por primera vez por el patólogo Reginald Fitz como una entidad quirúrgica en 1886. Ahora es la emergencia abdominal más común y la apendicectomía es la no selección más común realizada por los cirujanos generales. Por año, en los Estados Unidos se han diagnosticado e intervenido más de 250.000 casos. La tasa de incidencia en los hombres es menor que en las mujeres y sus riesgos de por vida son del 8,6% y del 6,7% respectivamente. La apendicitis aguda rara vez ocurre en niños pequeños y ancianos, y su incidencia alcanza su punto máximo entre el final de la segunda década y la tercera década de la vida. Muestra que la morbilidad es inversamente proporcional a la mortalidad, ya que esta última es inferior al 1% en la población general y aumenta al 4-8% en los adultos.

El apéndice veriforme se deriva del intestino medio y la mitad derecha del intestino delgado, ciego, colon ascendente y colon transversal; todas estas estructuras son provistas por la arteria mesentérica superior. Se puede ver en la octava semana de

gestación, y el primer acúmulo de tejido linfoide aparece en la decimocuarta y decimoquinta semanas de gestación.

Capítulo I: Anatomía

El apéndice del adulto es un tubo ciego, de unos 9 cm de largo, que van desde 5 cm de corto hasta 35 cm de largo. El apéndice tiene un pequeño mesenterio, que contiene la arteria del apéndice en su borde libre. No hay un arco de irrigación intestinal típico en el mesenterio. Por lo tanto, la arteria del apéndice es terminal. Este hecho puede superponerse con el entorno clínico porque es parte de la Irrigación terminal. A veces, en el caso de la apendicitis, la arteria apendicular no puede cumplir con los requisitos del tejido, lo que resulta en daño isquémico. La base del apéndice también recibe irrigación sanguínea de las arterias cólicas anterior y posterior, por lo que el muñón del apéndice debe estar ligado adecuadamente para evitar el sangrado de estos vasos sanguíneos.

La arteria del apéndice generalmente se describe como una rama de la arteria ileocecal. Sin embargo, Lippert (1) describió su origen con más detalle, de la siguiente manera:

- Proveniente de la rama ileal, 35%.
- Proveniente de la arteria ileocólica, como rama terminal, 28%.
- Proveniente de la arteria cecal anterior, 20%.
- Proveniente de la arteria cecal posterior, 12%.
- Proveniente de la arteria ileocólica, como rama colateral, 3 %.
- Proveniente de la rama cólica ascendente, 2%.

Es conocida la gran variedad de localizaciones en las que puede presentarse el apéndice, para fines descriptivos pueden identificarse 5 principales.

- Apéndice ascendente en el receso retrocecal, 65%.
- Apéndice descendente en la fosa iliaca, 31%.
- Apéndice transverso en el receso retrocecal, 2,5%.

- Apéndice ascendente, paracecal y preileal, 1%.
- Apéndice ascendente, paracecal y postileal 0,5%.

Fisiopatología

La fisiopatología de la apendicitis aguda sigue siendo un misterio, pero existen varias teorías que intentan explicar esta patología. La descripción más aceptada por los cirujanos es una etapa inicial caracterizada por la obstrucción de la cavidad del apéndice causada por hiperplasia linfoide, heces, tumores o cuerpos extraños (como huesos de pequeños animales o semillas) (2)esto es propicio para la secreción de moco. y crecimiento de bacterias (3)que hace que el lumen se expanda y aumente la presión en el lumen. Posteriormente, se bloquea el flujo sanguíneo linfático y venoso, lo que promueve aún más el crecimiento bacteriano y desencadena la producción de edema.

En este momento encontramos un edema y apéndice isquémico, provocando inflamación. La isquemia del apéndice

puede causar necrosis de la pared por translocación bacteriana y convertirse en apendicitis gangrenosa. Si se deja que se desarrolle este proceso y el paciente no es operado, siempre que la respuesta inflamatoria y el epiplón mayor puedan controlar el proceso, el apéndice de gangrena se perforará y provocará peritonitis y abscesos locales. De lo contrario, se producirá una peritonitis sistémica. Otras teorías han sido descritas como compromiso en el suministro de vasos sanguíneos extravertebrales, úlceras mucosas causadas por infecciones virales y posterior colonización bacteriana, y dieta baja en fibra, tránsito intestinal lento y retención de heces en el apéndice.

Diagnóstico clínico

Aunque existen múltiples métodos diagnósticos, la historia clínica centrada en la evolución del dolor y síntomas relacionados y los hallazgos obtenidos durante la exploración física siguen siendo la base para el diagnóstico de apendicitis.

Históricamente, el dolor ha sido descrito como un ataque agudo, inicialmente limitado a la parte superior del abdomen o nivel periumbilical, y luego con el tiempo, el dolor migra a la fosa derecha y aumenta en su intensidad, pero esta situación solo ocurre en 50- En 60% de pacientes.

