

Programa 5º Curso

Departamento

de Cirugía

Curso 2007-08

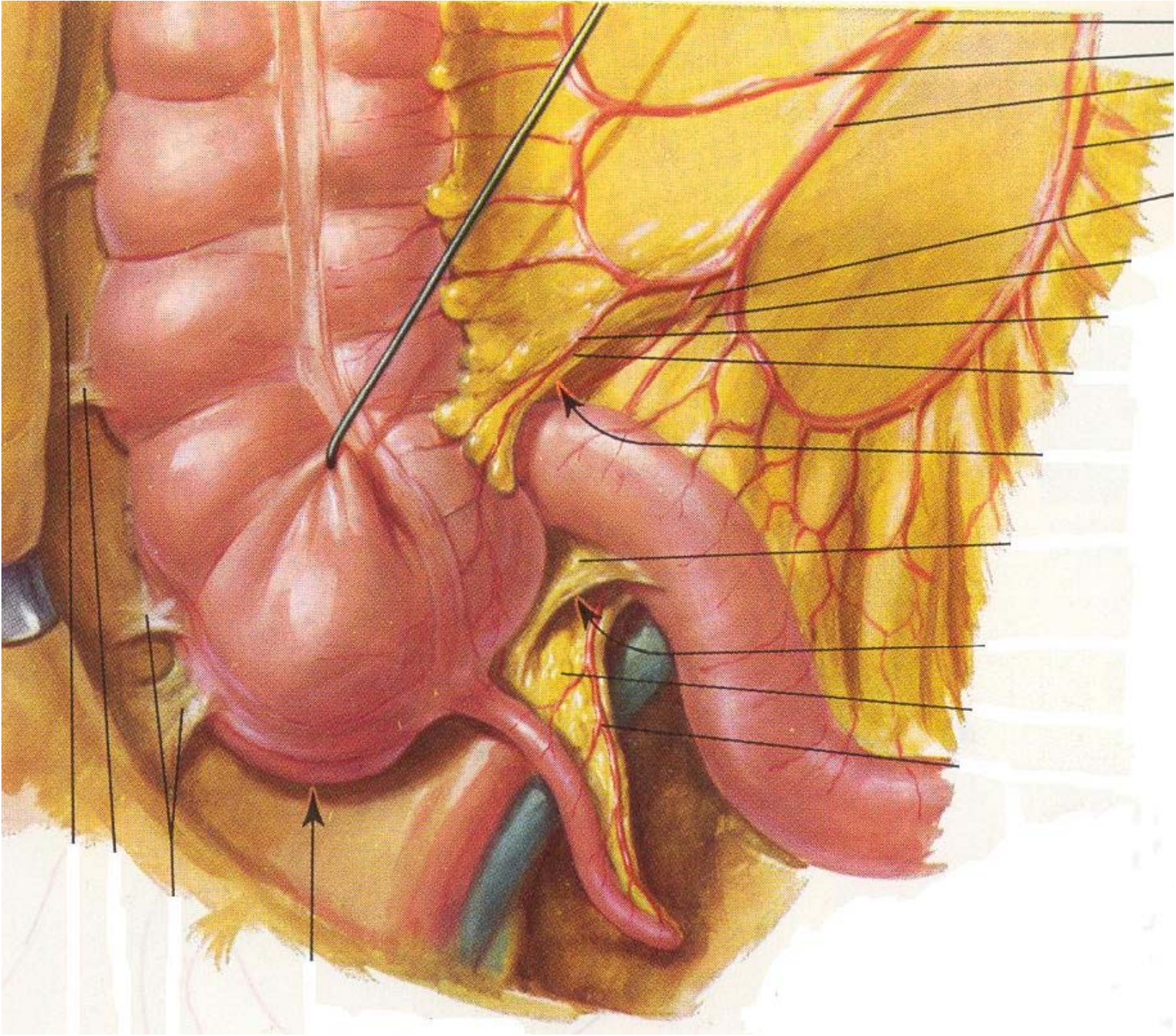
Prof. Dr.

