DOI: https://doi.org/10.46296/gt.v7i14.0157

APENDICITIS AGUDA EN PACIENTE FEMENINA DE 20 AÑOS. REPORTE DE CASO

ACUTE APPENDICITIS IN A 20-YEAR-OLD FEMALE PATIENT. CASE REPORT

Choez-Abendaño Noelia Deyanira [1]; Gálvez-Peralta Marcela Madeline [2]; Garcés-Loor Jessica Liliana [3]; Sisa-Moreno Katherin Liseth [4]; Manzano-Bayas Karla Amanda [5]

[1] Médico General, Centro de Salud Tipo C. Puerto López, Ecuador.
Correo: choeznoelia2@gmail.com. ORCID ID: https://orcid.org/0009-0009-3576-3394.

[2] Médico General, Universidad Eloy Alfaro de Manabí. Manta, Ecuador.
Correo: marcelagalvez@hotmail.es. ORCID ID: https://orcid.org/0009-0007-5906-9669.

[3] Médico Cirujana. Quito, Ecuador.
Correo: jesgarces24@gmail.com. ORCID ID: https://orcid.org/0009-0009-8605-2699.

[4] Medico General, Hospital General Enrique Ortega Moreira. Duran, Ecuador.
Correo: katherinsisam@gmail.com. ORCID ID: https://orcid.org/009-0003-3743-4996.

[5] Medico General, Centro De Especialidades Nefrológicas BA. Babahoyo, Ecuador.
Correo: manzanobayaskarla@gmail.com. ORCID ID: https://orcid.org/0009-0008-7275-6890.

Resumen

Introducción: el dolor abdominal es el motivo más frecuente de consulta médica en los servicios de urgencias. Entre las posibles causas de dolor abdominal, la apendicitis aguda es la causa más común de abdomen agudo con una prevalencia estimada a lo largo de la vida del 7-8%. La apendicitis aguda es la principal causa de abdomen agudo y puede resolverse con cirugía. La mayoría de los estudios coinciden en que el grupo de edad más afectado es el de 10 a 19 años. El diagnóstico fue esencialmente clínico e incluyó dolor abdominal eventualmente localizado en la fosa ilíaca derecha, que empeoraba a la palpación del punto de McBurney y se asociaba con resistencia muscular local. Objetivo: conocer la resolución quirúrgica de la apendicitis aguda. Caso clínico: paciente de 20 años de edad acude por presentar desde hace 48 horas dolor abdominal localizado en fosa iliaca derecha que se irradia a epigastrio. Conclusión: La apendicitis es la causa más común de abdomen agudo quirúrgico. El diagnóstico es clínico y puede apoyarse en técnicas de imagen. Las técnicas de imagen en la evaluación preoperatoria se consideran factores para reducir el porcentaje de apendicectomía vacía. El tratamiento quirúrgico es el tratamiento de elección mediante apendicectomía abierta o técnicas laparoscópicas.

Palabras claves: Abdomen agudo, epigastralgia, Peritonitis, Laparoscopia.

Abstract

Introduction: abdominal pain is the most frequent reason for medical consultation in emergency departments. Among the possible causes of abdominal pain, acute appendicitis is the most common cause of acute abdomen with an estimated lifetime prevalence of 7-8%. Acute appendicitis is the leading cause of acute abdomen and can be resolved with surgery. Most studies agree that the most affected age group is 10-19 years. The diagnosis was essentially clinical and included abdominal pain eventually located in the right iliac fossa, which worsened on palpation of McBurney's point and was associated with local muscle resistance. Objective: to know the surgical resolution of acute appendicitis. Clinical case: 20-year-old patient presented with abdominal pain localized in the right iliac fossa radiating to the epigastrium for 48 hours. Conclusion: Appendicitis is the most common cause of acute surgical abdomen. The diagnosis is clinical and can be supported by imaging techniques. Imaging techniques in the preoperative

Información del manuscrito:
Fecha de recepción: 10 de abril de 2024.
Fecha de aceptación: 25 de junio de 2024.
Fecha de publicación: 10 de julio de 2024.

evaluation are considered factors to reduce the percentage of empty appendectomy. Surgical treatment is the treatment of choice by open appendectomy or laparoscopic techniques.

