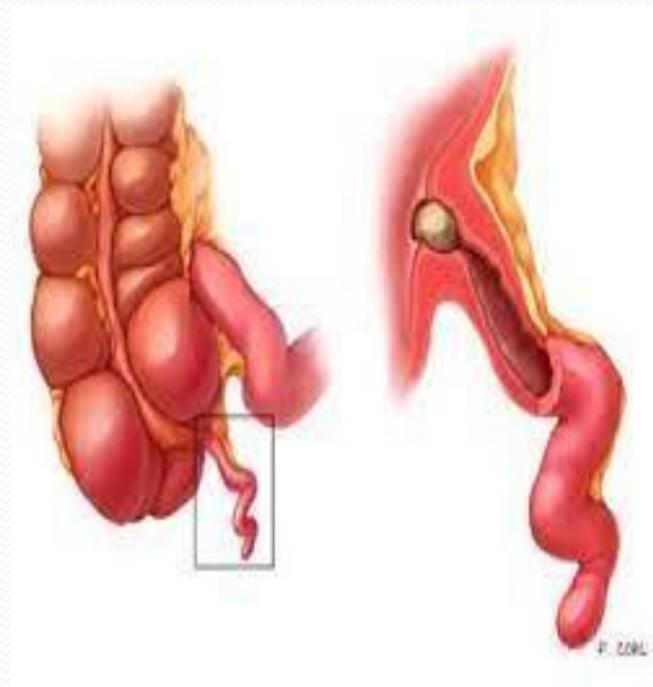


APENDICITIS



Lic. Haydee Baez

APENDICITIS



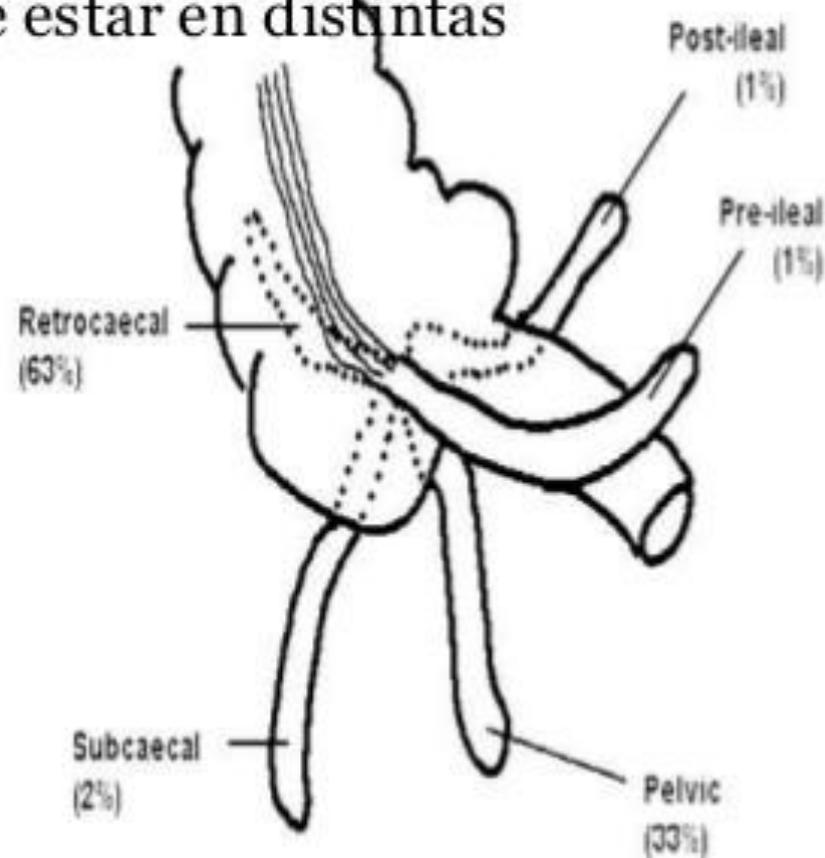
ANATOMIA

- órgano inmunológico.
- Intraperitoneal en el cuadrante inferior derecho.
- Gran número de folículos linfoides.
- Mide de 6 – 20 cm de longitud y 4 – 8mm de diámetro.



ANATOMIA

- La punta de la apéndice puede estar en distintas posiciones.
- Retrocecal 63.2%,
- Pélvica 33%
- Subcecal 2.2%
- Preileal 1% o



APENDICITIS AGUDA

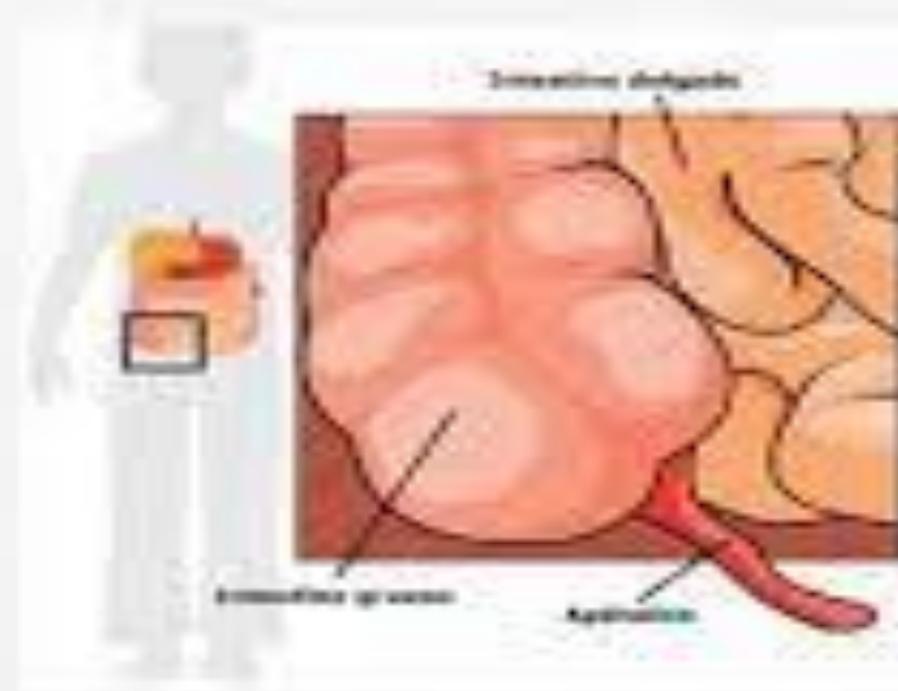


Apendicitis Aguda



¿QUÉ ES?

