

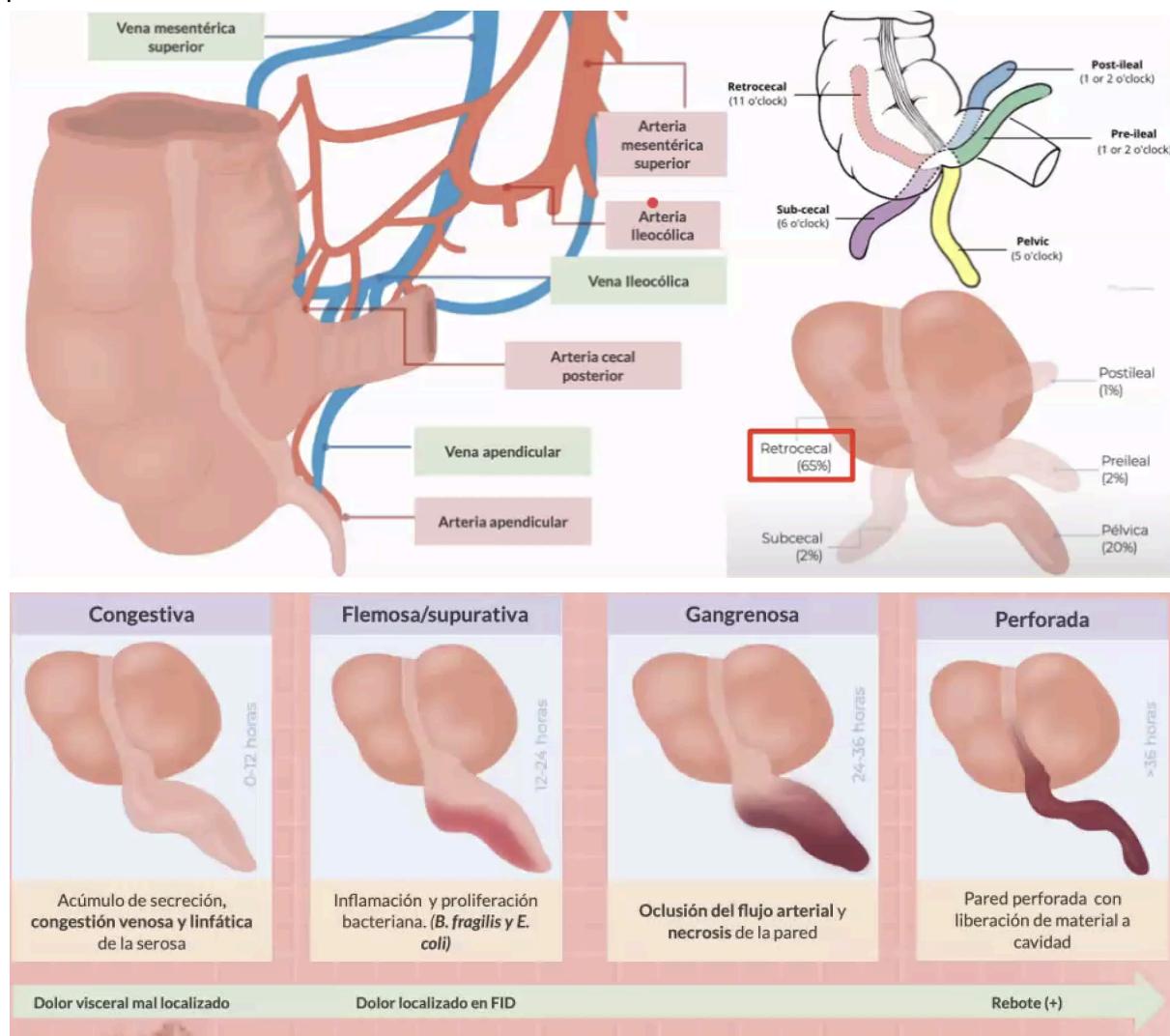
ABDOMEN AGUDO

<48 hrs de evolución con repercusión del **estado general** y acompañado de **peritonismo**

- Rrigidez abdominal
- Aumento de sensibilidad con o sin rebote
- Defensa abdominal

APENDICITIS

Inflamación del apéndice cecal o vermiciforme, inicia con la **obstrucción de la luz apendicular** → produce **incremento de la presión intraluminal** por acúmulo de moco → poca elasticidad de la serosa.