Es importante considerar consideraciones anatómicas y sus variantes, ya que afectan en gran medida la manifestación del dolor, por ejemplo, el apéndice se ubica detrás del ciego, y el dolor puede comenzar desde la fosa o el lado derechos del apéndice en el de la misma manera, la longitud más allá de la línea media puede causar dolor en el cuadrante inferior izquierdo. El dolor abdominal suele ir acompañado de anorexia y náuseas. Pueden producirse vómitos, pero rara vez se presentan antes de la aparición del dolor.

Durante la evaluación del paciente, la atención debe centrarse en la ubicación y los signos clásicos de dolor. Teniendo en cuenta que lo positivo o negativo de estos factores depende en gran medida de los cambios en la posición del

apéndice y del tiempo transcurrido desde el inicio del dolor
(4)La temperatura es un mal predictor de apendicitis, pero las advertencias de fiebre obvia y taquicardia pueden perforar y formar un absceso intraabdominal.

Llegados a este punto, es importante comentar el uso de analgésicos en pacientes que observan dolor abdominal, especialmente en aquellos pacientes que aún no han sido diagnosticados y no se ha descartado la necesidad de cirugía. Tradicionalmente se ha descrito que el uso de analgésicos puede reducir o incluso eliminar los signos de apendicitis aguda, por lo que no deben administrarse a estos pacientes. Sin embargo, la evidencia actual no respalda este juicio. Hay que considerar que existen fármacos con propiedades analgésicas puras (opioides) y otros fármacos con mecanismos de acción antiinflamatorios (como los antiinflamatorios no esteroideos). La investigación realizada por Frei y colaboradores ha demostrado que los opioides están relacionados con El retraso del tratamiento no tiene nada que ver, pero los medicamentos

antiinflamatorios están relacionados con el retraso del tratamiento.

Radiografía simple

La radiografía simple de abdomen no es adecuada para el uso rutinario, pero puede ser útil cuando se sospecha de síntomas y diagnóstico atípicos. Puede mostrar heces, obstrucción intestinal localizada, pérdida de grasa peritoneal o neumonía insospechada. El neumoperitoneo solo ocurre en el 1-2% de los casos de apendicitis. En los últimos años, la ecografía (EE. UU.) Y la tomografía abdominal (TC) se han comparado para mejorar el diagnóstico de apendicitis aguda. La TC mostró que la sensibilidad y especificidad fueron del 94% y 95% en niños y del 94% y 94% en adultos. En el mismo estudio, Estados Unidos mostró que la sensibilidad y la especificidad eran del 88% y el 94% para los niños y del 83% y el 93% para los adultos.

Otra desventaja es su dependencia del conocimiento, las habilidades y la paciencia de los ecografistas que lo realizan e

interpretan. Desde el ingreso, algunos autores han promovido el uso de esquemas de TC en pacientes que cumplen con los criterios de sospecha de apendicitis aguda, porque han demostrado que estos pacientes tienen menores costos hospitalarios y mejores resultados. Dado que las tomografías computarizadas se han vuelto más populares en los Estados Unidos, la tasa negativa de apendicectomía ha disminuido, pero no ha habido mejoría en pacientes con síntomas típicos de apendicitis.

Medicina nuclear

Se han utilizado leucocitos marcados con 99m , con una sensibilidad del 85% -95%, y la consiguiente reducción de la anexectomía negativa. Otro método es utilizar Solesumab, que tiene una sensibilidad del 95%, una especificidad del 90% y a negativo el valor predictivo es del 95% y el valor predictivo positivo es del 90%. Sin embargo, estos estudios son costosos, retrasan el diagnóstico varias horas y no están disponibles en

todos los centros médicos ni en todo momento del día. Tampoco son superiores a la investigación radiológica.

Laboratorio

Como parte de la investigación básica, a la mayoría de los pacientes se les realiza un hemograma antes de la cirugía; la frecuencia de leucocitosis suele estar entre 12.000 y 18.000 mm³. El recuento de glóbulos blancos se puede utilizar para diagnosticar y descartar apendicitis, pero no tiene ningún valor. Distinga entre apendicitis complicada y no complicada. Por lo general, se requiere un análisis de orina para descartar la posibilidad de sospecha de infección del tracto urinario. Un tercio de los pacientes con apendicitis tienen piuria y / o hematuria debido a la proximidad del uréter y la vejiga sin bacteriuria.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial de la apendicitis aguda puede involucrar a cualquier entidad que cause dolor abdominal, pero algunas patologías son más frecuentes y se enumeran a continuación:

Tratamiento

El tratamiento de la apendicitis aguda se basa en la reanimación inicial del paciente y el tratamiento quirúrgico confirmado. En el momento del diagnóstico, los pacientes suelen estar deshidratados y pueden presentar fiebre, acidosis y sepsis. Por lo tanto, los médicos deben preocuparse primero por el uso de líquidos intravenosos y antibióticos preoperatorios. Se debe elegir un antibiótico que sea activo contra la flora que se encuentra en el apéndice, que corresponde principalmente a microorganismos anaeróbicos y bacterias gramnegativas.

