

APENDICITIS AGUDA. Clasificación. Diagnóstico. Tratamiento.

Dr. Lázaro Quevedo Guanche (1)

1.- Clasificación

1.1: Anatomopatológica:

- 1.1.1: Apendicitis catarral
- 1.1.2: Apendicitis flegmonosa
- 1.1.3: Apendicitis Úlcero-flegmonosa
- 1.1.4: Apendicitis supurada
- 1.1.5: Apendicitis gangrenosa

1.2: Clínico-etiológica:

1.2.1: Apendicitis aguda no obstructiva:

1.2.1.1: Sin perforación.

1.2.1.2: Con perforación.

1.2.2: Apendicitis aguda obstructiva:

1.2.2.1: Sin perforación.

1.2.2.2: Con perforación.

1.2.3: Apendicitis aguda por obstrucción vascular: gangrena apendicular.

1.3: Evolutiva:

1.3.1: Apendicitis aguda sin perforación.

1.3.2: Apendicitis aguda perforada:

1.3.2.1: Con peritonitis local.

1.3.2.2: Con absceso localizado.

1.3.2.3: Con peritonitis difusa.

1.4. Topográfica:

1.4.1. Mesocelíaca.

1.4.2. Ilíaca.

1.4.3. Pelviana.

1.4.4. Retrocecal.

1.4.5. Subhepática.

1.4.6. Izquierda (En situs inversus).

(1) Dr. en Ciencias Médicas. Profesor Auxiliar de Cirugía, I.S.C.M.-H. Especialista de 2do. Grado en Cirugía General . Hospital C. Q. Docente Hermanos Ameijeiras. Miembro del Grupo Nacional de Cirugía del MINSAP.

2.- Diagnóstico

Es la causa más frecuente de abdomen agudo.

El cuadro clínico tiene 3 características: síntomas digestivos, cuadro séptico y peritonitis localizada, generalmente en la fosa ilíaca derecha.

2.1. Diagnóstico positivo:

2.1.1. Datos personales

2.1.2. Antecedentes mediatos.

2.1.3. Antecedentes inmediatos.

2.1.4. Cuadro clínico:

2.1.4.1. Dolor: Habitualmente epigástrico o periumbilical al comienzo, que se traslada, posteriormente, a la fosa ilíaca derecha, pudiendo variar según la localización topográfica del apéndice: ilíaca, pelviana, subhepática, retrocecal. En la apendicitis retrocecal el dolor en flanco derecho o lumbar puede acompañarse de contractura o empastamiento local y de manifestaciones urinarias, clínicas y de laboratorio. En el situs inversus (Apendicitis izquierda), el dolor inicial por conducción nerviosa se localiza también en epigastrio y en la fosa ilíaca derecha, pero el peritonítico, por el proceso inflamatorio de esta serosa, se localiza en el hemiabdomen izquierdo, en el lugar en que esté situado el apéndice.

2.1.4.2. Náuseas y vómitos.

2.1.4.3. Fiebre.

La secuencia clínica de dolor en fosa ilíaca derecha, náuseas o vómitos y fiebre es muy característica y se conoce como tríada de Murphy.

2.1.4.4. Examen físico:

a) Examen general del paciente.

b) Examen del abdomen:

- Inspección.
- Palpación acompañada de las maniobras de Rovsing, Blumberg y del músculo psoas (Rovsing-Meltzer).
- Auscultación.
- Tacto rectal y vaginal (en el caso de la mujer).

c) Temperatura axilar y rectal, dándole valor a la diferencia mayor de 1 grado.

d) Palpación bajo anestesia del abdomen antes del acto quirúrgico, para descartar la posibilidad de un plastrón.

2.1.5. Exámenes de diagnóstico:

2.1.5.1. De laboratorio:

- Hemograma (leucocitosis y desviación izquierda).
- Orina (Descartar procesos urinarios).

2.1.5.2. Imagenológicos:

- Ultrasonido abdominal.

2.1.5.3. Laparoscopia: constituye hoy día el mejor método diagnóstico, además de ser terapéutico.

3. Tratamiento

- Está proscrito:

- Administrar alimentos, analgésicos, sedantes y antibióticos, antes de hacer el diagnóstico.
- Administrar purgantes y enemas a constipados con dolor abdominal.

- El tratamiento de la apendicitis aguda es quirúrgico.

3.1. Preoperatorio

3.1.1. Preparación de la piel (Ver en el presente manual: Tratamiento preoperatorio).

3.1.2. Pasar sonda nasogástrica (previa anestesia general); dejarla fija y abierta.

3.1.3. Evacuar la vejiga por micción espontánea o por cateterismo, en caso de ser necesario.

3.1.4. Hidratar y reponer electrolitos, según necesidades del enfermo.

3.1.5. Administrar analgésicos y sedantes.

3.1.6. Administrar antibióticos profilácticos.

3.2. Anestesia general.

3.3. Detalles de la técnica

3.3.1. Apendicectomía videolaparoscópica; constituye la técnica de elección, además de corroborar el diagnóstico. Está indicada en la mayoría de los casos. Se exceptúan aquellos pacientes en los que es técnicamente posible una incisión mínima (Mc Burney o Rockey-Davis).

3.3.2. Apendicectomía laparotómica

3.3.2.1. Incisiones

3.3.2.1.1. Paramedia derecha infraumbilical.

3.3.2.1.2. Mc Burney o Rockey-Davis, cuando la laparoscopia indique una posición normal y estadio comenzante de la enfermedad, en mujeres embarazadas o sujetos delgados. En caso contrario debe realizarse una laparotomía paraumbilical derecha.