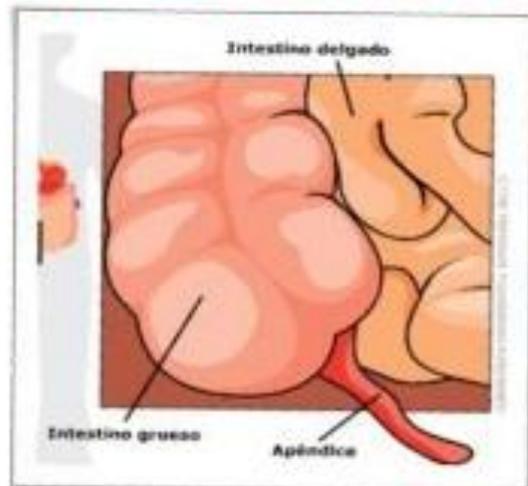
Es una inflamación del apéndice, generalmente causada por un cuerpo extraño que lo bloquea.



EPIDEMIOLOGÍA

- Inflamación más frecuente de la cavidad abdominal.
- Ocurre frecuentemente en personas entre los 10 y 30 años de edad.
- Más frecuentes en varones que mujeres, 3:1,

APENDICITIS



- Inflamación aguda del Apéndice cecal, que en general es causada por obstrucción del lumen.
- Es una urgencia quirúrgica.
- se desarrolla entre unas 12 y 18 horas, se vuelve intensa e insoportable.

ETIOLOGIA



Obstrucción de la luz apendicular

60% por fecalitos

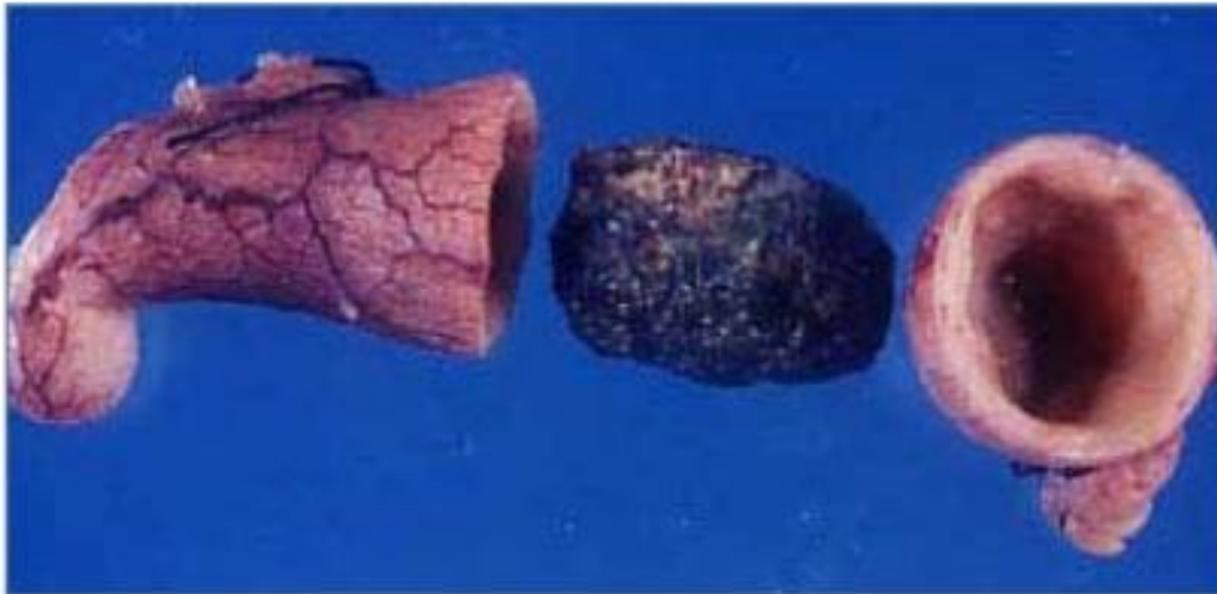
40-35% obstrucción por hiperplasia linfoide

4% por cuerpos extraños

1% estenosis o tumores apendiculares o cecales

Apendicitis Aguda

Obstrucción por fecalito



FISIOPATOLOGÍA

- ✘ 1- Obstrucción con aumento de presión intraluminal.



- ✘ 2- Acumulación de moco con proliferación bacteriana y reclutamiento de PMN (***Apendicitis aguda congestiva o catarral***: dolor visceral).
- ✘ 3- Aumenta edema con obstrucción venosa, estasis y secreción de pus (***Apendicitis aguda supurada o flemonosa***: dolor somático).

- ✘ 4- Trombosis venosa causa oclusión arterial con necrosis y gangrena (***Apendicitis aguda gangrenosa o necrótica***).
- ✘ 5- Al continuar gangrena ocurren infartos y el apéndice se perfora (***Apendicitis aguda perforada***) ocasionando una peritonitis focal con formación de un plastrón apendicular o una peritonitis generalizada.