M García-Caballero

uma.es
universidad de Málaga

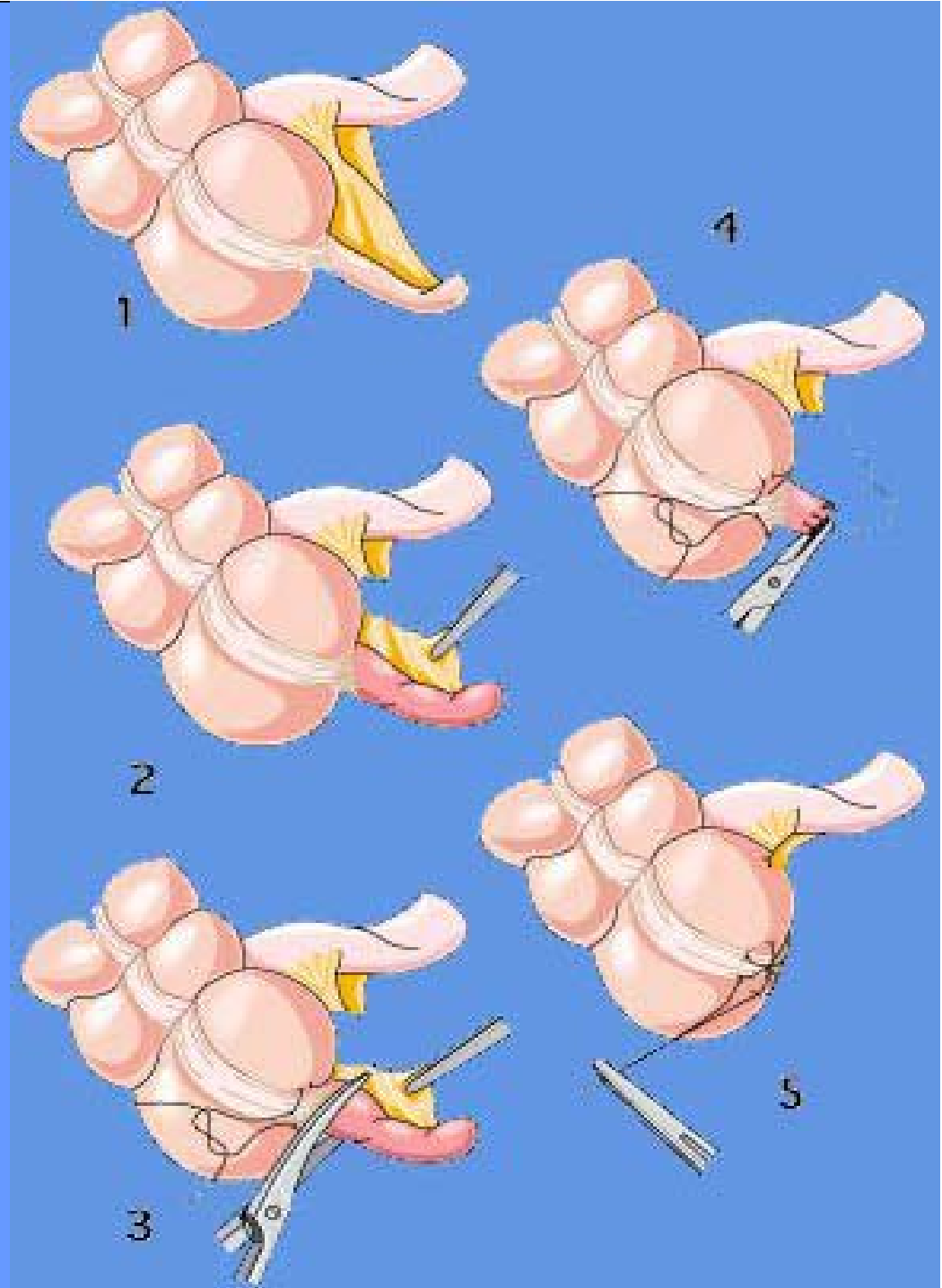
**TApendicitis. Adenitis mesentérica. Tumores
del apéndice cecal**

<http://www.cirugiadelaobesidad.net/http>



Extirpación del apéndice

- 1 y 2. Sección meso-
apendicular y su
arteria
- 3 y 4. Sección apéndice en
su base previa
ligadura de la misma
5. Muñón apendicular
libre o invaginado
mediante bolsa



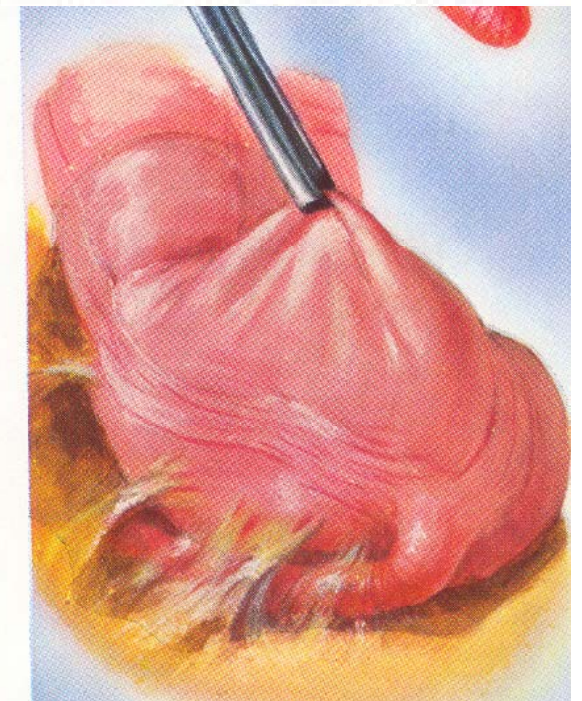
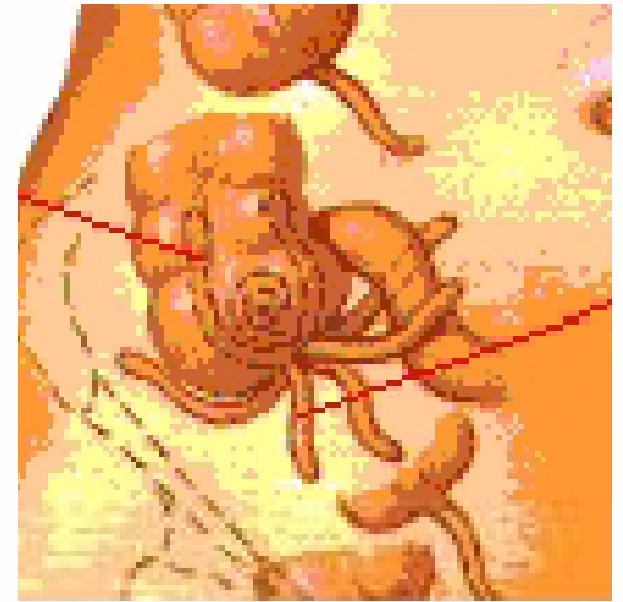
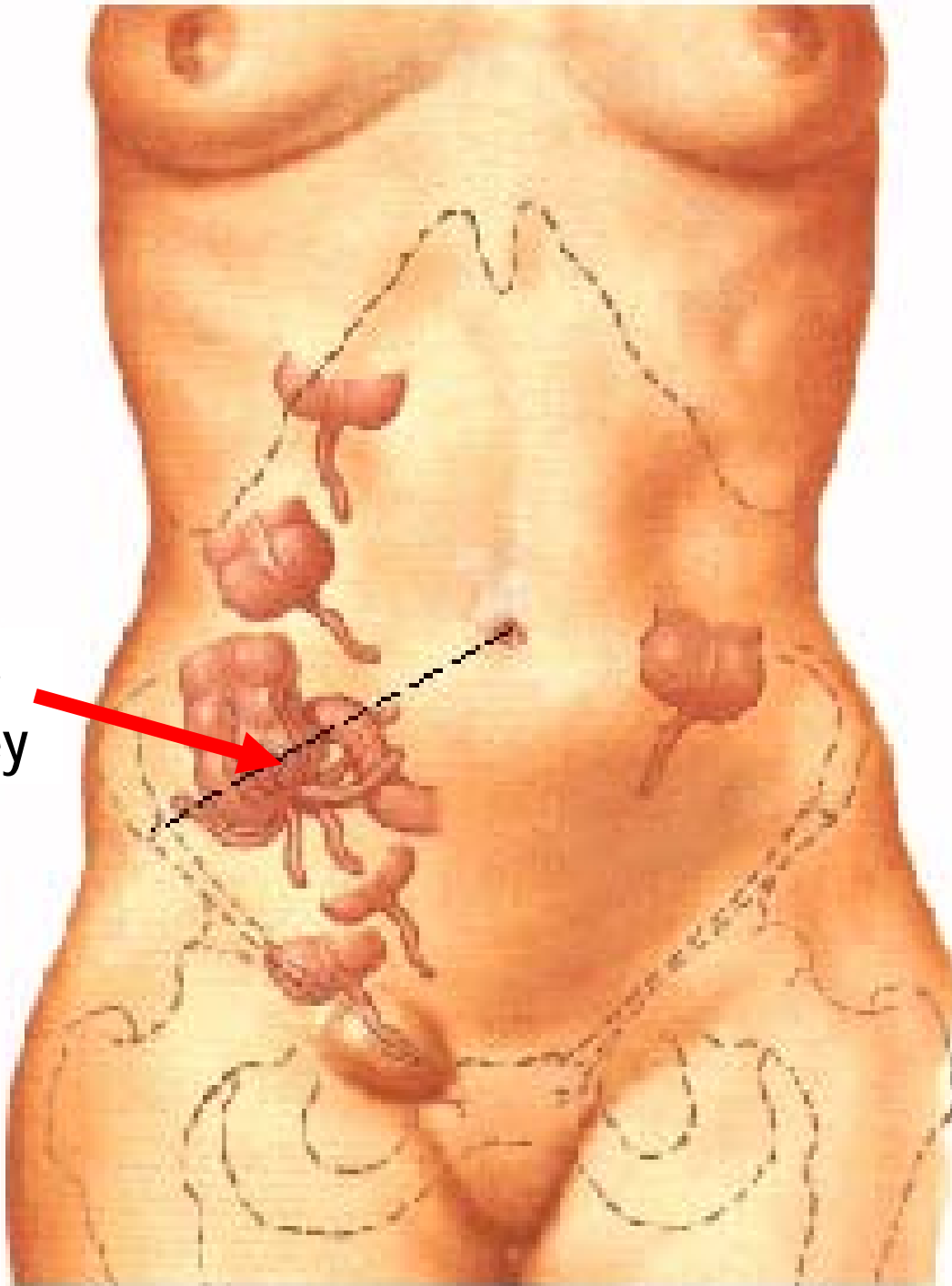
Apendicitis

