

# APENDICITIS AGUDA

Dra. Vivian Vialat Soto

## CONCEPTO

Inflamación aguda del apéndice cecal.

Urgencia quirúrgica más frecuente en la infancia.

**LOCALIZACIÓN:** *el apéndice puede estar localizado en los siguientes cuadrantes:*

- Inferior izquierdo, el 0,3 %
- Superior izquierdo, 0.58%
- Superior derecho, 3.91%
- Inferior derecho, 96%
- Anterior al ciego, 74%
- Retrocecal, 26%

## ETIOPATOGENIA

### Factores locales predisponentes

- Obstrucción de la luz (**Fecalito**, parásitos, cuerpo extraño)
- Espasmos vasculares persistentes
- Anafiláctico o hiperérgico
- Afecciones propias de temporada
- Infecciones exantemáticas o no
- Parasitismo intestinal
- Anatómicas

### CLASIFICACION:

*Clínica:*

- No complicada: cuando en el momento del acto quirúrgico no se encuentra presencia de líquido purulento o fecaloideo.
- Complicada: presencia de líquido purulento o fecaloideo intraperitoneal, apéndice gangrenada

*Anatomopatológica:*

- Focal aguda o hiperemia

- Flemonosa
- Supurada (localizada o generalizada)
- Gangrenosa
- Perforada

#### *Evolutiva*

- *Aguda*
- *Crónica*

### **CUADRO CLÍNICO:**

#### *Manifestaciones clínicas:*

Triada de Murphi: dolor, náuseas o vómitos, fiebre ligera, en esta triada, el dolor es el síntoma constante.

Puede acompañarse de diarreas o estreñimiento.

Manifestaciones generales: anorexia, dificultad para la marcha.

El dolor por lo general comienza en epigastrio o región periumbilical para luego localizarse en el lugar en que se encuentra el apéndice cecal.

Las náuseas se presentan al principio de la crisis y no siempre están acompañadas de vómitos, se originan por la irritación peritoneal.

El enfermo presentará, fiebre ligera y taquicardia, su ausencia no excluye la enfermedad.

#### Anorexia

#### *Examen físico:*

El niño tiende a estar tranquilo, evita los movimientos bruscos, la respiración se hace superficial y a expensas de la torácica, se queja de dolor abdominal a los golpes de tos. A la auscultación, los ruidos hidroaéreos tienden a estar disminuidos, la percusión es dolorosa, y la palpación superficial y profunda determinan sensibilidad dolorosa y contractura muscular en el sitio donde se encuentra el apéndice inflamado. Existe dolor provocado por la descompresión brusca del abdomen (signo de Blumberg). Existe disociación de la temperatura axilo-rectal de 0.5 a 1° C (signo de Lennander). El tacto rectal tanto en el varón como en la hembra es de utilidad cuando existe duda diagnóstica, pues se puede

constatar aumento de la temperatura local, dolor, abombamiento del fondo de saco de Douglas, además se puede detectar una tumoración.

Hay que tener presente las características del cuadro clínico de la apendicitis en el lactante y el recién nacido, que aunque es muy infrecuente, generalmente se presenta con un cuadro de oclusión intestinal o de sepsis generalizada donde predomina la distensión abdominal. En otros, comienza con diarreas de origen inexplicable que se puede acompañar de vómitos, pueden permanecer irritables, inquietos y es confundido con enfermedades gastrointestinales agudas, ingresando en salas de pediatría, evolucionando hacia etapas de complicación de la enfermedad por demoras en su diagnóstico.

### **ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:**

#### Laboratorio

- Hemograma completo: es el de mayor valor, leucocitosis por encima de  $12 \times 10,0^9$  g/l, polimorfonucleares por encima de 70 y presencia de células jóvenes como el stab, son característicos de este cuadro peritoneal. Y generalmente no pasa de 16 a 18 excepto que se trate de una peritonitis. Para realizar la intervención quirúrgica se requiere de la hemoglobina. Estudios de coagulación sólo cuando existan antecedentes que lo justifiquen.