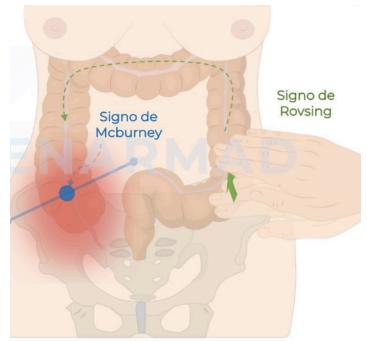


ETIOLOGÍA

- Hiperplasia linfoide 60%
- Fecalito 30-40% en adultos es la más frecuente
- Cuerpos extraños 4%
- Tumores apendiculares 1% (tumor carcinoide)

EPIDEMIOLOGÍA

- Procedimiento qx de urgencia más común del mundo
- 7% de riesgo para presentar apendicitis en nuestra vida
- prevalencia 15 a 35 años
- Tasa de perforación del 20-30 %
- **Perforación** más frecuente entre las 24-72 hrs de iniciado el dolor



CLINICA Y DIAGNOSTICO

15-35 años

Signos

1. Dolor abdominal (agudo, cólico periumbilical y migra antes de las 24 hrs a CID) incrementa al toser o caminar.
2. Nausea y vómito
3. Fiebre

Síntomas

1. McBurney
2. Blumberg
3. irritación

Laboratorio prueba triple

1. Leucos >11 / bandemia
2. Neutrofilia > 75%
3. PCR > 8 mcg/ml > 55 mg/l apendicitis perforada

Escala diagnóstica de Alvarado (MANTRELS)		
Síntomas	• Migración del dolor.	1
	• Anorexia.	1
	• Náuseas o vómito.	1
Signos	• Toque (dolor en FID).	2
	• Rebote (signo de blumberg).	1
	• Elevación de temperatura (> 37.3°C).	1
Labs	• Leucocitosis (> 10,000 / mm³).	2
	• Shift (desviación) > 75% de neutros.	1

Diagnóstico

• El diagnóstico de la apendicitis se realiza de manera clínica, y se podrá apoyar con estudios de gabinete.

• La escala diagnóstica de Alvarado es clave para ENARM.

0 - 4 puntos → Negativo a apendicitis aguda.

5 - 6 puntos → Realizar observación activa.

7 - 8 puntos → Probable apendicitis, realizar apendicectomía laparoscópica.

9 - 10 puntos → Apendicitis aguda, realizar apendicectomía laparoscópica.

Exploración física:

- Irritación peritoneal (hipersensibilidad en CID, rigidez muscular, **Mkburney (más sensible)**, psoas, obturador, Blumberg, Talón Percusión) → solicitar BH y EGO PIE (femeninas) sg de **Rovsing (más específico)**

Niños < 3 años

- **Lactantes** inician con diarrea
- **Perforación más frecuente 69-100%** en niños de 1-5 años
- Prevalencia 6 a 10 años Masculino 2:1
- **Dolor abdominal → náusea / vómito → fiebre**
- Prueba triple (perforación):
 - PCR > 8
 - LEU > 11
 - NEU >75%

Adultos > 60 años

Frecuencia entre 3 y 10% de todas las apendicitis

- No fiebre
- No taquicardia, dolor difuso → TAC
- Dolor generalizado > 3 días
- Peristalsis disminuida
- Palpación de masa en CID

Puede perforarse y la sintomatología es tardía

RIPASA SCORE	
Información demográfica	Variable Puntos
	Sexo Masculino 1
	Femenino 0.5
	Edad < 39.9 años 0.5 > 40 años 1
Síntomas	Paciente extranjero 1
	Dolor en FID 0.5
	Migración del dolor a FID 0.5
	Anorexia 1
	Náusea y vómito 1
	Duración de los síntomas > 48 horas 0.5 < 48 horas 1
Signos	Dolor a la palpación en FID 1
	Resistencia muscular 1
	Rebote 1
	Signo de Rovsing 2
	Fiebre > 37 °C y < 39 °C 1
Laboratorio	Leucocitosis 1
	EGO negativo: bact (-), hem (-) 1

Punto de corte: 5-7 puntos, intermedio, 7.5 – 11 probabilidad alta

Sensibilidad: 89.5%
Especificidad: 69.2%

Apendicitis aguda en el embarazo

La apendicitis aguda en el embarazo es la inflamación del apéndice, que ocurre durante la gestación. Es la urgencia quirúrgica no obstétrica más común en mujeres embarazadas y puede presentarse en cualquier trimestre del embarazo.