Apendicitis, propuesto en 1886 por el patólogo Reginald Fitz en *"Inflamación perforante del apéndice vermiforme"*

1887 T. G. Morton, primera apendicectomía por ruptura del apéndice. Desde entonces la operación se hizo común.

1889 Charles McBurney describió su famoso punto doloroso y razonó que, *"realizar una operación exploratoria precoz con el propósito de examinar y extraer el apéndice antes de que se perfora"*, era menos dañino que el tratamiento expectante

Punto de
McBurney



Apendicitis retrocecal

Apendicitis

Apendicitis aguda

- Abdomen agudo de consulta frecuente en pacientes jóvenes
- Presentación clínica muy variada, que puede confundir y tomar decisiones inadecuadas que llevan a:
 - apendicectomías en blanco
 - perforaciones apendiculares con peritonitis

Apendicitis

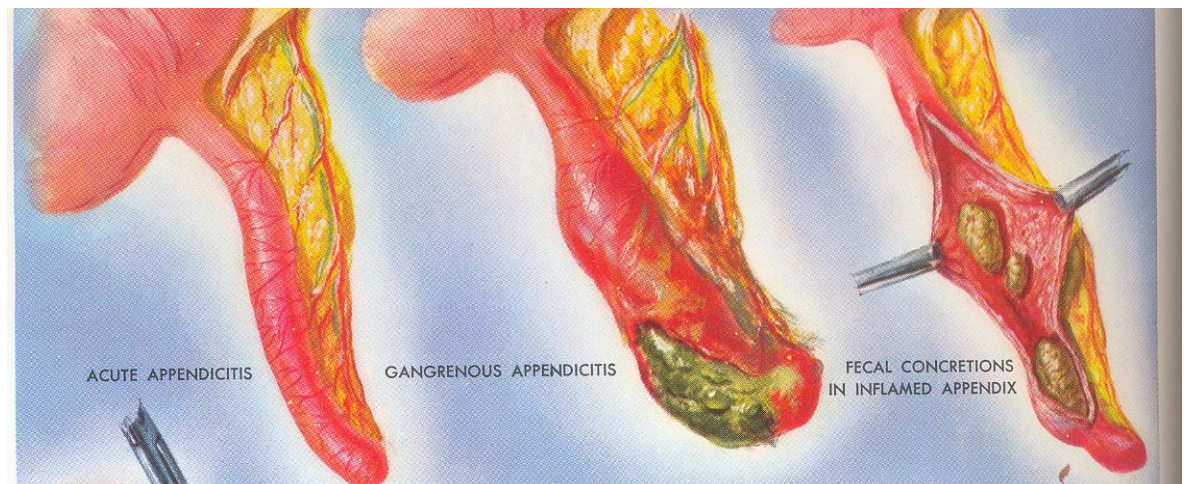
EPIDEMIOLOGÍA

- Afecta al 7% todas las edades
- Mayor incidencia 7 y 30 años. Hombres 20% más e innegable tendencia hereditaria
- **F predisponentes:** excesos alimentarios, dietas cárnicas y estreñimiento
- **Mecanismo de inicio apendicitis aguda:**
 - *obstrucción de la luz* ⇒ ↑ tamaño linfáticos locales
 - ⇒ invadidos por gérmenes ⇒ inflamación aguda.
 - *cuerpos extraños* localizados en luz apendicular, 30%
 - *acodamientos o bridas*, tbc peritoneal, tumor carcinoide, linfomas pueden producir obstrucción de la luz