Keywords: Acute abdomen, Epigastralgia, Peritonitis, Laparoscopy.

1. Introducción

El dolor abdominal es el motivo más frecuente de consulta médica en los servicios de urgencias. Entre las posibles causas de dolor abdominal, la apendicitis aguda es la causa más común de abdomen agudo quirúrgico con una prevalencia estimada a lo largo de la vida (1).

Según documentos escritos en la época de Hipócrates, se sabía que ocurrían procesos agudos en el estómago. Durante muchos años, se pensó que el dolor en la cavidad de la cadera derecha era causado por apendicitis, pero Reginal H. Fitz explicó que la verdadera causa de la afección era una inflamación del apéndice del gusano, no una inflamación del apéndice como se pensaba anteriormente, y recomendó una cirugía para corregirla. Charles McBurney publicó posteriormente 6 artículos sobre cirugía de apendicitis aguda en los que describía el punto más sensible como una pequeña zona dolorosa (punto de McBurney) y definía el punto de abordaje quirúrgico superficial (2). Los síntomas más comunes y característicos de la apendicitis aguda son dolor abdominal difuso o dolor localizado en el epigastrio y que luego se desplaza a la cavidad ilíaca derecha, acompañado de fiebre, anorexia, náuseas y/o vómitos (3).

Al examinar el abdomen, se puede observar que el dolor aumenta a la palpación del punto de McBurney y provoca tos. Además, los símbolos positivos de Blumberg y Rovsing también se describen en la semiótica clásica. Las pruebas de laboratorio son muy útiles para determinar parámetros como un proceso infeccioso agudo, leucocitosis (desviación a la izquierda de 10.000) y PCR alta (4). Los parámetros de rendimiento diagnóstico tanto de la ECO como de la TC relacionados con presentaciones clínicas compatibles son excelentes, siendo la TC superior en la mayoría de las publicaciones (sensibilidad de la

ECO de 55 a 96 %, especificidad de aproximadamente 85 % y sensibilidad de la especificidad). La TC tiene una especificidad del 90-100% y la TC tiene una especificidad del 91-99%. Los hallazgos ecográficos, si son claros, pueden respaldar la decisión quirúrgica del médico. Estos incluyen: un aumento en el calibre del apéndice a más de 6 mm, falta de compresión de la presión del sensor y aumento de la ecogenicidad del tejido periapendicular (5).

Los objetivos del tratamiento de la apendicitis aguda son el diagnóstico temprano y la intervención quirúrgica inmediata, y la apendicectomía es el tratamiento estándar (6).

2. Presentación de caso

Paciente femenina de 20 años acude por presentar dolor abdominal localizado en fosa iliaca derecha que se acompañada con alza térmica no cuantificada y vómitos de contenido alimentario por 3 ocasiones motivo por el cual acude.

Enfermedades médicas: No refiere

Antecedentes alérgicos: No refiere

Antecedentes quirúrgicos: No refiere

Antecedentes familiares: No refiere

Paciente ingresa al servicio cirugía general en donde realiza la exploración física pertinente, signos vitales: frecuencia cardiaca 110 latidos por minuto, saturación 96% con fio2 21%, tensión arterial 110/70 mmhg, frecuencia respiratoria de 19, temperatura de 38.3°C axilar.

Paciente lucida, febril, orientada en tiempo, espacio y persona con razonamiento lógico, comprensión y juicio normales. Glasgow 15/15.

Abdomen: inspección: globoso, simétrico, no cicatrices, auscultación ruidos hidroaéreos presentes disminuidos. Palpación Suave, blanco, doloroso difuso a la palpación profunda y superficial, predominante en región de fosa iliaca derecha. McBurney positivo.