FISIOPATOLOGÍA

proceso obstructivo

producción de **moco**

dificultad de drenaje linfático

edema de la pared

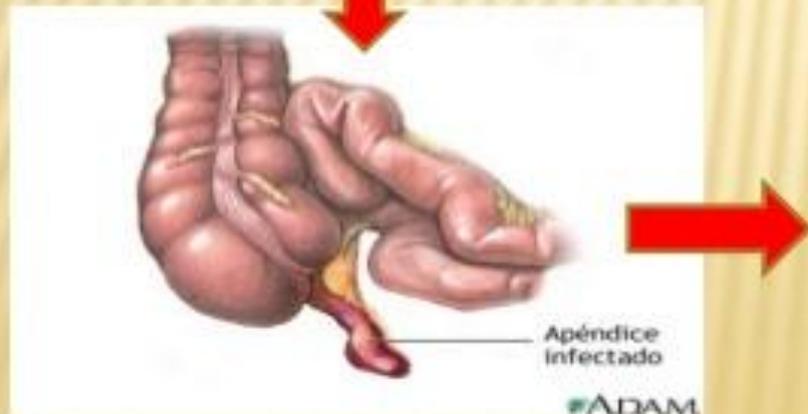
isquemia de la mucosa

invasión bacteriana



perforación del apéndice

la necrosis y destrucción tisular



Características inflamatorias



Fase 1.- Catarral



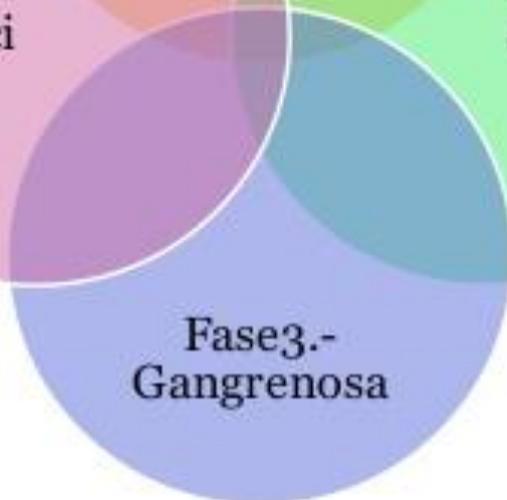
Fase 4.-
Perforación



Fase 2.-
Supurativa



Fase 3.-
Gangrenosa





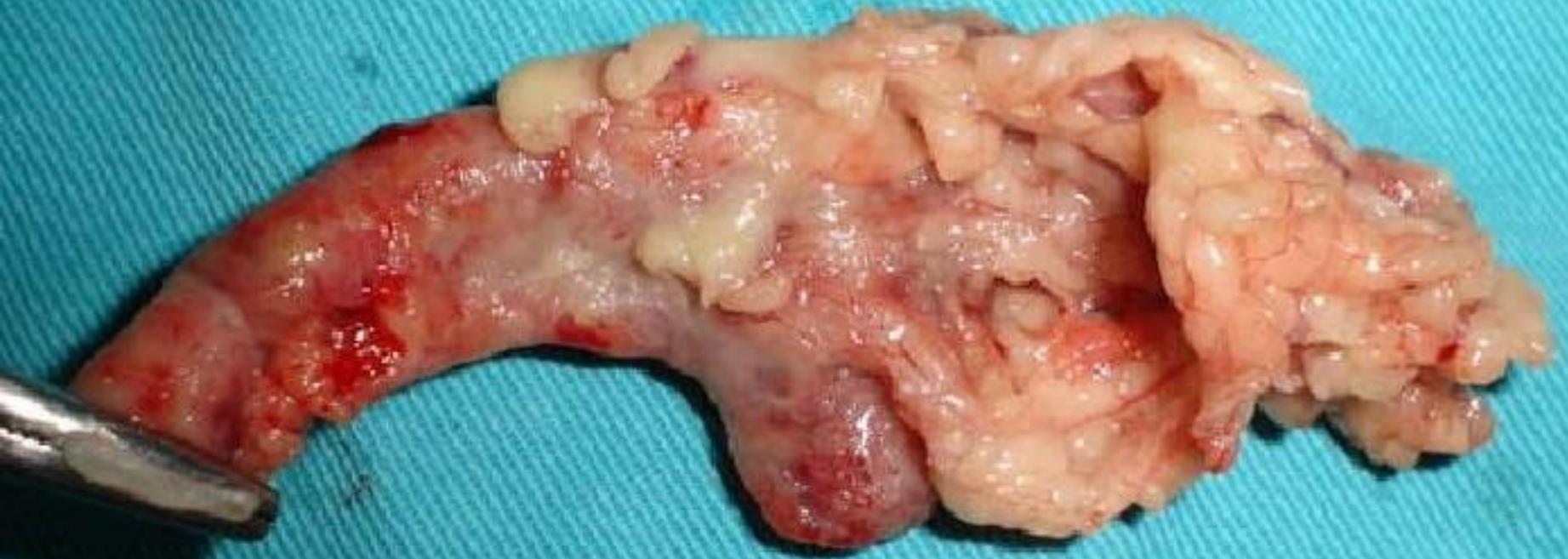
APENDICE SANA

APENDICITIS CONGESTIVA O CATARRAL



- **Catarral** (congestiva). Hiperemia leve sin exudado superficial.

APENDICITIS SUPURADA O FLEMONOSA



- **Flemonosa** (purulenta o supurada).

Apéndice dilatado, superficie opaca y exudado fibrinopurulento

23 1:36PM

APENDICITIS GANGRENADA O NECROSADA



- **Necrosada** (gangrenada).

Apéndice dilatado con necrosis
en parches.

APENDICITIS PERFORADA



- **Perforada**. Necrosis transmural, solución de continuidad. Peritonitis focal o difusa.