Apendicitis

ETIOPATOGENIA

1. **Congestiva** o Catarral, edema y congestión de la serosa
2. **Flemonosa** o Supurativa, pequeñas ulceraciones con exudado mucopurulento. Difusión contenido mucopurulento hacia la cavidad libre.
3. **Gangrenosa** o Necrótica, proceso flemonoso intenso con anoxia tejidos, que llevan a una necrobiosis total. Micro-perforaciones con líquido peritoneal purulento y olor fecaloideo
4. **Perforada**, perforaciones anti-mesentéricas con líquido peritoneal purulento y de olor fétido



Apendicitis

ETIOPATOGENIA

Perforación debería provocar peritonitis, pero



exudado fibrinoso provoca adherencia epiplon intestino adyacente



que producen bloqueo del proceso que da lugar al



PLASTRON APENDICULAR



Si bloqueo insuficiente (niño epiplon corto) peritonitis generalizada

PLASTRON APENDICULAR



Apendicitis

SÍNTOMAS

- Dolor abdominal de inicio periumbilical
- Pacientes amanecen con malestar epigástrico de inicio gradual y persistente, desagradable, angustioso pero soportable
- Este dolor dura aprox 6 h
- ⇒ se localiza en FID con náuseas y a veces vómitos

El cambio en la localización del dolor indica formación de exudado inflamatorio ⇒ ↑ irritación peritoneal ⇒ ↑ dolor localizado y suprime el dolor epigástrico referido.

Apendicitis

SÍNTOMAS

- Dolor en FID punto McBurney de intensidad mediana, sensación de distensión o desgarró.
El paciente trata de no realizar movimientos
- **Localización anatómica inusual del apéndice:**
 - Retrocecal, dolor en flanco o posterior
 - Sobre uréter, dolor en región inguinal o testicular y síntomas urinarios
 - Pélvica con la punta cerca de la vejiga disuria
 - Absceso pélvico, síntomas urinarios más severos e incluso diarreas
 - Al inicio el estreñimiento es la regla

Apendicitis

SIGNOS CLÍNICOS

Facies. Disconfort y aprehensión. Peritonitis, séptica

Posición. Antálgica semiflexión muslo sobre abdomen

Pulso. ↑ con temperatura. Gangrenosa, bradicardia.

Temperatura. no elevada, excepto en procesos complicados

Disociación temperaturas (diferencia entre temperatura axilar y rectal), es de cierto valor cuando $> 1^{\circ} \text{C}$

Escalofríos, significan bacteriemia y en procesos complicados

Apendicitis

EXAMEN CLÍNICO

Lleva a diagnóstico confirmado por cirugía en 90%.
Todo el cuerpo. Comenzar por zonas menos dolor, suave hasta llegar a los puntos y signos dolorosos

McBurney.- 2/3 internos de una línea trazada de EIASD hasta el ombligo. Es el encontrado con mayor regularidad.

Blumberg

Rovsing.- Comprimir sigmoides y colon izquierdo para provocar la distensión del ciego y apéndice inflamado

Lecene.- Presionando 2 traveses de dedo por encima y por detrás EIASD, apendicitis retrocecales y ascendentes externas.

Apendicitis

EXAMEN CLÍNICO

Hiperestesia cutánea.- Hipersensibilidad superficial en la zona apendicular.

Psoas.- En decúbito lateral izquierdo e hiper-extendiendo la cadera se provoca dolor.

La Roque.- La presión continua en el punto de Mc Burney provoca en el varón el ascenso del testículo derecho por contracción del cremáster.

Tacto rectal.- fondo de saco de Douglas doloroso, en perforación apéndice y derrame purulento, o plastrón o absceso apendicular.

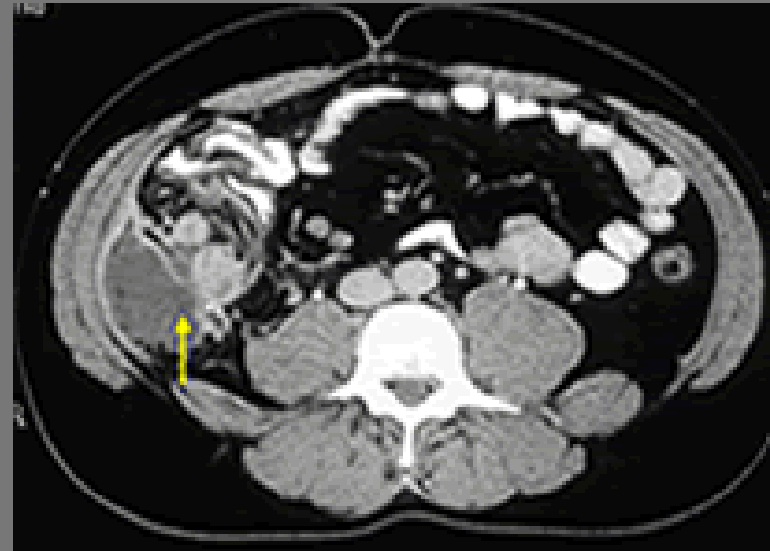
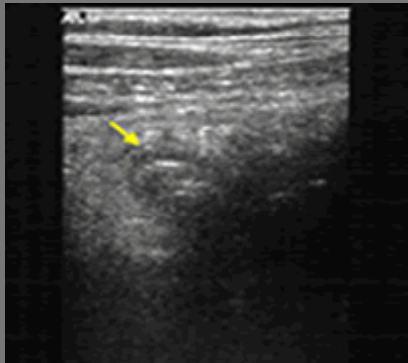
Diagnóstico diferencial de casos ginecológicos.