Las muestras de suero y orina al ingreso reportaron leucocitosis de 18.800 mm3, neutropenia del 86,9% y proteína C reactiva de 105,19 mg/dL.

Los valores de fracciones de orina, tiempos de coagulación, nitrógeno y glucosa basal en ayunas se

informaron dentro de los parámetros normales. La puntuación final de Alvarado fue de alto riesgo de apendicitis aguda.

Impresión diagnóstica de abdomen quirúrgico agudo inflamado secundario a apendicitis aguda complicada como motivación para tratamiento quirúrgico. El paciente fue sometido a una apendicectomía clásica mediante el método de Rocky Davis mediante la técnica de Pouchet, durante la cual se observó un proceso inflamatorio en el apéndice vermiforme gangrenoso (figura 1).

Figura 1. *Se extrae apéndice*



Se envía muestra a histopatológico, paciente evoluciona sin complicaciones y es dado de alta en 48 horas.

3. Resultados y discusión

La apendicitis aguda representa la razón más frecuente por la cual se presenta un abdomen agudo que requiere intervención quirúrgica. Este trastorno se caracteriza por un proceso inflamatorio que afecta al apéndice cecal, dando inicio en su mucosa y avanzando hacia la serosa. En términos generales, su aparición es provocada por la obstrucción del interior del apéndice y la afectación de los vasos sanguíneos que lo irrigan, lo que resulta en una isquemia distal, acompañado de necrosis y, en los casos más graves, puede llevar a la perforación del apéndice (7,8). La presencia de síntomas que incluyen dolor localizado en la fosa iliaca derecha, acompañado por sensaciones de náuseas, falta de apetito (anorexia) y episodios de vómitos (emesis), con o sin la aparición de fiebre, junto con el hallazgo de signos de rebote durante la evaluación física, indican que existe una fuerte sospecha o un diagnóstico presuntivo de apendicitis aguda. El proceso para llegar a un diagnóstico preciso de apendicitis aguda se basa principalmente en la evaluación clínica, lo que implica que ningún síntoma, signo evidente o hallazgo por sí solo puede ser considerado suficiente para confirmar o descartar esta condición

médica. En este contexto, el uso de un modelo predictivo, como la escala de Alvarado, en conjunto con diversas técnicas de imagen, se presenta como herramientas auxiliares que han mostrado un valor significativamente aumentado en su efectividad, especialmente cuando se utilizan en combinación con un examen clínico detallado y una historia médica completa del paciente (8,9).

La frecuencia con la que se presentan casos clínicos atípicos puede alcanzar hasta un impresionante 44,6%. Esta situación peculiar no solo dificulta el proceso de diagnóstico, sino que también impide que este se realice de manera efectiva basándose en la historia clínica del paciente y en una evaluación física exhaustiva (10,11). Entre los diversos factores que se encuentran asociados a la aparición de cuadros atípicos de apendicitis, se incluyen una serie de circunstancias específicas. Estas circunstancias abarcan las edades extremas, es decir, tanto la infancia temprana como la vejez avanzada. Además, el uso de tratamientos farmacológicos previos puede jugar un papel importante en la manifestación de dicho cuadro. Otras condiciones que se consideran relevantes son la presencia de apendicitis complicada y la identificación de tumores apendiculares (12). También se toman en cuenta situaciones como la diverticulitis del apéndice y la apendicitis que ocurre en el muñón apendicular, así como la recurrencia de los episodios de apendicitis. Asimismo, las mujeres embarazadas y los pacientes con un sistema inmunológico comprometido son grupos que se analizan en este contexto. No se puede olvidar la incidencia de comorbilidades como la obesidad y la diabetes en la presentación de estos casos, así como la localización atípica del apéndice, que está relacionada en aproximadamente el 40% de los casos observados (13,14).