GERMENES MAS COMUNES

Escherichia coli



Bacteroides fragilis



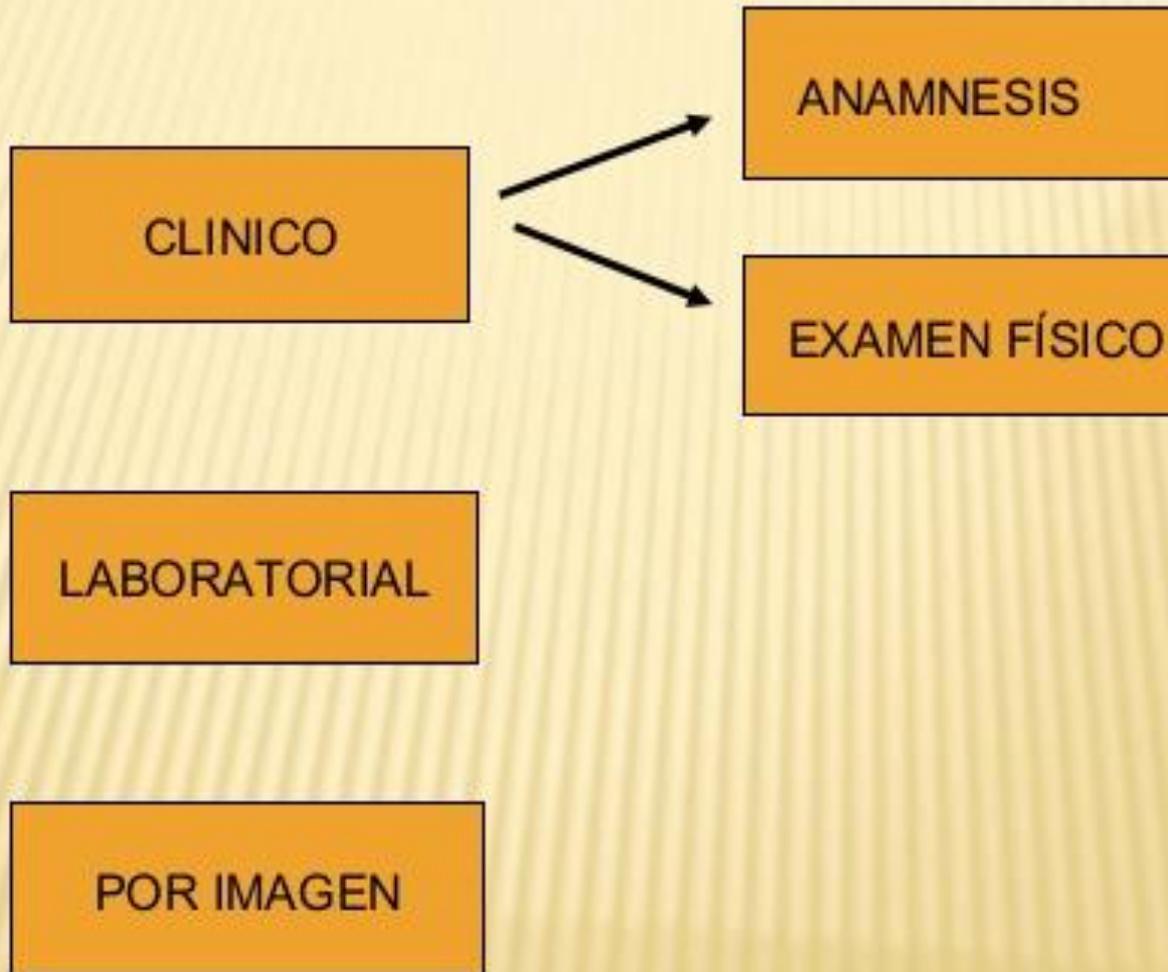
Pepto-streptococcus



Pseudomona



DIAGNÓSTICO



▶ Dolor Abdominal:

- Tipo visceral
- Intensidad leve al inicio
- En región periumbilical o epigástrica
- Persiste 4-6h.
- Se acompaña de urgencia de defecar y gases
- Se intensifica y localiza en FID

▶ Anorexia → casi universal.

▶ Náusea y/o Vómito (50-60%)

▶ Hipersensibilidad Abdominal

▶ Fiebre ligera

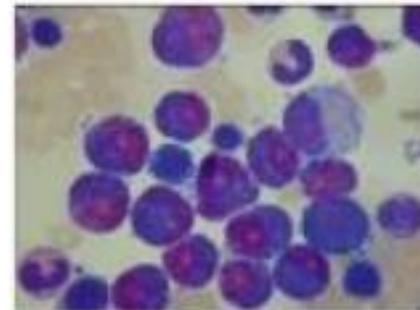
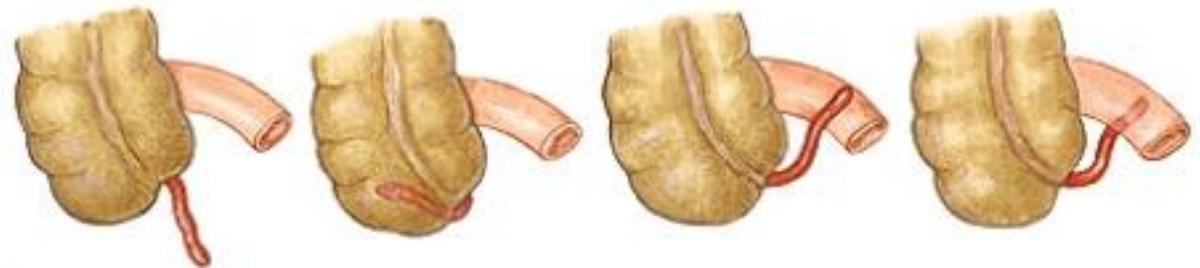