Apendicitis

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- **10-15000 leucocitos** con neutrofilia 70- 80% y desviación izquierda > 5% segmentados. ↑ en complicaciones
- **Rx simple abdomen:** hidroaéreo en cuadrante inferior derecho (asa centinela) o un fecalito (20-30%).
- **Rx tórax** en sospecha peritonitis primaria por neumonía.
- **Ecografía** si duda, si se identifica apéndice se le considera inflamado (diferencial con embarazo ectópico, quistes de ovario, etc)
- **TAC**, plastrón, absceso
- **Laparoscopia** diagnóstico-terapéutica

Apendicitis



Apendicitis

FORMAS CLÍNICAS

- **Apendicitis en niños**, cuadro es atípico, con fiebre más alta y más vómitos. En preescolares tasa de perforación (antes de 24 h por peritonitis) 50-85% por epiplon corto
¡El niño antes de 4 años no presenta abdomen en tabla!
- **Apendicitis en ancianos**, síntomas y signos son muy poco sugestivos y progresión más rápida lo que retrasa el diagnóstico y favorece perforación con ↑ morbi- mortalidad (15% en >70 años)

Apendicitis

FORMAS CLÍNICAS

Apendicitis en el embarazo

- Apendicectomía por apendicitis aguda en 1/1000-1500 partos
- **Los síntomas** pueden confundirse con los producidos por el embarazo. La leucocitosis es normal en estas pacientes
- **↑ vascularización** permite desarrollo acelerado de inflamación apendicular
- **Desplazamiento** hacia arriba y posterior al útero, hace retrasar el diagnóstico al confundirlo con síntomas vesiculares
- Puede producir parto prematuro y muerte fetal por peritonitis

Apendicitis

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Temperatura inicio $\geq 39^{\circ}$ C, poco dolor, buscar otra causa: gripe, amigdalitis, procesos virales
- Si mucho dolor y rápida evolución a peritonitis, pensar en perforación de úlcera gastroduodenal

• El diagnóstico diferencial:

Neumonía basal derecha
Peritonitis primaria
Colecistitis aguda
Diverticulitis de Meckel
Adenitis mesentérica
Parasitosis intestinal
Diverticulosis.
Perforación tífica
Gastroenterocolitis aguda
Enteritis regional
T.B.C. peritoneal

Tumoraciones
Litiasis renal o ureteral
Infección urinaria
Quiste de ovario a pedículo torcido
Embarazo ectópico
Perforación uterina
Endometritis
Vólvulo
Púrpura de Henoch Schonlein
Hernia inguinal o crural incarcerada
Uremia

Apendicitis

TRATAMIENTO

No se deben dar analgésicos ni antibióticos previos

Preoperatorio, hidratación 2 a 4 horas

Operación convencional

-resecar apéndice

-si peritonitis lavar y drenar la cavidad abdominal

-vía de abordaje depende del estado del proceso:

1. pocas horas, Mac Burney o una incisión transversa

2. varias horas o días, incisión amplia (Paramediana

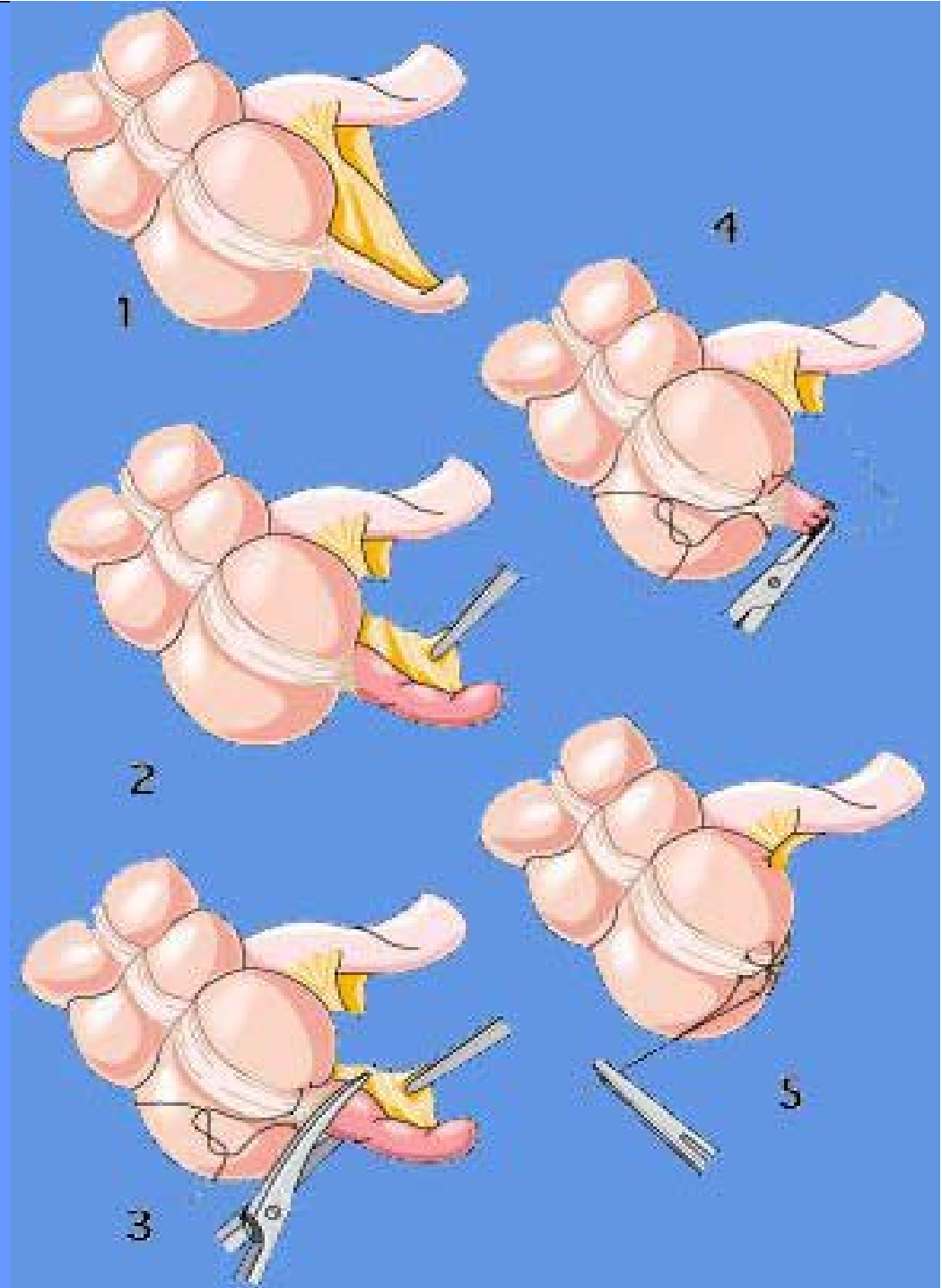
derecha, transrectal infraumbilical) o **laparoscopia**

que permita exéresis, lavado peritoneal y drenaje

-drenaje con salida diferente a la herida operatoria.

