

APENDICITIS AGUDA

(ACUTE APENDICITIS)

*Juan Carlos Sánchez Arias

RESUMEN

La apendicitis aguda es una de las principales causas de abdomen agudo quirúrgico. La definiremos como una inflamación del apéndice cecal por obstrucción de su lumen. Las causas más frecuentes son por hiperplasia linfoide, fecalitos, tumores o cuerpos extraños como huesos de animales pequeños, o semillas. El signo de Mc Burney es signo clásico de esta patología, pero que no siempre está presente. La ecografía y la tomografía axial computarizada son buenas pruebas diagnósticas cuando la manifestación clínica no es la clásica. La apendicectomía temprana es el tratamiento de elección.

DESCRIPTORES

Apendicitis aguda, Mc Burney, Abdomen quirúrgico, hiperplasia linfoide, fecalitos.

SUMMARY

Acute appendicitis is one of the main causes of acute surgical abdomen. We will be defined as an inflammation of the appendix of obstruction of its lumen. The most common causes are lymphoid hyperplasia, fecaliths, tumors or foreign bodies like bones of small animals, or seeds. The sign of Mc Burney is classic sign of this condition, but that is not always present. Ultrasonography and computed tomography are good diagnostic tests as the clinical manifestation is not classical. Early appendectomy is the treatment of choice.

KEYWORDS

Acute appendicitis, Mc Burney, Surgical Abdomen, lymphoid

*Médico General. Clínica privada del Dr. Juan Carlos Sánchez San José- Costa Rica Correo: drjcsa@racsa.com

DEFINICION

Es la inflamación del apéndice cecal o vermiforme, que inicia con la obstrucción de la luz apendicular, lo que trae como consecuencia un aumento de presión intraluminal por el acúmulo de moco asociado con la poca elasticidad de la serosa

ETIOLOGIA

Aún no está clara, pero puede deberse a hiperplasia linfoide, fecalitos, tumores o cuerpos extraños como huesos de animales pequeños, o semillas.

CUADRO CLÍNICO Y EXPLORACIÓN FÍSICA

Se caracteriza por un dolor abdominal tipo cólico, agudo, localizado en la región peri

umbilical, que luego incrementa de intensidad y migra hacia fosa iliaca derecha. La temperatura es un mal predictor de apendicitis, sin embargo, la presencia de fiebre marcada y taquicardia advierten la posibilidad de perforación y formación de un absceso intra abdominal (Fallas Gonzalez, 2012). Ya que el diagnóstico de apendicitis es confuso, y un porcentaje de apendicetomías negativas (20-40%), se ha creado los Criterios de Alvarado Modificado (MASS, Modified Alvarado Scoring System) para ayudarnos en el abordaje del paciente.

TABLA 1: Criterios de Alvarado Modificados	
Síntomas	Puntaje
Dolor migratorio a fosa iliaca derecha	1
Nausea/ Vomito	1
Anorexia	1
Signos	
Dolor localizado en fosa iliaca derecha	2
Rebote en fosa iliaca derecha	1
Temperatura elevada	1
Laboratorio	
Leucocitosis	2
Total	9 puntos
Un puntaje mayor a 7 es muy sugestivo de Apendicitis.	

Signos

Signo Mc Burney: Localización del dolor en el punto de McBurney. El **punto de McBurney** corresponde a la unión del 1/3 externo con los 2/3 internos de una línea trazada entre la espina iliaca antero-superior derecha hasta el ombligo

Signo de Rovsing: Dolor referido a la fosa ilíaca derecha al presionar sobre la fosa ilíaca izquierda.

Signo Psoas: El paciente debe estar acostado sobre su lado izquierdo: posición de decúbito lateral izquierdo. En esta postura, se le pide al paciente que extienda su pierna derecha en dirección hacia su espalda. Al hacerlo, el musculo psoas y los flexores de la cadera se estiran, rozando al apéndice inflamado, el cual está normalmente situado justo sobre el psoas iliaco. Ese contacto intra abdominal resulta doloroso en la fosa ilíaca derecha en el llamado punto apendicular de McBurney, a unos 2/3 del recorrido diagonal desde el ombligo hasta la cresta iliaca derecha.