El uso de antibióticos antes de la cirugía es razonable porque puede reducir las complicaciones postoperatorias, como la

infección de heridas quirúrgicas y la formación de abscesos en la cavidad abdominal. Para la apendicitis aguda no perforada, una sola dosis de cefalosporina o ampicilina debería ser suficiente para lograr este objetivo. Sin embargo, en el caso de la apendicitis perforante, se ha utilizado una combinación de antibióticos triples con ampicilina, gentamicina y metronidazol / clindamicina. La investigación ha comparado este plan con otras asociaciones, donde los resultados mostraron que ticarcilina-ácido clavulánico combinado con gentamicina fue superior a ampicilina-gentamicina-clindamicina en términos de estancia hospitalaria y complicaciones postoperatorias. De manera similar, la combinación de ceftriaxona y metronidazol tiene los mismos resultados clínicos que la ampicilina-gentamicina y el metronidazol, pero a un costo menor.

El uso de antibióticos posoperatorios no tiene ningún beneficio en el tratamiento de los pacientes con apendicitis aguda no perforante, pero aumenta el costo. Teniendo en cuenta los

factores anteriores, el mejor tratamiento para la apendicitis aguda no perforante es:

1. Reanimación inicial con infusión intravenosa.
2. Administre una dosis única de antibióticos antes de la cirugía, que pueden ser cefalosporina o ampicilina.
3. Apendicectomía en urgencias.

Sin embargo, esto no se aplica a los casos de apendicitis perforante, en este caso se recomienda el tratamiento no quirúrgico y el tratamiento con antibióticos y la apendicectomía posterior dentro de las 8-12 semanas posteriores a la remisión. En estos casos es fundamental la estricta observación del paciente, ya que si no se puede obtener una mejoría clínica se requiere tratamiento quirúrgico. Por tanto, si la tasa de prevalencia es superior al 15%, indica que

hasta el 84% de los tratamientos no quirúrgicos fracasan, por lo que en estos casos se debe realizar tratamiento quirúrgico.

El lavado peritoneal nunca ha mostrado beneficio clínico. El muestreo de cultivos de líquido peritoneal tampoco ha mostrado ningún beneficio clínico, pero estos métodos todavía se utilizan con mucha frecuencia. Por otro lado, la inyección de bupivacaína en heridas quirúrgicas ha mostrado una reducción del dolor posoperatorio (5).

En cuanto a la cirugía, en los últimos 20 años ha surgido una pregunta, a saber, si utilizar técnica laparoscópica o apendicectomía abierta, cuál es el método más beneficioso. En adultos, las técnicas laparoscópicas han demostrado una reducción de la infección de la herida, el dolor posoperatorio y la estancia hospitalaria, y un aumento de la incidencia de abscesos intraabdominales. Recientemente se ha recomendado la apendicectomía laparoscópica para casos de apendicitis complicada. En un estudio de 2790 casos de apendicitis complicada, la tecnología laparoscópica mostró

ventajas en la infección de heridas, pero mostró mayores ventajas. La incidencia de absceso intraabdominal. En otro estudio de 110 pacientes con apendicitis complicada, las técnicas laparoscópicas se asociaron con un menor uso de analgésicos, estancias hospitalarias más cortas, una menor incidencia de infecciones de la herida y una formación de abscesos intraabdominales sorprendentemente reducida.