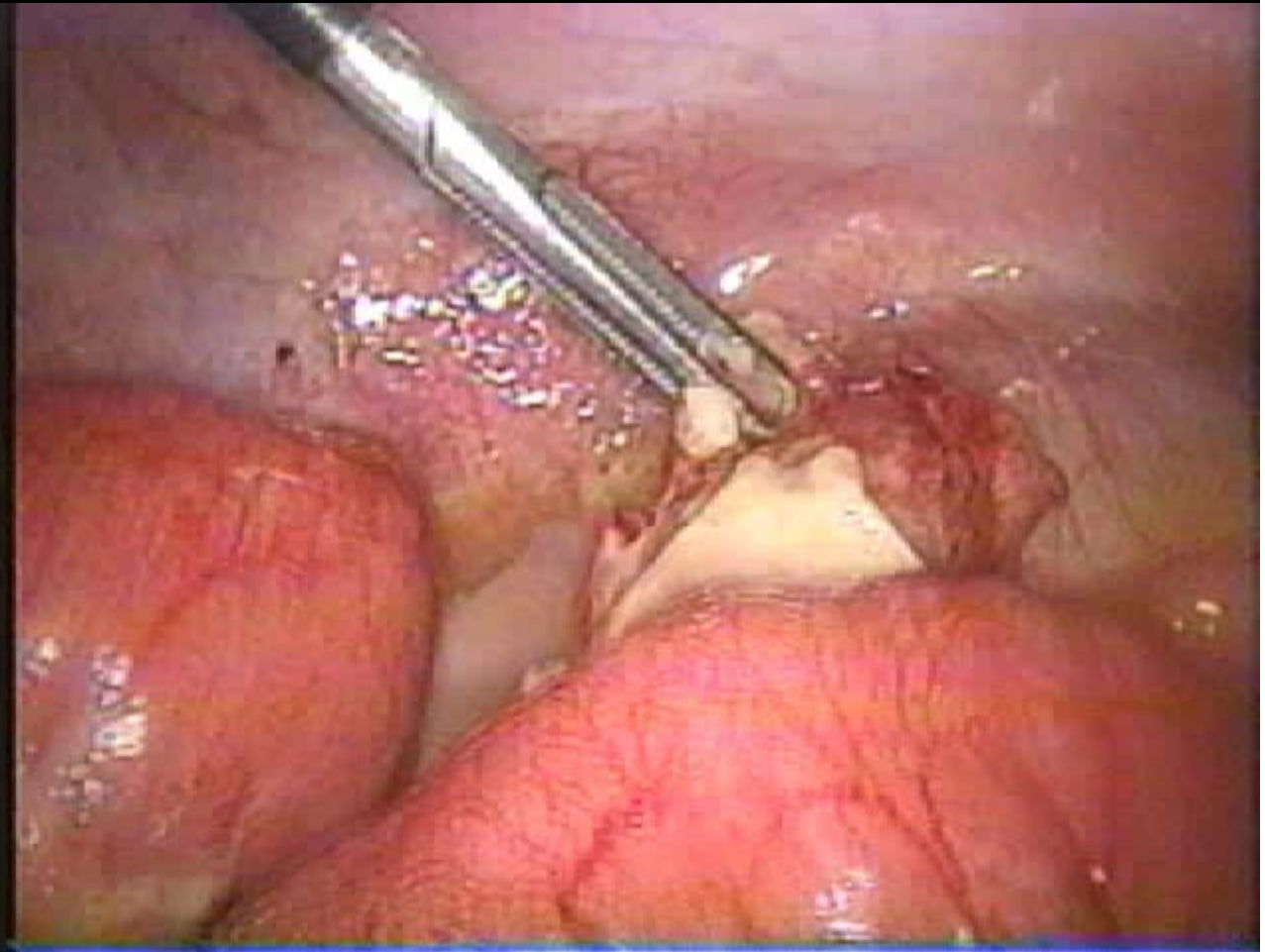
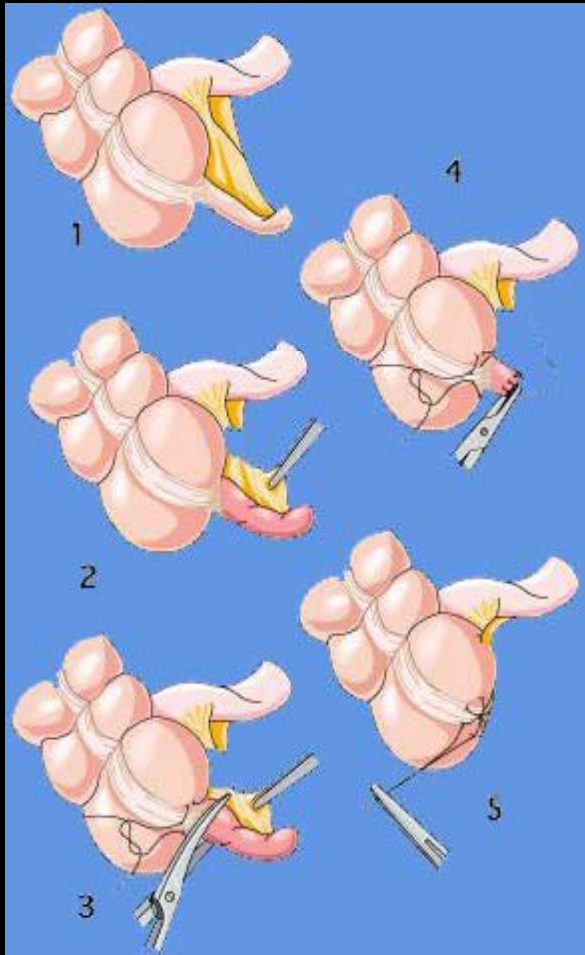
Extirpación del apéndice