Figura 5. Proliferación eosinofílica sobre un médula ósea

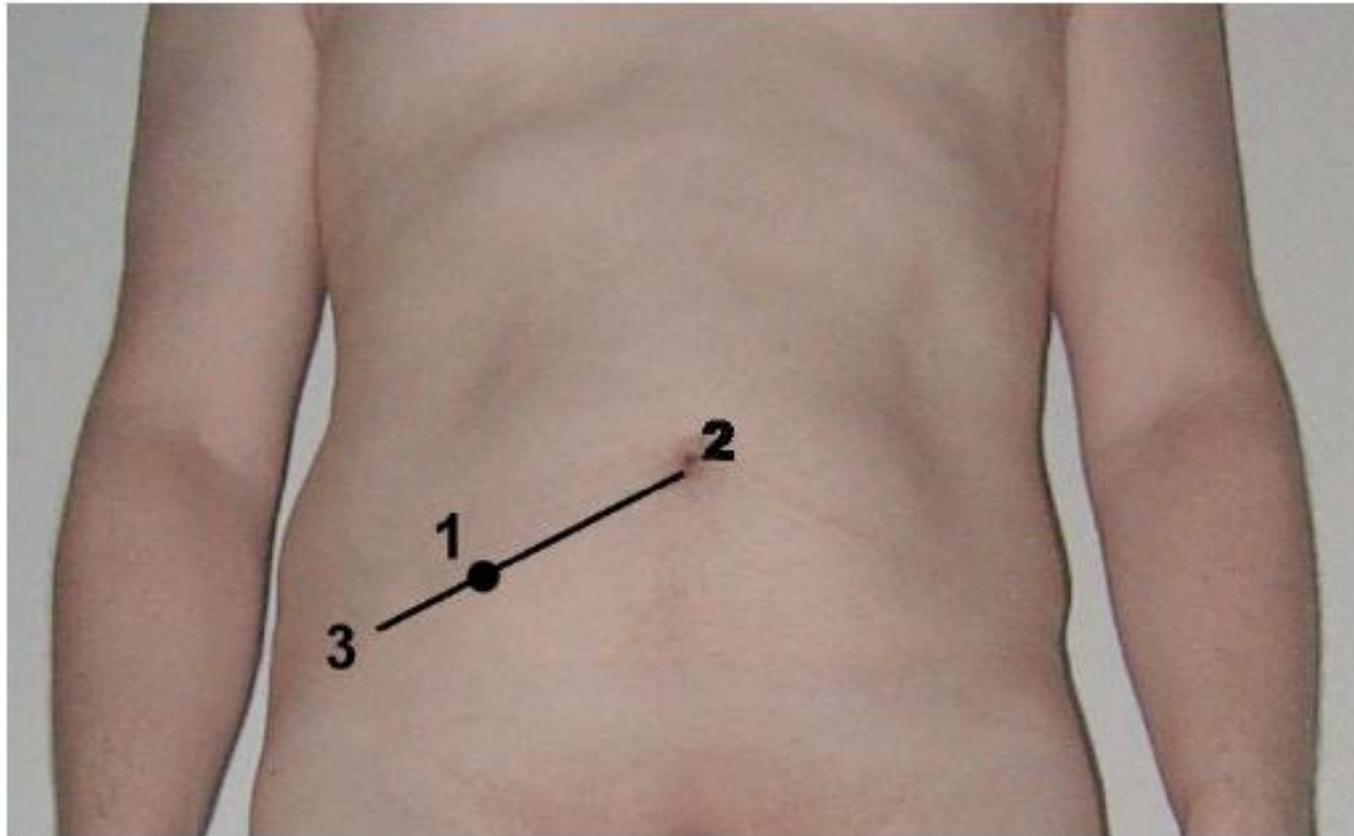
Según localización de apéndice

- ▶ Retrocecal: **dolor en Fosa Renal Derecha.**
- ▶ Cerca de Sigmoides: **Diarrea**
- ▶ Cerca de Vejiga: **Polaquiuria y disuria**

▶ Clínica típica:



• **PUNTO DE MC BURNEY:** punto situado por encima de la espina iliaca anterosuperior derecha, en la línea que une a esta con el ombligo.



Exámenes de laboratorio

- Leucocitosis ($> 10,000 \text{ mm}^3$ en 90% de los casos) con neutrofilia y bandemia.
 - Puede no haber leucocitosis en ancianos o personas jóvenes que han recibido antibióticos.
- Proteína C reactiva elevada.
- EGO: diferencial para un proceso infeccioso urinario o litiasico.
- Fracción beta de gonadotropina corionica humana para descartar embarazo embarazo tanto uterino como ectópico.

METODOS DIAGNOSTICOS

Radiografías simples de abdomen:

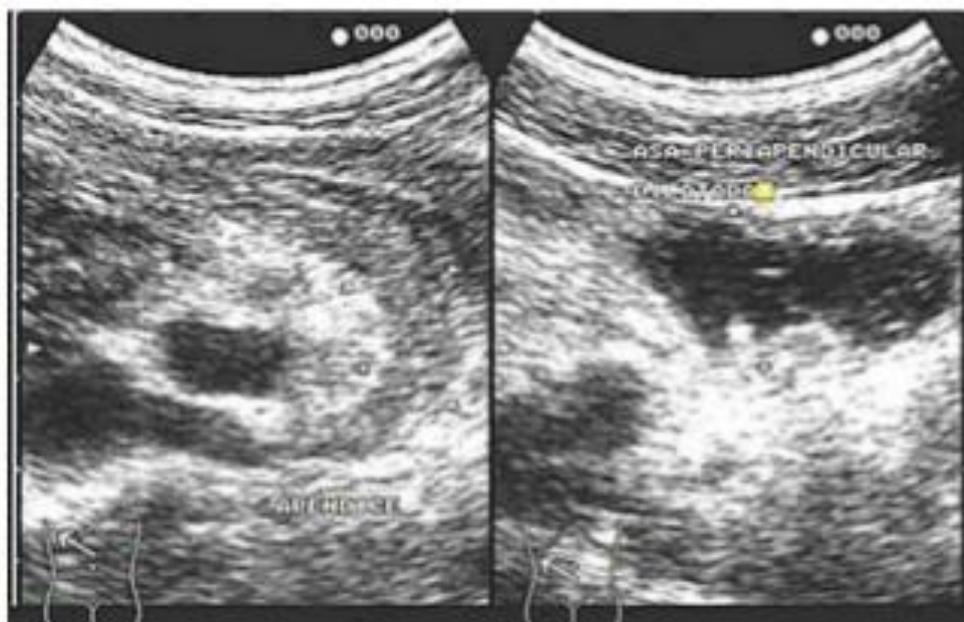
- No específicas
- Presencia de fecalito, niveles hidroaéreos, borramiento del psoas, liquido libre en la cavidad peritoneal...
- Se usa para descartar causas que provoquen dolor abdominal.



Exámenes imagen lógicos

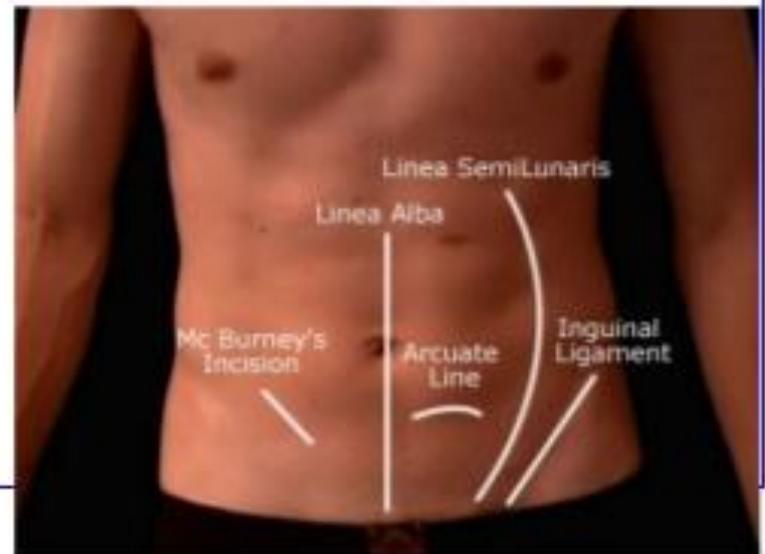
➤ Ecografía:

- Se observa un apéndice mayor a 6 mm de diámetro de ant – post.
- Aumento de pared mayor a 2mm.
- Presencia de fecalito.
- Presencia de colección de liquido o liquido libre intraabdominal (apendicitis perforada).



Tratamiento

- Su única forma de tratamiento es el quirúrgico.
- En cirujanos con experiencia y cuando el diagnóstico de apendicitis aguda es más probable que cualquier otro proceso inflamatorio de fosa ilíaca derecha, el abordaje preferido de la cavidad abdominal será por medio de una incisión de Mc Burney.