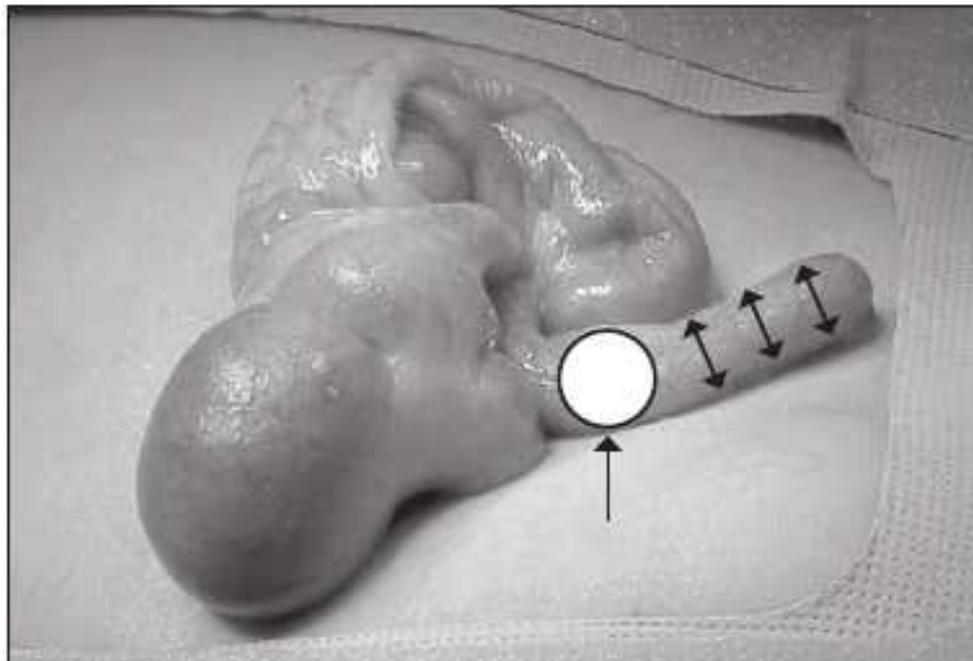


Figura 1: Apéndice

Fuente: 2. Klingler, P. J., Seelig, M. H., DeVault, K. R., et al. (1998). Ingested foreign bodies within the appendix: A 100-year review of the literature. *Dig Dis*, 16, 308-314.

Capítulo II: Etiopatogenia de la apendicitis

Existen autores que incluyen la apendicitis gangrenosa, una variante de la apendicitis complicada. Esta diferencia entre apendicitis simple, no perforada o complicada y apendicitis perforada o complicada está relacionada por los diferentes métodos de tratamiento (ya sea cirugía y / o antibióticos), postoperatorio inmediato, complicaciones postoperatorias intermedias y la distancia (herida infección, colección intraabdominal, obstrucción intestinal con reborde) es mayor en este último y en cuanto a la posibilidad de hospitalización y rehospitalización -durante la operación, depende totalmente del cirujano interino, y en el diario se ha comprobado en experiencia clínica y trabajo científico, 9 diferencias de opiniones entre diferentes miembros del equipo.

Según diversos estudios, aproximadamente un tercio de los pacientes se someten a cirugía de apendicitis perforada. Si se respeta la fecha de publicación citada en la bibliografía, entonces a pesar de tan largo período de avance en el

diagnóstico médico, especialmente en el diagnóstico por imagen, persiste un número tan elevado de pacientes perforados por apendicitis.

A pesar de ello, el porcentaje de perforación debe interpretarse con cautela, ya que los índices informados no definen con precisión la perforación. En los 30 hospitales pediátricos de Estados Unidos, el porcentaje de perforación oscila entre el 20% y el 76%.

Desglosando la incidencia de perforación del apéndice por grupos de edad, se observa un porcentaje mayor en pacientes menores de 5 años. Los porcentajes publicados oscilan entre el 51% y el 82% para los niños menores de 5 años, hasta casi el 100% para los menores de 1 año.

No obstante, en lo referente a la edad, los factores socioeconómicos también tienen un impacto decisivo en la tasa de perforación, por lo que los niños de la clase social más rica tienen una mayor frecuencia de perforación del apéndice que

otros sin buenos servicios médicos. Por tanto, la peritonitis apendicular también se considera una enfermedad social. En el período neonatal, la aparición de apendicitis puede indicar apendicitis. Asociado con megacolon o enterocolitis - Completado en el apéndice. Por otro lado, la fibrosis quística del páncreas es propensa a la apendicitis debido a la acumulación de moco espeso en el apéndice ligero y composición anormal.

Aunque la historia natural de la apendicitis no tratada suele ser perforación y peritonitis, o la formación del plastrón del apéndice, existe la posibilidad de resolución espontánea sin tratamiento, y la inflamación temprana que no progresa a perforación parece ser un mecanismo de recurrencia o recurrencia. Apendicitis crónica.

Presentación clínica

Cuadro clínico inicial

- La evolución no supera las 24-36 horas.
- Pérdida de apetito
- Dolor alrededor del conducto biliar, luego en el nido correcto.
- Náuseas y / o vómitos
- Estado subfebril, luego hipertermia, $37,5^{\circ}$ - $38,5^{\circ}$

La apendicitis comienza en su forma más simple y clásica, pérdida de apetito y dolor periumbilical (porque la peritonitis es causada por el abultamiento del apéndice dominado por el correspondiente D8-D10, que también causa apendicitis). La apendicitis también comienza alrededor del ombligo. El área recibe información neuronal. Es importante tener en cuenta

que la inflamación en cualquier parte del intestino medio puede causar estos síntomas.

A medida que pasa el tiempo dolor y debido a la estimulación del peritoneo adyacente, el periódico se desplaza hacia la fosa derecha, lo que refleja la etapa más avanzada de la enfermedad. El dolor suele ser continuo, aumentando de intensidad, a veces irradiando hacia la parte inferior del estómago o la zona lumbar derecha, y se intensifica con el ejercicio, dificultando la marcha, obligando al paciente a adoptar una postura inclinada hacia adelante y hacia la derecha.

La más común son las náuseas y / o vómitos después del dolor, y fiebre leve, seguida de una temperatura alta moderada de 37.5-38 °. En el caso de la apendicitis, la presencia de temperatura moderadamente alta es un signo común, pero no se descarta su existencia. Por el contrario, la temperatura corporal elevada y las manifestaciones clínicas correspondientes son altamente indicativas de perforación del apéndice, mientras que la temperatura y el dolor de la fosa

derecha sin fosa abdominal sugieren la existencia de una patología clínica subyacente, principalmente adenitis mesentérica.