- 1 y 2. Sección mesoapendicular y su arteria
- 3 y 4. Sección apéndice en su base previa ligadura de la misma
5. Muñón apendicular libre o invaginado mediante bolsa



Apendicitis

TRATAMIENTO Vía Laparoscópica



Apendicitis

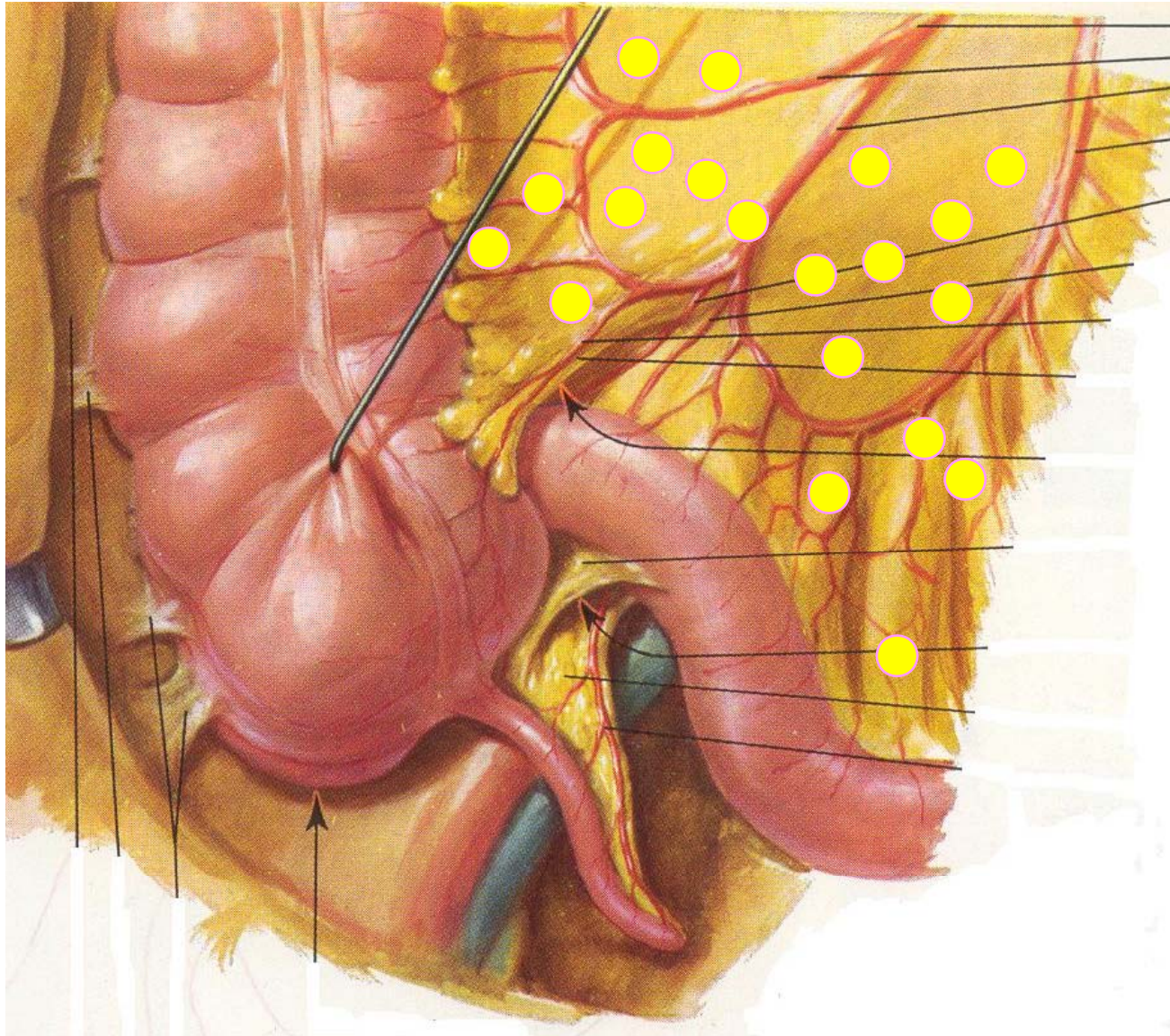
TRATAMIENTO Vía Laparoscópica

↑ campo operatorio
↑ lavado peritoneal
↑ drenaje abdominal

↓ absceso residual
↓ infección herida
operatoria
↓ eventración



Adenitis mesentérica



Adenitis mesentérica

-5-12 años crecimiento tejido ganglionar linfático, por hiperplasia folicular

Etiología Adenitis mesentérica

-Adenovirus tras cuadro respiratorio gastroenteritis o dolor abdominal por crecimiento ganglios del mesenterio

-*Campilobacter*, *Salmonella enteritidis* y *Yersinia enterocolíca*, gram(-) gastroenteritis aguda y crónica en escolares y adenitis mesentérica en niños mayores y adultos por invasión mucosa íleon terminal y ciego

