

APENDICITIS

ANATOMIA Y FISIOLOGIA

Se desarrolla durante la sexta a octava semana de vida embrionaria en la porción terminal del ciego, pero este crece mas rápido que el apéndice , lo que lo desplaza hacia la válvula ileocecal, la base permanece siempre en la misma posición pero la punta puede adquirir una posición retrocecal, pélvica, subcecal, preileal o pericólica derecho, esto es importante en el caso de apendicitis aguda, el apéndice puede llegar a medir desde 1 cm hasta más de 30 cm. en promedio todos tienen de 6 a 9 cm., pueden haber duplicaciones, ausencia y hasta divertículos apendiculares.

Durante mucho tiempo se le considero al apéndice como un vestigio sin función , pero ahora se reconoce que es un órgano inmunológico , que participa en forma activa en la secreción de IgA, su función es muy importante como órgano linfóide, pero no es esencial y su resección no predispone a una sepsis o compromiso inmunitario, el tejido linfóide aparece en el apéndice unas dos semanas después del nacimiento y este aumenta durante los 10 años siguientes, y después presenta un declive constante de su función, cerca de los 60 años ya no queda tejido linfóide y este apéndice puede llegar a obliterarse completamente.

INFLAMACION DEL APENDICE

Antecedentes históricos

Hay datos de que médicos y alquimistas del S XVI , describían una entidad clínica con inflamación intensa en la región cecal , se le conocía como peritiflitis , pero el primer informe de apendicectomía se reporta en 1736, y en 1886 Reginald Fitz estableció el papel de la apendicectomía como tratamiento definitivo de esta enfermedad que se llevo a considerar como letal, y fue hasta 1889 cuando Charles Mcburney presente su informe clásico de la importancia de la intervención quirúrgica y describió el punto de sensibilidad máxima (entre espina iliaca anterosuperior y la cicatriz umbilical) cinco años después diseño la incisión con separación muscular que aun lleva su nombre.

INCIDENCIA

Es de las mas frecuentes, mas común en adultos y jóvenes, mas aun en varones pubertos (1.3/1 en relación a las mujeres), ha habido un descenso desde 1975 (100/100 000) a 1991 (52/100 000) esto por mejoría en el Dx.

CAUSAS Y PATOGENIA

la principal es la obstrucción de la luz, principalmente por fecalitos (40 % sin rotura y 90% con rotura), hipertrofia de tejido linfóide , impactos de bario x estudios, semillas y parásitos intestinales (áscaris)

SECUENCIA

Bloqueo proximal produce un bloqueo de asa cerrada, y la secreción constante de la mucosa del apéndice causa distensión con rapidez (para esto tomemos en cuenta que la capacidad luminal de un apéndice normal es de 0.1 ml, no hay una luz real por lo que una secreción tan pequeña como 0.5 ml aumenta la presión del apéndice notablemente [60 cm HsO]) esta presión puede coaccionar gangrena y perforación, la distensión estimula terminaciones nerviosas de fibras aferentes de dolor visceral y origina un dolor difuso, vago, sordo a mitad del abdomen o epigastrio bajo, eta estimulación provoca aumento del peristaltismo por lo que los dolores abdominales se acompañen de cólicos,

La distensión aumenta no solo por la secreción, sino por la rápida multiplicación bacteriana que se genera, este aumento de presión excede a la presión venosa, se ocluyen capilares, la presión arterial continua por lo que provoca ingurgitación y congestión vascular continua, esto puede causar náuseas, vómito dolor visceral difuso se vuelve más intenso, después el proceso inflamatorio afecta la serosa del apéndice y a su vez el peritoneo parietal de la región, que origina el cambio característico de dolor al cuadrante inferior derecho.

El compromiso de la mucosa permite la invasión bacteriana, con fiebre, taquicardia y leucocitosis, la distensión progresiva causa infarto antmesentérico y perforaciones algunos casos, si la obstrucción termina, la apendicitis puede remitir, con aumento de grosor de la pared y cicatrización.

Bacteriología: se encuentran aerobios, anaerobios, o bacterias facultativas, de las más comunes que se cultivaron fueron *Bacteroides fragilis* y *E. coli*, en menor caso *Peptostreptococcus* y *Pseudomonas* y *Lactobacillus*.

MANIFESTACIONES CLINICAS

SINTOMAS

El principal es el dolor abdominal, este es difuso, cerca del área umbilical, su intensidad es moderada y constante en ocasiones con cólicos intermitentes, después de 1 a 12 hr, generalmente se 4^a 6 hrs. El dolor se localiza en cuadrante inferior derecho, esta secuencia es invariable, aunque algunos casos el dolor empieza en CID., puede haber variedad de dolor debido a la posición del apéndice, por ejemplo un apéndice largo con punta inflamada en CII puede causar dolor ahí, o uno retroileal puede causar dolor testicular, el retrocecal en flanco o espalda, en el pélvico el dolor es suprapúbico.

En la apendicitis casi siempre se observa anorexia, esto es tan frecuente que si el paciente no era anoréxico y empieza súbitamente se debe de pensar en apendicitis, existe vómito sin características importantes, llega a haber constipación antes de presentarse el dolor abdominal, en ocasiones hay diarrea pero no es registrable

Anorexia _____ dolor abdominal _____ vómito

SIGNOS

Dependen de la posición del apéndice y de la ocurrencia de las roturas, suele haber leve taquicardia y aumento de la temperatura por 1°C los pacientes prefieren estar acostados, en posición fetal, el signo clásico de dolor se presenta cuando el apéndice está en posición anterior, el punto máximo de dolor se encuentra entre 2.5 y 6.5 tomando una línea que va desde la apofisis espinosa del iliaco hacia el ombligo, el signo de Rovsing es cuando se presiona CII y hay dolor en CID esto demuestra irritabilidad peritoneal en ocasiones encontramos hiperestesia cutánea en CID. Hay resistencia muscular de la pared del abdomen a la palpación esto es más o menos paralelo a la inflamación, esto al principio es voluntario pero conforme progresa llega a ser involuntario, el signo del psoas, el signo del obturador (rotar pierna)

LABORATORIO

leucocitosis leve de 10 000 a 18 000 mm³, piuria cuando el apéndice inflamado se encuentra cerca del ureter o vejiga,

RX

No suelen ser útiles, se ve patrón de gas inespecífico, cuando se usa enema suave de bario se observa falta de llenado del apéndice, la tomografía ayuda al Dx, la laparoscopia es útil en mujeres para descartar alt. Ginecológicas.

Bibliografia: schawrtz . cirugia 1999