La presencia de diarrea puede indicar perforación del apéndice o apendicitis pélvica con irritación rectal, que generalmente se desvía del diagnóstico de gastroenteritis. Excepciones, la apendicitis puede aparecer como una imagen aguda del escroto. Los niños con catéteres vaginales peritoneales persistentes o las niñas que secretan sustancias purulentas con un diagnóstico de apendicitis por reflujo generalmente alivian estos primeros síntomas y signos con analgésicos vaginales y pueden llevar a un retraso en el diagnóstico.

Diagnóstico: Semiología abdominal

La sensación física más importante es el dolor ubicado en la fosa derecha del dolor. Su máxima intensidad se encuentra en el punto Mc Burney (ubicado en la unión del tercio externo y los dos tercios internos, en la línea imaginaria que conecta la columna anterior de la unión) o sobre el hueso, u ombligo).

Este dolor es espontáneo y palpable, y aumenta con la compresión, descompresión, flexión mayor del psoas, compresión de la fosa izquierda y movimiento.

Como se mencionó anteriormente, -El apéndice inflamatorio irrita el peritoneo cercano. Por lo tanto, la obesidad, el apéndice o epiplón mayor detrás del ciego o la vejiga y el apéndice interno cubierto por el intestino delgado o el mesenterio pueden causar dolor local en la fosa derecha y el paciente solo puede experimentar una leve molestia. Los pacientes que progresan a una perforación o un absceso suelen implicar uno o más factores.

A medida que avanza el proceso inflamatorio, se producen contracturas, defensas musculares y reacciones peritoneales, que primero se concentran en la fosa derecha y se diseminan ampliamente en el transcurso de muchas horas, primero al área circundante y luego al resto del abdomen.

La palpación de masas de enfisema ósea palpable y / o gastroptosis, junto con el cuadro clínico descrito, sugiere fuertemente el cornete ventral del apéndice, aunque este cuadro es difícil de detectar en pacientes despiertos y suele ir acompañado de anestesia general.

Aunque los analgésicos pueden aliviar el dolor, no pueden eliminar el dolor a la palpación y es muy difícil realizar un examen físico en un niño que llora. Necesita paciencia, desviar la atención del paciente y cooperar con los padres.

Debe evitarse el tacto rectal porque es muy traumático, aporta pocos datos y ha sido sustituido por completo por la ecografía, que puede mostrar fácilmente la afectación del apéndice y la patología ginecológica y el rastro de Douglas.

La auscultación de los sonidos aire-líquido puede proporcionar datos inespecíficos, pero puede ser útil para el diagnóstico diferencial, porque los sonidos aire-líquido suelen reducirse o eliminarse en el caso de peritonitis y perforación, y

aumentan en el caso de peritonitis y perforación, lo cual es un caso de gastroenteritis.

Dadas las limitadas posibilidades de que los niños pequeños comprendan o expresen sus síntomas subyacentes, la perforación es más común en este grupo de edad. Si bien las manifestaciones clínicas descritas son la forma más común de manifestar la apendicitis, esta manifestación clásica sigue siendo muy diferente, por lo que el interrogatorio y la exploración física deben ser muy atentos, y la imagen diagnóstica debe complementarse en todos los casos sospechosos con una exploración.

El diagnóstico de la apendicitis aguda es fundamentalmente clínico, las exploraciones complementarias son de gran utilidad en casos sospechosos porque ayudan a tomar decisiones terapéuticas adecuadas, la falta de un diagnóstico precoz puede conducir a la perforación del apéndice, lo que aumenta la morbilidad patológica y la tasa de muerte. La estancia hospitalaria es más larga. Los estudios

epidemiológicos han demostrado que los hospitales con menos apendicitis una vez a la semana aumentan el riesgo de infradiagnóstico.

Históricamente ha sido aceptado e incluido -Se recomienda que la tasa negativa de apendicectomía sea del 10-20% para minimizar el riesgo de apendicitis. Sin embargo, recientemente, se consideran los riesgos y costos de una cirugía innecesaria, algunos autores han cuestionado este concepto.

(6)

Capítulo III: Mediciones

La investigación en hematología no es específica para el diagnóstico de esta patología, lo más común en la apendicitis simple es encontrar un aumento moderado de glóbulos blancos, cuyo número se encuentra entre 10.000 y 20.000 / mm³. Sufren de neutropenia y linfopenia, acompañadas de leucocitosis evidente (cuenta entre 20.000 y 30.000 / mm³) Tiene imágenes clínicas compatibles, lo que sugiere fuertemente una perforación del apéndice. Sin embargo, un recuento normal de glóbulos blancos no puede descartar la apendicitis.