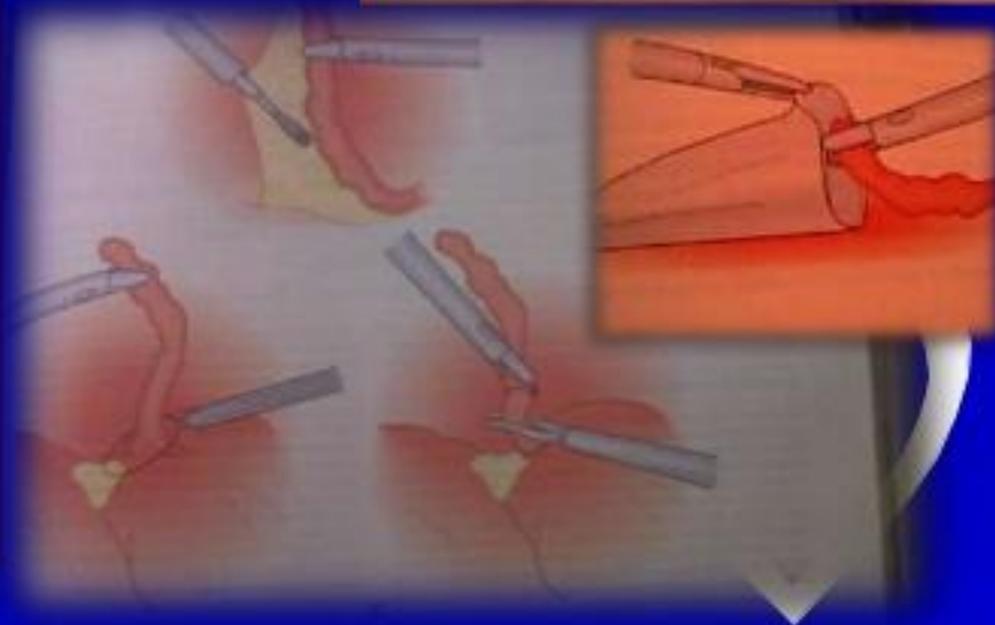
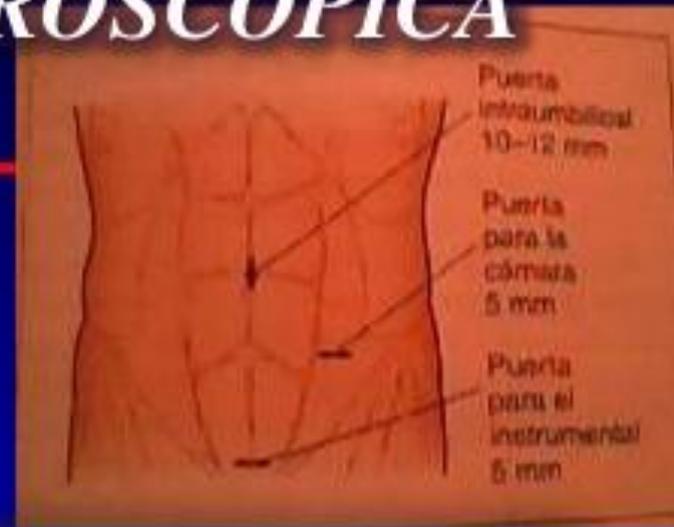
Preoperatorio

- ▶ SNG
- ▶ Líquidos IV (Ringer)
- ▶ Antibióticos:
 - Cefalosporina de 3ª generación
 - Metronidazol o Clindamicina
 - Ampicilina
 - Gentamicina
- ▶ Analgésico
- ▶ Si hay signos de irritación peritoneal:
 - Sonda Vesical
 - Cateter Central

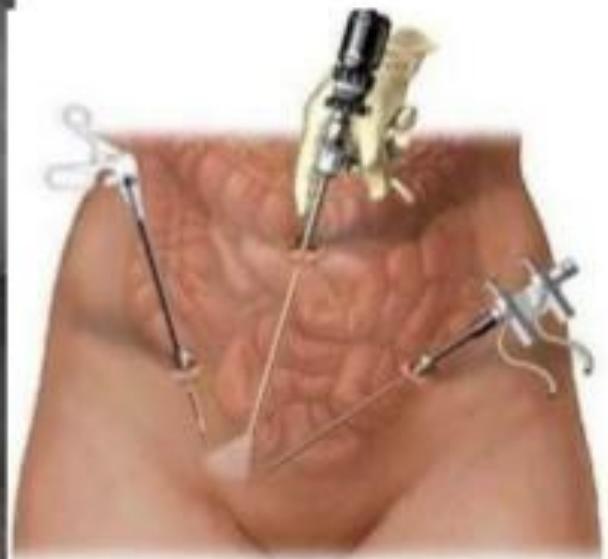


APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

La apendicectomía laparoscópica generalmente requiere el uso de tres puertos; se coloca un trocar en el ombligo (10 mm) para la cámara y los otros varían entre cuadrantes inferiores, cuadrante superior derecho o línea media, a elección del cirujano; el apéndice se extrae de la cavidad a través de un trocar o mediante una bolsa recuperable