Signo del obturador: Se flexiona el muslo del enfermo y se realiza rotación interna y externa, produciéndose dolor intenso.

Signo de Blumberg: Dolor por rebote de la víscera inflamada sobre la pared abdominal al retirar la mano bruscamente después de la palpación profunda sobre la zona dolorosa.

LABORATORIO

Las pruebas de laboratorio son parte de la evaluación inicial, si bien son muy inespecíficas para el diagnóstico de apendicitis, nos ayudan a descartar otras patologías. La leucocitosis está presente entre un 70-90% de las apendicitis agudas, pero también es característico de otros procesos abdominales y pélvicos, por lo tanto, la leucocitosis por sí sola, no ayuda a tomar decisiones quirúrgicas. A toda mujer en edad reproductiva se le debe realizar una sub beta para descartar embarazo.

IMÁGENES

Radiografía

La radiografía abdominal tiene una baja sensibilidad y especificidad para el

diagnóstico de apendicitis aguda, pero nos ayuda a descartar otras patologías.

Ecografía

Un estudio ultrasonográfico tiene una sensibilidad del 75- 90%, una especificidad del 86 - 100%, y un valor predictivo positivo del 89- 93%. Una precisión global del 90- 94%.

Además, la ecografía puede identificar diagnósticos alternativos.

Aunque la apendicitis puede ser descartada si el aspecto del apéndice es normal en la ecografía, un apéndice normal se ve en menos del 5% de los pacientes.

La mayoría de los médicos dudan en tomar decisiones clínicas sobre la apendicitis cuando el propio apéndice no se ve en los estudios de imagen. Por lo tanto, el fracaso para ver el apéndice, limita la utilidad de la ecografía para el diagnóstico de apendicitis

Tomografía Axial Computarizada (CT)

Con las mejoras en CT, incluida la CT helicoidal multicorte, todo el abdomen se puede escanear en alta resolución en rodajas finas durante un solo período de retención de la respiración. Tal exploración elimina la mayoría de los artefactos causados por el movimiento y registro erróneo, y se traduce en alta resolución del apéndice y del tejido periapendicular. Para los pacientes con sospecha de apendicitis, la CT helicoidal tiene una sensibilidad del 90 - 100%, una especificidad del 91- 99%, un valor predictivo positivo del 95 - 97%, y una precisión del 94 al 100%.

En una revisión retrospectiva de 650 adultos consecutivos con hallazgos clínicos sugestivos de apendicitis aguda, CT tuvo una sensibilidad del 97%, una especificidad del 98%, y una precisión del 98%; otras

patologías fueron diagnosticadas en el 66% de los pacientes.

CT también ha demostrado ser exacto en pacientes con un diagnóstico incierto.

En un estudio, los pacientes consultantes en el servicio de urgencias con dolor en el cuadrante inferior derecho, pero con hallazgos clínicos o físicos dudosos fueron evaluados con CT.

Todos los pacientes que fueron sometidos a apendicectomía, el diagnóstico histológico se comparó con el diagnóstico de la CT. CT tuvo una sensibilidad del 92%, una especificidad del 85%, un valor predictivo positivo del 75%, un valor predictivo negativo del 95%, y una precisión global del 90%.

Hallazgos en la CT para el diagnóstico de apendicitis son: un apéndice distendido, una pared apendicular engrosada, y la inflamación periapendicular.

El CT proporciona una vista de todo el abdomen y la pelvis, y ayuda a descartar otras causas de dolor abdominal.