La orina suele ser normal, es decir, sin bacterias, pero si el proceso inflamatorio afecta el uréter o la vejiga, es posible que haya glóbulos rojos y / o glóbulos blancos. El cuerpo puede aumentar Las cetonas están relacionadas con el ayuno prolongado y la liberación de mediadores inflamatorios anti-insulina. Otras mediciones en sangre como mapa hepático, función renal y mapa iónico Suelen ser normales. Reacción de

la proteína C -va y la sedimentación de eritrocitos generalmente aumentan y ayudan al diagnóstico, pero carecen de especificidad y sensibilidad, y proteína C reactiva y Los glóbulos blancos pueden ser normales y el paciente puede tener apendicitis aguda.

Estudios por imágenes

El examen por imágenes es la mejor manera de reducir el número de apendicectomías negativas, lo que ayuda a determinar el tratamiento quirúrgico. La investigación más moderna muestra que el número de apendicectomías negativas es muy pequeño en los hospitales que utilizan mucho el examen por imágenes.

En niños con apendicitis no perforada, la radiografía simple de abdomen puede mostrar la presencia de un fecalito (5%-15%), íleo regional –asa centinela, borramiento del borde derecho del psoas, y posición antálgica de la columna lumbar, en tanto que en niños con apendicitis perforada puede objetivar aire libre fuera de la luz intestinal, aumento de la distancia de

separación entre la luz intestinal y la grasa extraperitoneal, y presencia de una imagen con efecto de masa o radio opaca en la fosa ilíaca derecha, que evidencia la presencia de una colección.

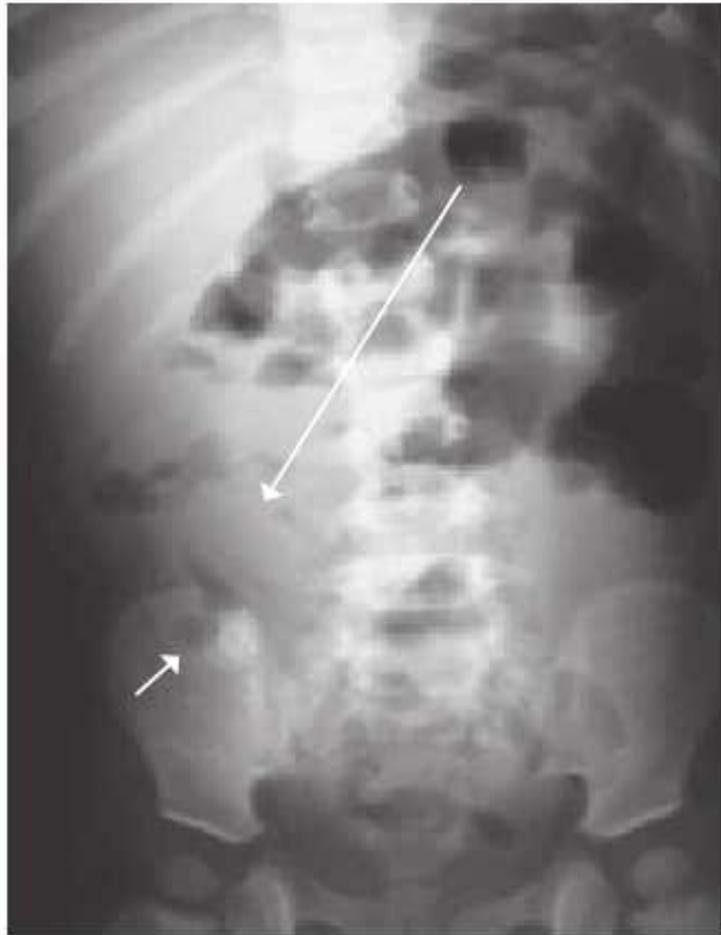


Figura 2. Radiografía simple de abdomen en un niño con apendicitis

Fuente: Klingler, P. J., Seelig, M. H., DeVault, K. R., et al. (1998). Ingested foreign bodies within the appendix: A 100-year review of the literature. *Dig Dis*, 16, 413-414

La ecografía tiene varias ventajas: se puede realizar en la cama del paciente, no es invasiva, no requiere de medio de contraste, no emite radiación y tiene el inconveniente de depender del operador. El área del apéndice incompresible y llena de líquido comprimida por el sistema de ultrasonido, mayor de 6 mm de diámetro, con el apéndice, aumento del eco periodontal debido a la inflamación y presencia de líquido alrededor del apéndice o ciego dieciséis Hay líquido libre en Douglas, y se debe recordar al médico tratante que puede haber procesos patológicos en la cavidad abdominal.

Los falsos positivos son causados por la presencia de un apéndice largo o una gran cantidad de heces o por la confusión

entre el músculo psoas y el apéndice. La posición postcecal del apéndice, la apendicitis perforada, el apéndice inflado, el daño en la punta del apéndice y principalmente la incapacidad del operador para ver el apéndice son las razones de los falsos negativos.