No se indica cituria, ya que una cituria patológica no excluye que el paciente presente apendicitis aguda, las posiciones anatómicas: apéndice pelviana (irritación de la vejiga) y apéndice retrocecal (irrita el uréter), pueden presentar alteraciones de este examen, así como en niñas con leucorrea puede también estar alterado por contaminación.

### Imagenológicos

- *Radiografías simples de abdomen 3 vistas*: se pueden observar signos directos e indirectos de apendicitis aguda. Directo: presencia de fecalito en fosa ilíaca derecha. Indirectos: íleo segmentario, niveles hidroaéreos, asa en centinela, borramiento del psoas, borramiento de la línea preperitoneal, escoliosis antálgica, engrosamiento interasas y neumoperitoneo.
- *Radiografía simple de tórax*: se indica cuando hay sintomatología respiratoria asociada para descartar procesos inflamatorios pulmonares.
- *Ecografía abdominal*: se observa engrosamiento del órgano y líquido libre en cavidad, aumento de su vascularización y otras alteraciones intraabdominales.

### Otros

- *Laparoscopia*: muy utilizada en el adulto, en el niño se reserva para situaciones extremas, pacientes con riesgo y duda diagnóstica.
- *Videoendoscopia*: es de máxima efectividad en casos dudosos y además de diagnóstica es terapéutica, pues permite hacer la apendicectomía.
- *Punción abdominal*: también se debe reservar para los casos de difícil diagnóstico fundamentalmente en los menores de 1 año. Se usa de forma excepcional.

### **Diagnóstico diferencial:**

- Infecciones urinarias
- Adenitis mesentérica
- Cólico urinario
- Neumonías de base derecha
- Ingesta aguda
- Embarazo ectópico
- Quiste de ovario torcido
- Enfermedad inflamatoria pélvica
- Infecciones ginecológicas

### **TRATAMIENTO:**

#### **Preoperatorio**

- Ingreso en sala
- Vía oral suspendida
- Hidratación para reposición de volumen calculado a 2000 ml/m<sup>2</sup>/día  
Dextrosa al 5% y cálculo de electrolitos
- Profilaxis antibiótica con aminoglucósidos o cefalosporina

### **Intraoperatorio**

Apendicetomía laparoscópica o por laparotomía.

### **Postoperatorio**

- Vía oral suspendida durante 12 a 24 horas según el estado del paciente y que se restablezca el tránsito intestinal, luego iniciar con líquidos fríos paulatinamente.
- Fluidoterapia endovenosa cuando está con vía oral suspendida, se mantendrá según el estado clínico del paciente.
- Antibioticoterapia según estadio del apéndice, basado en el protocolo de cada servicio de cirugía pediátrica.
- Tratamiento sintomático al dolor y fiebre.
- Medidas especiales: deambulación precoz, cuidados de la herida, se retirarán los puntos de piel a los 7 días en su área de salud. Reincorporación precoz a su escuela sin realizar esfuerzos físicos por 30 días.

### **COMPLICACIONES.**

*Locales:* sepsis de la herida, celulitis, seromas, hematomas, dehiscencias.

*Generales:* flebitis, abscesos postquirúrgicos, dehiscencias de suturas (de la pared abdominal, vasculares y del muñón apendicular), oclusión intestinal por bridas, pileflebitis, sepsis, shock, disfunción múltiple de órganos.

### **PLASTRÓN APENDICULAR**

Se manifiesta como una tumoración, es un proceso fibrinoplástico de defensa del organismo que se desarrolla a punto de partida de una apendicitis aguda, para englobar el proceso séptico iniciado en el apéndice. Su tratamiento es conservador con antibióticos y medidas de sostén, si no presenta complicaciones.

Entre los 3 a 6 meses de solucionado el plastrón requiere apendicetomía preferiblemente por vía videolaparoscópica.