2023

Epidemiología

- Es el padecimiento quirúrgico no obstétrico más común durante el embarazo (incidencia: 1/1500 embarazos).
- Se presenta con más frecuencia el segundo trimestre.

Clínica

- Dolor en fosa iliaca derecha es el signo más confiable (57%).
- La migración caudal del apéndice puede hacer que el dolor se sienta en la fosa iliaca o el hipocondrio derecho.

Diagnóstico

- Inicialmente, en embarazadas con dolor abdominal, se debe realizar una ecografía como primer estudio diagnóstico.
- La resonancia magnética (sin gadolinio) es preferible a la tomografía computarizada para confirmar el diagnóstico. En caso de no contar con resonancia magnética o existir contraindicación (ej. marcapasos), se podrá considerar la TAC.

2023

Embarazadas → apéndice se desplaza 3-4 cm → 10 días post parto regresa → USG de elección

T. Quirúrgico

En el tratamiento de apendicitis aguda en cualquier trimestre de la gestación, se recomienda el manejo laparoscópico (en caso de disponibilidad técnica y de personal) como técnica de elección.

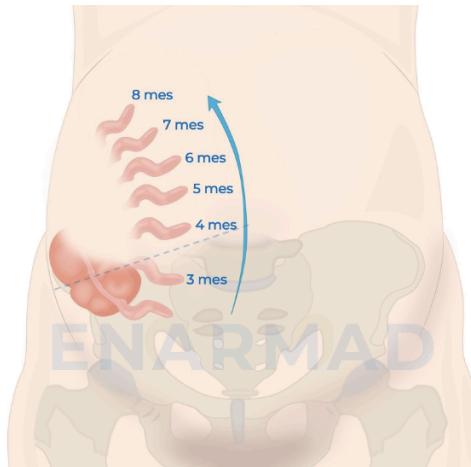


Una vez realizado el diagnóstico de apendicitis aguda se deberá programar la apendicetomía lo más pronto posible, independiente de la edad gestacional y deberá realizarse en una institución con servicio de pediatría o neonatología.



En caso de ser necesario realizar apendicectomía en el tercer trimestre de la gestación, el abordaje laparoscópico podría tener dificultades técnicas debido al volumen del útero grávido, por lo que deberá considerarse el abordaje por laparotomía.

La pérdida fetal independiente del trimestre se presenta en 3 – 5% en las pacientes con apendicitis no perforada y puede elevarse hasta el 20% cuando hay perforación.



Dr. Edwin Madera

2do trimestre → procedimiento qx no obstétrico más común en el embarazo

- Dolor abdominal en mujer fértil → prueba de embarazo → positiva → dx diferenciales (ectópico, salpingitis, APP)
- Dolor en **CID presente en solo 57%**
- Fiebre y taquicardia en perforación o absceso
- Laparotomía → 1er trimestre (aborto 30%) 2do trimestre (pretermino 11%)

ESTUDIO DE IMAGEN

1. USG (inicio) diámetro > 6mm
2. **TAC (gold estándar)** diámetro > 6 mm pared > 2mm
3. RM elección en **embarazadas** diámetro >3 mm con líquido



Con respecto a la tomografía axial computarizada, la exposición a la radiación es de 300 mrad lo cual es mucho menor que lo considerado como seguro al utilizar radiación en embarazadas que es de 5 rads; por lo cual en casos extremos se puede utilizar después de las 20 SDG.

Estudios de imagen cuando presenten 3 manifestaciones cardinales USG 86% especificidad

- **Adulto** → TAC
- **Niños** → USG → TAC
- **Embarazadas** → USG → RM → *TAC después de > 20 sdg*

TRATAMIENTO

Profilaxis → Cefoxitina 2 gr Iv o Cefazolina 1-2 gr iv + metronidazol 500 mg IV

Niño

- < 5 años apendicectomía abierta
- > 5 años apendicectomía laparoscópica

Embarazada

- < 28 sdg laparoscópica
- > 28 sdg abierta

Adulto joven

- Laparoscópica → abierta

Adulto mayor

- Enfermedad concomitante o crónico degenerativo → **Laparoscópica**
- No enf → **Abierta**

Laparotomía exploratoria contraindicaciones

- choque
- sepsis
- obstrucción intestinal
- coagulopatía grave
- hernia irreductible

COMPLICACIONES

- Perforaciones
- Infección de sitio quirúrgico
- Absceso apendicular