Para descartar apendicitis, el ecografista debe asegurarse de poder ver un apéndice normal. Estudios recientes muestran que el número de diagnósticos positivos llega al 98%. Tomografía computarizada (TC) proporciona imágenes completas de todas las estructuras del abdomen y la pelvis, no depende del operador y es muy seguro para diagnosticar la apendicitis, con una sensibilidad y especificidad cercanas al 95% o más, pero su desventaja es que necesita esperar a que el medio de contraste llegue al colon, lo que retrasa la operación quirúrgica, requiere sedación de los niños pequeños y fundamentalmente expone al paciente a altas dosis de radiación.

Resonancia magnética nuclear (RMN) Esta es una excelente alternativa porque no estará expuesta a la radiación y es muy segura para diagnosticar la apendicitis. Debido al largo tiempo de consumo y al alto costo, los electrodomésticos actuales lo hacen inutilizable. RMN más amplia como metodología El diagnóstico es apendicitis, pero definitivamente cambiará en el futuro. También describe un método Diagnóstico de radioisótopos. ¿Puedes describirlo? Considerando las dificultades de los hombres. En relación con el diagnóstico preciso de apendicitis en niños, algunos autores han diseñado un sistema de puntuación para determinar.

- Pacientes sometidos a cirugía,
- Pacientes que reciben consulta en quirófano Cirujano
- Pacientes que deben ser tratados diagnóstico por imagen
- Solo pacientes que deben ser evaluados clínicamente.

Sin embargo, generalmente se acepta que ninguno de estos sistemas rígidos puede reemplazar la experiencia y el buen juicio médico de los participantes, y el examen clínico y la combinación proporcionada por el laboratorio y la ecografía son la base para diagnosticar la diabetes. Apendicitis, salvo examen por TC Aquellos niños que tienen la clínica Ambigua y la ecografía.

Diagnósticos diferenciales

Se debe considerar el siguiente diagnóstico diferencial

- 1.** El diagnóstico erróneo más común de apendicitis en niños es la gastroenteritis. Generalmente, la gastroenteritis afecta a niños pequeños, principalmente vómitos y / o diarreas. El dolor comienza con vómitos y / o diarrea, o aparece más tarde. No suele ser el síntoma principal, ni es un síntoma local. Suele aumentar el ruido en el aire durante la auscultación.

- 2.** Por otro lado, la entidad clínica que se confunde con mayor frecuencia con la apendicitis es la adenitis mesentérica. Ambas imágenes muestran enfisema derecho, dolor, hipertermia y vómitos. Sin embargo, en la adenitis mesentérica el dolor se localiza en la fosa derecha, pero no produce contracturas ni reacciones peritoneales defensivas, la hipertermia suele preceder al inicio del dolor abdominal y suele ser más frecuente en mujeres, coexiste con catarral o gastroenteritis.
- 3.** Los dos cuadros quirúrgicos más difíciles de diferenciar de una apendicitis son la diverticulitis de Meckel y la torsión de epiplón mayor.
- 4.** Sin embargo, se debe señalar que imágenes similares a las imágenes anteriores pueden ser causadas por apendicitis aguda.

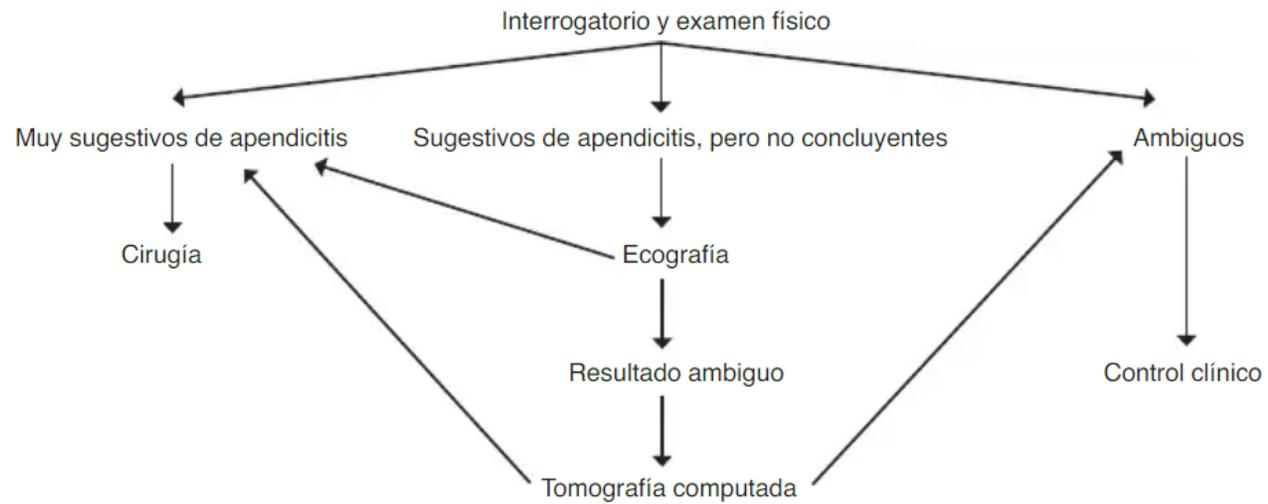


Figura 3: Sugestivos de apendicitis

Fuente: Dominguez, E. P., Sweeney, J. F. y Y. U. Choi. (2006). Diagnosis and Management of Diverticulitis and Appendicitis. Gastroenterol Clin N Am

Problemas posoperatorios

Las dos complicaciones postoperatorias más presentadas son los abscesos de pared por rebordes o abscesos en las cavidades abdominal e intestinal, el riesgo de su aparición está obviamente relacionado con el estado de los apéndices en el momento de la operación, por lo que han pasado desde el comienzo del marco.