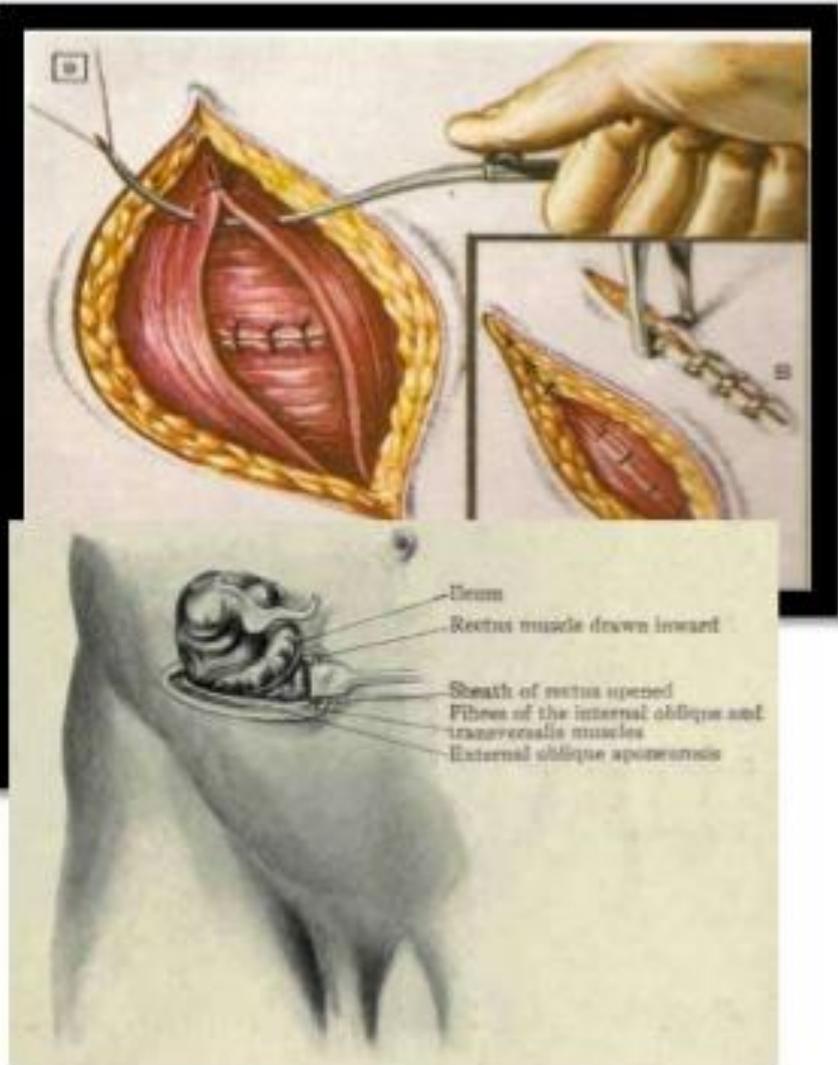
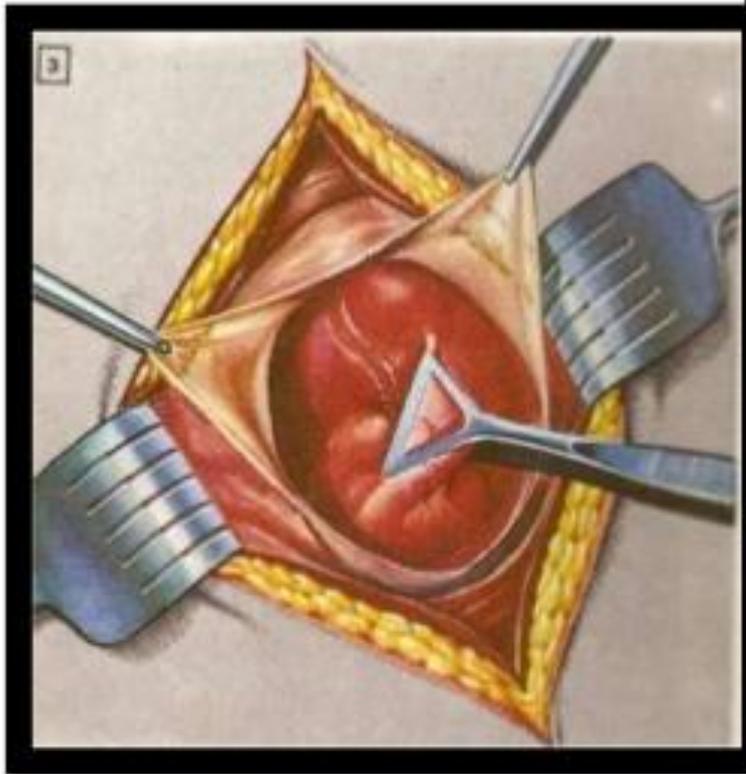
APENDICECTOMÍA LAPAROSCOPÍA



DISMINUCIÓN DE DOLOR POSOPERATORIO.

APENDICECTOMÍA ABIERTA

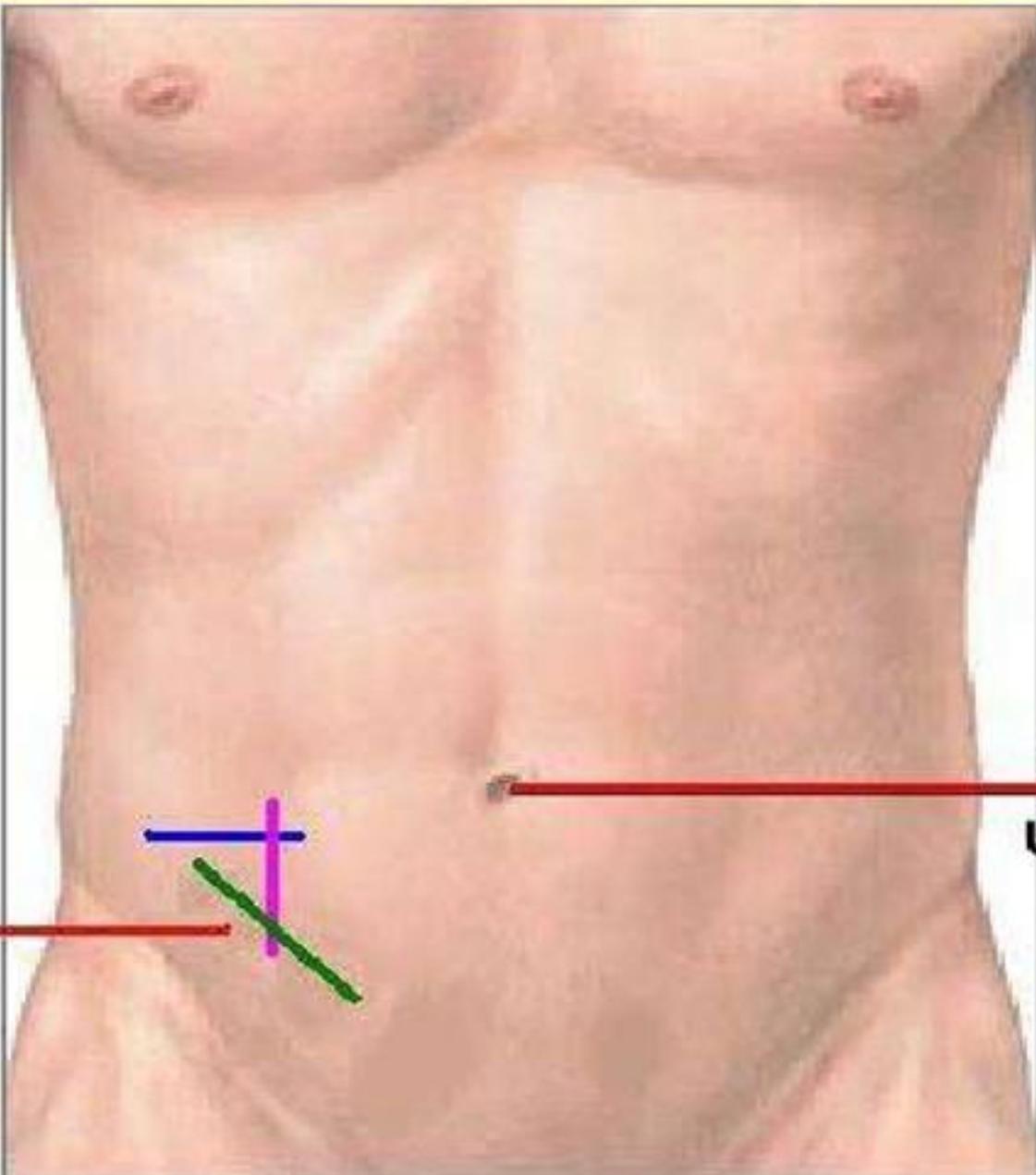
✓ Cirujanos → incisión de McBurney (oblicua) o Rocky-Davis (transversal) CID.



