

Apendicitis Aguda: aspectos básicos y nuevas tendencias.

La apendicitis aguda representa la urgencia quirúrgica abdominal (no traumática) más frecuente en nuestro planeta. Afecta aproximadamente al 7% de la población mundial. Puede ocurrir a cualquier edad, sin embargo, es más común en la segunda y tercera décadas de la vida. Casi la mitad de los pacientes con apendicitis aguda tienen entre 10 y 20 años. Es relativamente rara en niños menores de 5 años y pacientes mayores de 60. Un poco más del 60% de los casos pertenecen al sexo masculino.

¿Qué es el apéndice?

El *apéndice cecal o vermiforme* es una estructura tubular hueca en forma de “gusano” que deriva del intestino grueso o colon en su porción más proximal, específicamente denominado ciego. El apéndice concentra una gran cantidad de folículos linfoides (defensas del organismo), los cuales son más prolíficos entre los 12 y 20 años de edad. También interviene en la producción de algunos anticuerpos cuya función no está bien dilucidada. Aún cuando su función se ha considerado como parte del sistema inmunológico del tubo digestivo, el apéndice no es indispensable para la vida, podemos vivir sanamente sin ella.

QuickTime™ and a
decompressor
are needed to see this picture.

¿Qué causa la apendicitis?

Hace muchos años se desconocía el o los mecanismos por los cuales el apéndice cecal se inflama. Existían muchas teorías y creencias coloquiales, llegando a ser tan irrisorias como el hecho de prohibir la ingesta de alimentos que contuvieran semillas, a las cuales se les atribuía la autoría de dicha inflamación.

Actualmente se considera a la obstrucción de la luz (interior) del apéndice como la desencadenante de todo el proceso inflamatorio. Dicha obstrucción se debe en un 60% de los casos a un crecimiento exagerado de tejido linfoide y en un 35% de los pacientes a un “taponamiento” por un pequeño pedazo de materia fecal, al que se le denomina fecalito. El 5% restante se debe a parásitos intestinales, tumores y algunos alimentos.

Una vez producida la obstrucción, el apéndice comienza a secretar moco hacia su luz. Al no tener por donde “liberar” este moco, llega un momento en que se acumula tanto que interrumpe su propia circulación. Aunado lo anterior a una reproducción aumentada de las bacterias que normalmente se encuentran dentro de la misma, se provoca una respuesta inflamatoria severa. Cuando esta última llega a ser tan intensa, causa necrosis de su pared llevando así a gangrena y perforación.

QuickTime™ and a
decompressor
are needed to see this picture.

¿Cuáles son los síntomas?

El cuadro clínico clásico y altamente sugestivo se apendicitis aguda consiste en lo siguiente: dolor periumbilical mal definido por 3-8 hrs que posteriormente migra y se establece en el cuadrante inferior derecho del abdomen, en un sitio conocido como el punto de McBurney.

QuickTime™ and a
decompressor
are needed to see this picture.

El número 1 en la figura corresponde al punto de McBurney
Dicho dolor se acompaña de náusea, vómito y pérdida del apetito. Puede haber fiebre, pero usualmente es menor de 38.5°C.

¿Cómo se hace el diagnóstico?

Existen algunos análisis sanguíneos indicativos de inflamación aguda que pueden ayudar y en los que se detectan elevaciones en: los glóbulos blancos (leucocitosis), velocidad de sedimentación globular (VSG) y proteína C reactiva (PCR). Las radiografías simples de abdomen no son de mucha utilidad, proporcionan solo datos sugestivos e inespecíficos. El ultrasonido es bastante efectivo, sobre todo cuando se trata de pacientes del sexo femenino y menores de edad. La principal desventaja de este método es que es extremadamente dependiente del operador. En cuanto a la tomografía (TAC), puedo decir que es el estudio más sensible y específico para detectar apendicitis aguda, sin embargo, su costo es elevado y no está disponible en todas las áreas.

Cabe mencionar que la mejor forma para diagnosticar una apendicitis es “el ojo clínico”, basado en la historia clínica del paciente y los hallazgos encontrados en la exploración física. Realmente no hay un sustituto para la experiencia del cirujano.

¿Cómo se puede complicar una apendicitis?

Si un cuadro de apendicitis aguda no se diagnostica o trata a su debido tiempo, empiezan a aparecer las temidas complicaciones, siendo las más comunes: la perforación y el absceso (colección de pus). Se estima que el riesgo de perforación es de un 25% a las 24 horas de iniciados los síntomas. Éste aumenta a 50% a las 36 horas y llega hasta un 75% a las 48 horas. Por tal motivo, es imprescindible instaurar un manejo rápido y temprano.

¿Cuáles son las modalidades de tratamiento?

Una vez establecido el diagnóstico de apendicitis aguda, es imperativo iniciar el tratamiento apropiado, el cual consiste en la *remoción quirúrgica* (convencional o laparoscópica) del apéndice. Además del tratamiento quirúrgico, se indican también antibióticos de amplio espectro dirigidos a las bacterias residentes del intestino grueso (incluyendo apéndice). Es sumamente relevante mencionar que el tratamiento médico por sí solo no es suficiente ni efectivo para estos casos y de hecho, se relaciona con un mayor número de complicaciones y mortalidad. La cirugía constituye, por lo tanto, la modalidad terapéutica más efectiva y segura para apendicitis aguda.

¿Se puede operar por laparoscopia?

Por supuesto. La cirugía de mínima invasión constituye desde hace varios años una alternativa ampliamente aceptada en la remoción del apéndice, con una seguridad y alta eficacia comprobadas. La tendencia en la actualidad es ofrecerle a los pacientes el abordaje menos invasivo y dañino, con el mayor número posible de ventajas.

El paciente tiene que dormirse por completo. Se utilizan solamente 3 “mini-incisiones” de 5-10 milímetros a través de las cuales se maneja la cámara y los instrumentos. De esta manera se corta el apéndice y se extrae de forma completa colocada en una bolsa especial. El abordaje laparoscópico me permite además una mejor visualización de toda la cavidad abdominal y pélvica, pudiendo detectar y resolver cualquier complicación presente. En total, la cirugía tiene una duración promedio de 45 minutos.

¿Cuáles son las ventajas de operarse por laparoscopia?

- Heridas muy pequeñas (mini-incisiones: 2 de 5 mm y 1 de 10 mm).
- Mejor visualización de las cavidades abdominal y pélvica.
- Dolor mínimo o nulo.
- Recuperación más rápida.
- Reincorporación más temprana a las actividades cotidianas o laborales.
- Estancia intrahospitalaria corta.
- Mejores resultados cosméticos.
- Menor incidencia de complicaciones.

Para mayor información sobre los diferentes procedimientos que pueden efectuarse mediante **Cirugía Laparoscópica** favor de comunicarse con el Dr. César Gálvez al Hospital Sharp Mazatlán de Lunes a Sábado de 08:00 a 14:00 hrs y de 16:00 a 20:00 hrs.

Dr. César Antonio Gálvez Hernández

Cirugía General, Laparoscopia Avanzada y Bariatria

Hospital Sharp Mazatlán

Av. Rafael Buelna y Dr. Jesús Kumate S/N

Fracc. Hacienda Las Cruces

Mazatlán, Sinaloa. CP 82110

Tel: 669 9865678 Ext. 135

cgalvezhdez@gmail.com