En el presente caso se utilizó las escala de Alvarado por los síntomas característicos y exámenes de laboratorio donde se evidencia un alto riesgo de abdomen agudo complicado por lo que se procede de manera urgente a realizar apendicetomía. Paciente se encuentra estable después de

proceso quirúrgico y es dado de alta en 48 horas.

4. Conclusiones

La apendicitis aguda es una afección común en todo el mundo y una de las razones más comunes por las que los cirujanos visitan el departamento de emergencias. El estándar de oro del tratamiento sigue siendo la cirugía. La cirugía mínimamente invasiva se posiciona como la mejor opción de tratamiento por sus claras ventajas: reduce la estancia hospitalaria, el porcentaje de complicaciones y su gravedad.

Bibliografía

1. Rafael Parhuana MR, Quispe Rivera KM, Pantoja Sánchez LR. Acute appendicitis: clinical, surgical and pathological concordance in a Peruvian emergency hospital. Revista de la Facultad de Medicina Humana. 2022 Jul 9;22(3):463–70.

2. Loret-de-Mola-Pino ER, Castelló-González M, Hernández-Moore E, Aguilar-Atanay D. Caracterización de niños operados por apendicitis aguda complicada. Rev Arch Med Camagüey. 2019;23(4):435–44.

3. Vargas Ríos N. Reporte de Caso: Apendicitis Aguda Causada por un Apendicolito Gigante. Revista Científica de Salud y Desarrollo Humano. 2022 Jun 18;4(2):135–43.

4. Plaza-Valdiviezo AA, Cherrez-Gavilánez JM, Patiño-Aquin MA, Monar-Goyes MC. Descripción y análisis de las complicaciones, clínica y tratamiento en paciente con apendicitis aguda. Ciencias de la Salud. 2021;7(6):1241–61.

5. Flores-Mena MD. Apendicitis Aguda. Revista Médica de la Fundación Instituto Hipólito Unanue. 2020;59(4):213–7.

6. Armas Pérez BA, Agramonte Burón O, Martínez Ferrá G. Apuntes históricos y fisiopatológicos sobre apendicitis aguda. Revista Cubana de Cirugía. 2019;58(1):91–9.

7. Rodríguez Fernández Z. Tratamiento de la apendicitis aguda. Revista Cubana de Cirugía. 2019;58(1).

8. Magaña-Mainero P, De-Luna-Gallardo D, Picazo-Ferrera K, Sainz-Hernández JC, Ortiz de la Peña-Rodríguez JA. Apendicitis aguda: abordaje laparoscópico versus cirugía

abierta; costos y complicaciones. Cirujano General [Internet]. 2019;41(1):6–11. Available from: www.medigraphic.com/cirujanogeneralwww.medigraphic.org.

9. Juan-Pastor A. Apendicitis aguda y la importancia del diagnóstico clínico. Gac Med Mex. 2019 Jan 17;155(1).

10. Rodríguez Fernández Z. Apendicitis aguda recurrente en pacientes apendicectomizados. Revista Cubana de Cirugía [Internet]. 2019;58(3).

11. Murúa-Millán OA, González-Fernández MA. Apendicitis aguda: anatomía normal, hallazgos por imagen y abordaje diagnóstico radiológico. Rev Med UAS [Internet]. 10(4):2020. Available from: http://dx.doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v10.n4.008

12. Vargas-Cano EE, González-Maldonado WY, Rodríguez-Trejo N. Apendicitis Aguda Acute Appendicitis. Publicación semestral [Internet]. 2022;10(20):70–82. Available from: https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/issue/archive

13. Luis González López S, Paulo González Dalmau L, Quintero Delgado Z, Rosa Rodríguez Núñez B, Ponce Rodríguez Y, Fonseca Romero E. Acute appendicitis in children: Clinical Pratice Guide. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2020;92(4):1–20.

14. Rassi R, Muse F, Cuestas E. Apendicitis aguda en niños menores de 4 años:Un dilema diagnóstico. Rev Fac Cienc Med Cordoba. 2019 Aug 29;76(3):180.