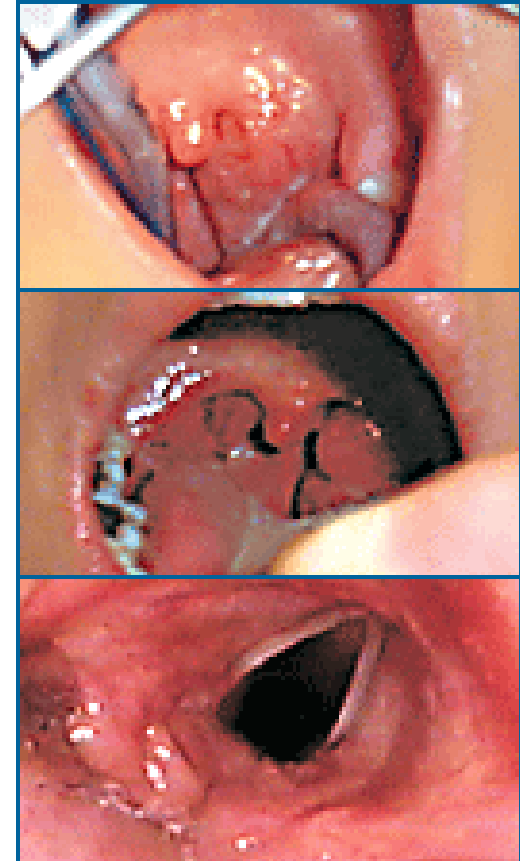
-Produce crecimiento ganglionar y úlceras neuróticas

-**Tratamiento** conservador difícil diferenciar apendicitis aguda

Adenitis mesentérica

Cuadro clínico

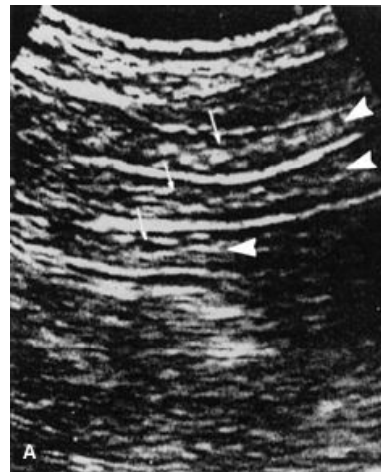
- Dolor abdominal precedido por cuadro respiratorio, mal estado general y fiebre alta (39-40°) sugieren etiología viral o bacteriana
- Abdomen sensible de forma difusa, a veces en FID
- Preguntar antecedentes, buscar síntomas respiratorios
- Con paso de horas no se agrava, pero puede persistir fiebre y dolor



Adenitis mesentérica

Ecografía

puede inducir a error, ya que a veces el ecografista comprime FID con el transductor y al captar la sensibilidad en la zona informa que existe un proceso apendicular.



Tumor apendicular

En 7 años, 20 057 apendicectomías, 8 tumores (0,38 %),

Edad	Femenino	Masculino	Total
30 - 39	0	2	2
40 - 49	1	1	2
50 - 59	1	0	1
60 - 70	2	1	3
Total	4	4	8

Tumor apendicular

Clínica

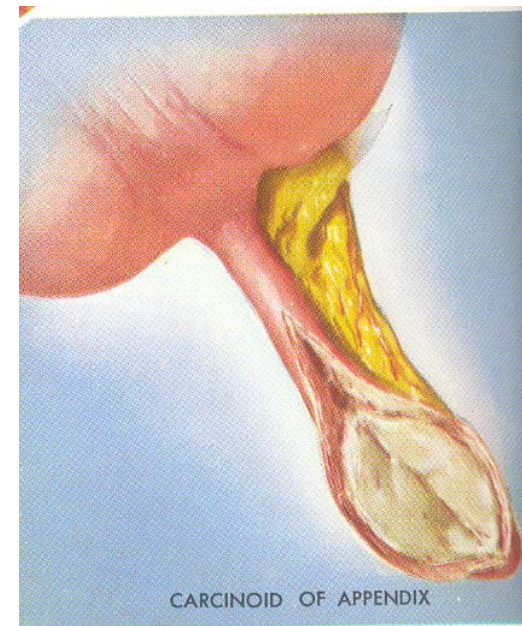
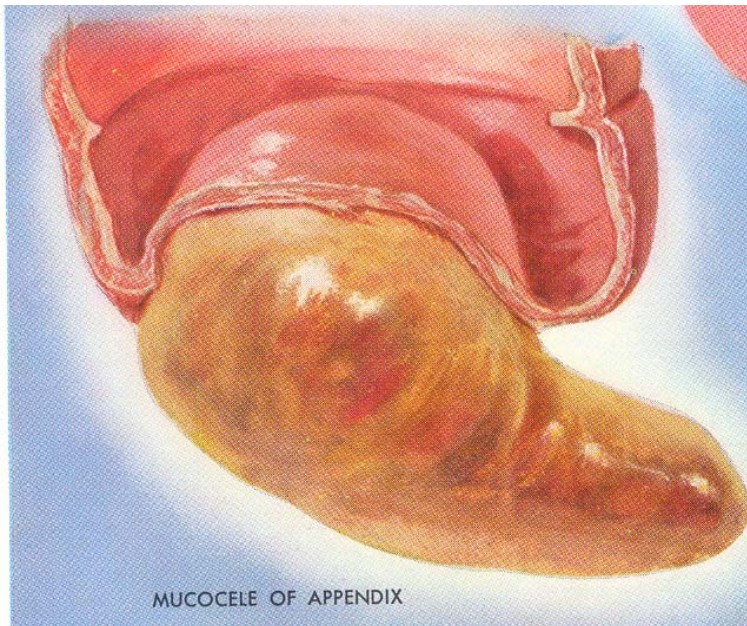
Hallazgo clínico	Frecuencia
Dolor abdominal en fosa inguinal derecha	7/8
Fiebre	6/8
Masa palpable en fosa inguinal derecha	3/8
Vómito	2/8
Hallazgo casual por otra cirugía	2/8

Tumor apendicular

Anatomopatológica

Predominan las afecciones apendiculares productoras de moco, tanto malignas como benignas

-Adenocarcinoma mucoprodutor (3), mucocele (3), carcinoide y cistoadenoma mucoso (1)



Tumor apendicular

Tratamiento

- Apendicectomía** en mucocelos, adenomas, pólipos vellosos, y cistoadenomas mucinosos
- Hemicolectomía derecha**, si se necesita reintervención tras diagnóstico de adenocarcinoma