Así, las cifras publicadas para la deformación del material supurativo en la cavidad abdominal de pacientes con apendicitis perforada se encuentran en el rango de 2.5% a 20%, mientras que de manera similar se estima que la deformación del material supurativo en la cavidad abdominal de pacientes con no -La apendicitis perforante es solo del 0,8% en el reborde después de la apendicectomía.

Con una tasa del 0,7%, los pacientes con apendicitis perforante tienen un mayor riesgo. En un estudio grande de 3393 niños de 30 hospitales, la estadía hospitalaria promedio por

apendicitis no perforante fue de 2 días (1.4 a 3.1 días), y la estadía hospitalaria promedio por apendicitis perforante fue de 4.4 a 11 días (la mediana es de 6 días). La tasa de infección de la herida de 5894 pacientes fue del 4,5% y la tasa de formación de abscesos intraabdominales fue del 2,5%.

Apendicitis crónica

La apendicitis crónica es una entidad controvertida con una definición poco clara y un diagnóstico incierto. Este término se utiliza para caracterizar a los pacientes con episodios recurrentes de la fosa derecha. Si se desconoce la causa, se especula como un posible mecanismo de causa:

- a. Contracción cólica del apéndice en respuesta a oclusión parcial de luz
- b. Fibrosis cicatrizal del apéndice.

c. Inflamación recurrente del apéndice luego de un episodio de apendicitis aguda que se resolvió.

La definición de esta complicación no es nueva, porque desde principios del siglo pasado, los pacientes a menudo se han sometido a una apendicectomía selectiva. Cuando muestran "dolor ab - Endometritis recurrente", pero la causa no está clara. Como era de esperar, Una gran proporción de pacientes no mejoró en absoluto, por lo que se planteó el tema de la apendicectomía selectiva en pacientes con dolor recurrente en la fosa derecha. Esta controversia continúa hasta el día de hoy.

Conclusiones

El dolor es más común es en la mujer, severo, intenso, siempre concentrado en la misma zona, exacerbado por la compresión y la ingesta de alimentos, y suele ir acompañado de otras manifestaciones autonómicas (náuseas, rubor o palidez de la cara, piel pegajosa, etc.). Dada la naturaleza crónica del dolor y su relación con la ingesta de alimentos, este paciente tiende a ser inadecuado. La sincronicidad de las imágenes ha llevado a muchos ausentismos escolares, reducción o cancelación de actividades físicas, cambios en la vida social y la aparición de barreras psicológicas.

Según diferentes autores, los pacientes con apendicitis crónica con características anatómicas patológicas rara vez se ven y suelen aparecer debido a la obstrucción parcial de la luz, se produjeron calambres repetidos en el apéndice y la afección se resolvió mediante apendicectomía selectiva. Según estos supuestos, el diagnóstico es solo clínico (y los estudios de imagen e incluso los estudios de anatomía patológica enviados

son paciencia normal en la mayoría de los casos). Por tanto, todos los pacientes con dolor crónico en el cuadrante inferior derecho sin causa evidente deben someterse a una laparoscopia y apendicectomía.

Referencias

1. Lippert, H. y R. Papst. (1995). Arterial Variations in Man. Munchen: JF Bergmann.
2. Klingler, P. J., Seelig, M. H., DeVault, K. R., et al. (1998). Ingested foreign bodies within the appendix: A 100-year review of the literature. *Dig Dis*, 16, 308-314.
3. Carr, N. J. (2000). The pathology of acute appendicitis. *Ann Diag Pathol*, 4, 46–58.
4. Dominguez, E. P., Sweeney, J. F. y Y. U. Choi. (2006). Diagnosis and Management of Diverticulitis and Appendicitis. *Gastroenterol Clin N Am*, 35, 367–391.
5. Wright, J. E. (1993). Controlled trial of wound infiltration with bupivacaine for postoperative pain relief after appendectomy in children. *Br J Surg*, 80, 110-1.
6. Flum D, Koepsell T. The clinical and economic correlates of misdiagnosed appendicitis: Nationwide analysis. *Arch Surg*. 2002;137:799-804

Descubre tu próxima lectura

Si quieres formar parte de nuestra comunidad,
regístrate en <https://www.grupocompas.org/suscribirse>
y recibirás recomendaciones y capacitación



   @grupocompas.ec
compasacademico@icloud.com

compAs
Grupo de capacitación e investigación pedagógica



@grupocompas.ec
compasacademico@icloud.com