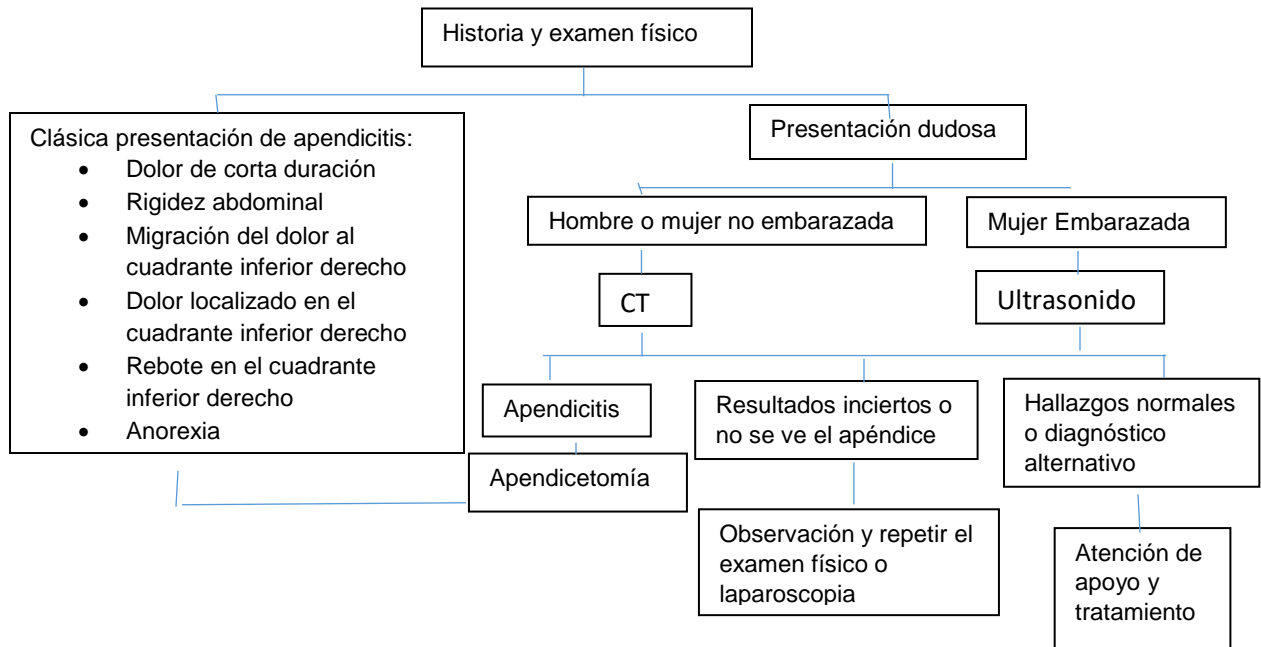
TRATAMIENTO

El tratamiento es quirúrgico, por lo tanto, nuestro deber como médicos de atención primaria es identificar esta patología para su referencia lo más pronto posible.

Tratamiento óptimo de una apendicitis no perforada.

1. Resucitación inicial con fluidos endovenosos.
2. Administración de una dosis única de antibiótico preoperatorio, pudiendo ser cefalotina o ampicilina.
3. Apendicectomía en calidad de urgencia.

ESQUEMA 1: Evaluación del dolor abdominal en el cuadrante inferior derecho



Recepción: 10 Noviembre de 2015

Aprobación: 27 Diciembre de 2015

BIBLIOGRAFÍA

- Fallas Gonzalez, J. (2012, Merzo). [www.scielo.sa.cr](http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v29n1/art10.pdf). Retrieved Enero 2015, 13, from <http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v29n1/art10.pdf>
- Kanumba, E. (2011). BMC Surgery. Retrieved enero 13, 2015, from <http://europepmc.org/abstract/MED/21329493>
- Paulson, E. (2003, Enero). www.nejm.org. Retrieved Enero 2015, from <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp013351>
- SNSM, S. N. (2012). <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>. Retrieved Enero 13, 2015, from http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/031_GPC_ApendicitisAgDiag/IMSS_031_08_GRR.pdf
- Varillas Rodriguez, J., & Santillan Bardales, C. (2010, Mayo). Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión aprobada. Retrieved Enero 2015, 13, from <http://www.hndac.gob.pe/index.php/interes/Documentos-de-Gesti%C3%B3n/Gu%C3%ADas/Gu%C3%ADa-Pr%C3%A1ctica-CI%C3%ADnica-Departamento-de-Cirug%C3%ADa-/Gu%C3%ADa-de-Pr%C3%A1ctica-CI%C3%ADnica-de-Apendicitis-Aguda--GPC-DC-001/>