I. ROCKY DAVIS

I. PARAMEDIANA DERECHA

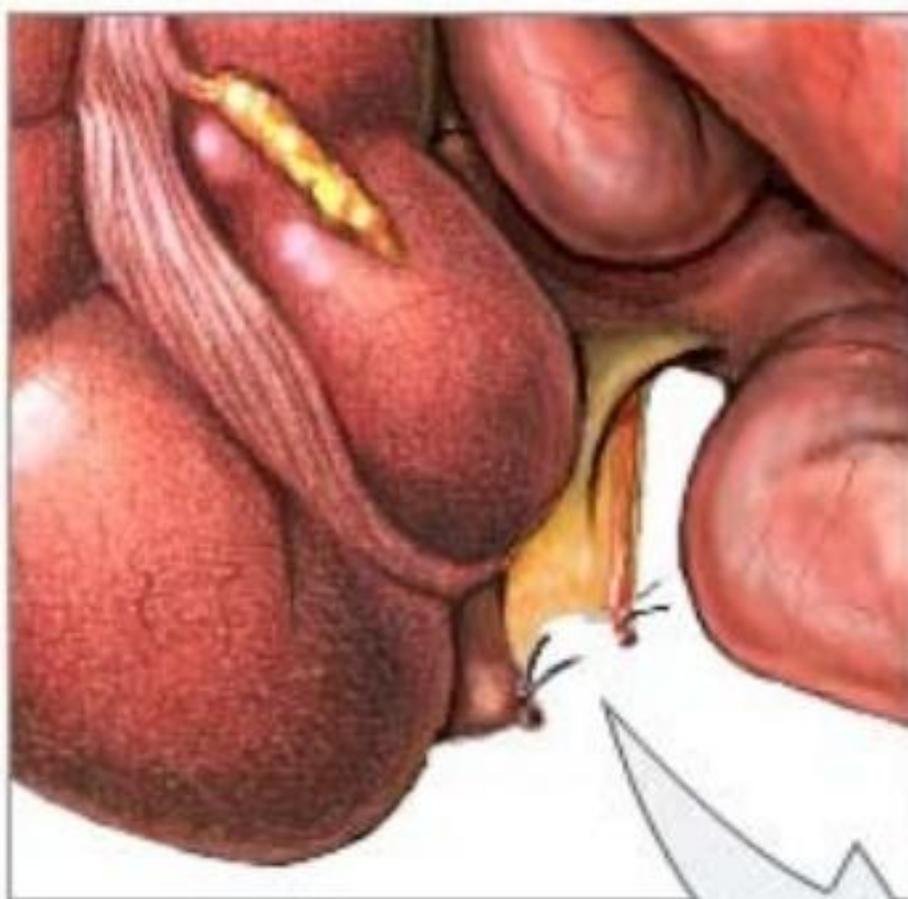
I. Mc BURNEY



INCISION

CICATRIZ UMBILICAL

TIPOS DE INCISION



Se extrae
el apéndice
infectado

MANEJO OPERATORIO

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

- - Infecciones de heridas.
- - Dolor postoperatorio.
- - Estancia hospitalaria.
- + Rápido regreso a la actividad laboral.
- + Abscesos intra-abdominales.



CIRUGÍA ABIERTA

- + Infecciones de heridas.
- + Dolor postoperatorio.
- + Complicaciones.
- + Estancia hospitalaria.
- - Rápido regreso a la actividad laboral.



✘ **POST-OPERATORIO:**

- ✘ Apendicitis aguda simple: La mayoría de los pacientes se recuperan al 3^o o 4^o día.
- ✘ Apendicitis supurativa y complicada: Cuidados intensivos hasta que haya cedido la sepsis, el íleo paralítico, etc.

La herida Quirúrgica

- ▶ Se cierra si el apéndice no estaba perforado
- ▶ En caso de **perforación, peritonitis o absceso**, se cierran el peritoneo y la fascia y se dejan el tejido celular y la piel abiertos.
- ▶ Sobre la herida se aplica una gasa humedecida o con solución salina que no se debe retirar hasta el 4º día postoperatorio.
- ▶ Al 4º DPO se descubre la herida y si está limpia, se puede cerrar con mariposas de esparadrapo o con sutura simple.
- ▶ En caso que se encuentre infectada, se prosigue con curaciones y se espera al cierre por segunda intención.

ANTIBIOTICOTERAPIA

- Profiláctica a todos los pacientes.
- PO Apendicectomía: reduce significativamente infecciones de la herida y abscesos intra-abdominales.



COMPLICACIONES

× Pre-operatorio

- × -Perforación+peritonitis

× Post-operatorio

- × -Dehiscencia de muñon, fistula (2-3 dia)
- × -Infeccion de Herida (4-5 dia)
- × -Absceso intrabdominal (7 dia)
- × -Bridas o adherencias (10 dia)

MUCHAS GRACIAS !