3.3.2.2. Protección adecuada de la herida con paños de borde y compresas.

3.3.2.3. Ligadura del meso y el apéndice por separado.

3.3.2.4. Maniobra de Horsley.

3.3.2.5. En perforaciones de la base; sutura “en bolsa de señora” en un solo plano, sin ligadura del muñón (invaginarlo), con material no reabsorbible o reabsorbible a largo plazo. Si perforación de la base con toma de la pared cecal valorar su exteriorización a través de una cecostomía previa movilización amplia del ciego.

3.3.2.6. Drenaje: se dejará de acuerdo al caso en cavidad abdominal y en el tejido celular subcutáneo (Penrose, tubular o Ravdin).

El de la cavidad abdominal se exteriorizará por contrabertura y estará indicado en los siguientes casos:

- Apendicitis aguda gangrenosa y/o perforada
- Apendicitis con abscesos locales

- Muñón apendicular “en precario”.

3.4. Período postoperatorio

3.4.1. Se administrarán antibióticos de acuerdo al cuadro clínico (ver el presente manual).

3.4.2. Analgésicos y sedantes, si fuera necesario.

3.4.3. Hidratación (ver en el presente manual : balance hidromineral).

3.4.4. Mantener sonda nasogástrica hasta el inicio del peristaltismo.

3.4.5. Los estimulantes del peristaltismo se usarán, excepcionalmente, de acuerdo con el juicio del cirujano.

3.4.6. Inicio de la alimentación oral y de la deambulación lo antes posible.

4. Formas clínicas especiales

4.1. Apendicitis aguda en la infancia.

Después de los 3 años de edad, es la causa más frecuente de abdomen agudo. Es un proceso más rápido que en el adulto, evoluciona con mayor frecuencia hacia la peritonitis difusa, la perforación y la septicemia.

Su diagnóstico positivo es difícil, por ser menos precisa la cronología de los síntomas y confundirse, a menudo, con otras afecciones infantiles.

En el lactante, la formulación del diagnóstico es más complicada, porque los síntomas son menos evidentes y, al hacerlo, no se piensa en esta enfermedad.

Ante todo lactante con un cuadro complejo con irritación peritoneal evidente, debe sospecharse esta afección y, ante la duda: operar.

4.1.1. Diagnóstico

4.1.1.1. Datos personales

4.1.1.2. Antecedentes mediatos.

4.1.1.3. Antecedentes inmediatos.

4.1.1.4. Cuadro clínico

Es similar al adulto aunque matizado por algunas particularidades:

- El examen clínico debe incluir el estudio del tórax, la orofaringe, los oídos, las cadenas ganglionares y el abdomen. Debe actuarse con tacto, para ganar la confianza del paciente, realizando tantos exámenes como sean necesarios para obtener su colaboración.
- El niño con dolor abdominal por peritonitis permanece tranquilo y evita los movimientos bruscos.
- En el niño, la tríada de Murphy tiene, como en el adulto, igual valor, pero en el 1ro. la inapetencia puede sustituir la náusea y el vómito en dicha tríada.
- La fiebre es precedida siempre por el dolor.
- La contractura o defensa abdominal falta o es poco frecuente en el lactante.
- El tacto rectal tiene valor para detectar la presencia de plastrón apendicular o una colección en el fondo de saco de Douglas.

4.1.1.5. Exámenes de diagnóstico

Hemograma

Orina

Ultrasonido

Laparoscopia

4.1.2. Tratamiento

4.1.2.1. Preoperatorio

- a) Si el paciente llega tardíamente, con peritonitis y cuadro toxinfecioso, deshidratación o shock; es necesario prepararle (en 4-6 horas) corrigiendo los siguientes factores:
- b) Reducir la frecuencia del pulso.
- c) Reducir la temperatura a menos de 38,5 °
- d) Mantener la PVC por encima de 8 cm de agua y la TA máxima por encima de 90 mm de Hg.
- e) Obtener un nivel adecuado de hidratación.
- f) Mantener un ritmo de diuresis mayor de 30 ml/m² de superficie corporal / h.

4.1.2.2. Anestesia general

4.1.2.3. Técnica quirúrgica

4.1.2.3.1 . Apendicectomía videolaparoscópica; como en el adulto constituye la técnica de elección, además de corroborar el diagnóstico. Está indicada en aquellos casos donde no sea técnicamente posible una incisión mínima (Mc Burney o Rockey-Davis).

4.1.2.3.2 . Apendicectomía laparotómica; sigue los mismos principios del adulto.

4.2. Apendicitis aguda en edad avanzada

4.2.1. Diagnóstico

En el paciente de más de 60 años, y en el depauperado de cualquier edad, el cuadro clínico puede ser atípico, con frecuencia de comienzo insidioso, en forma de molestias abdominales vagas. En un número elevado de pacientes no hay una localización neta del dolor en el cuadrante inferior derecho.

La defensa abdominal es ligera y a menudo no se presenta. Los síntomas y signos abdominales son discretos y la fiebre, poco elevada. Las complicaciones son frecuentes y precoces.

Los exámenes de diagnóstico son los mismos que para el niño y el adulto no anciano.

4.2.2. Tratamiento

Las medidas en los períodos preoperatorio y postoperatorio serán intensivas.

Los principios del tratamiento también son los mismos que para el adulto no geriátrico, aunque se recomienda el cierre de la pared abdominal con puntos totales o subtotales.