

Complicaciones de la apendicitis aguda. Diagnóstico y tratamiento

Dr. Lázaro Quevedo Guanche¹

1. PLASTRÓN

1. Diagnóstico

El signo sobresaliente es la palpación de un tumor de tamaño variable, a veces poco definido y generalmente situado en la FID. Este tumor, de carácter inflamatorio agudo, se puede palpar, en ocasiones, por tacto rectal o vaginal. El plastrón puede estar abscedado. Otra complicación que también obliga a su intervención quirúrgica, es la oclusión intestinal mecánica por acodadura de una de las asas intestinales delgadas que forman parte del proceso.

El diagnóstico se complementa con el uso de la ultrasonografía y/o la laparoscopia. Se empleará la radiología simple del abdomen, vertical y en decúbito, cuando existan signos de oclusión intestinal mecánica.

1.2. Tratamiento

En algunos pacientes, deberán tomarse, al inicio, medidas parecidas a las del período preoperatorio de la apendicitis aguda (ver el presente manual), tales como:

1.2.1. Reposo en cama

1.2.2. Dieta progresiva, baja en residuos (de acuerdo con el cuadro evolutivo).

1.2.3. Antibioticoterapia parenteral (ver el presente manual).

1.2.4. Vigilancia evolutiva, clínica y por exámenes de diagnóstico: pulso, temperatura, palpación del tumor, hemograma y eritrosedimentación.

1.2.5. Si el paciente evoluciona hacia la abscedación, el tratamiento será el drenaje; preferiblemente por punción, guiado por ultrasonografía y de no ser posible éste, entonces se hará quirúrgico.

1.2.6. En las formas abscedadas con fístulas espontáneas o fiebre persistente después del drenaje y ante un plastrón de evolución tórpida, se debe sospechar actinomicosis cecoapendicular e instituir tratamiento específico (ver el presente manual).

1.2.7. Después de la normalización clínico-humoral se practicará, como parte del seguimiento, colon por enema, para descartar un tumor como

responsable del proceso.

1.2.8. Tratamiento quirúrgico definitivo: seis meses después de la normalización clínica y humoral, se practicará la apendicectomía.

2. Absceso localizado

(Ver en este manual: Temas de absceso subfrénico y de absceso del Douglas).

3. Peritonitis difusa

3.1. Diagnóstico

Dolor difuso en el abdomen, con los signos típicos del síndrome peritoneal (contractura, dolor a la percusión y a la descompresión, etc), demás signos de toxinfeción (oliguria, polipnea, etc).

3.2. Tratamiento

3.2.1. Laparotomía para eliminar la fuente de contaminación (apendicectomía).

3.2.2. Uso adecuado de antibióticos (ver el presente manual).

3.2.3. Medidas generales de sostén y contra el shock (ver el presente manual).

3.2.4. Lavados peritoneales con soluciones electrolíticas y agentes antimicrobianos; valorando, según el caso, laparotomías programadas o el abdomen abierto.

4. Pileflebitis

4.1. Diagnóstico

4.1.1. Al inicio temperatura elevada, escalofríos intensos, leucocitosis y subíctero; con posterioridad: sangramiento digestivo bajo.

4.2. Tratamiento

4.2.1. Antibioticoterapia (ver el presente manual).

4.2.2. Anticoagulantes: del grupo de la heparina hasta obtener el doble o el triple del tiempo normal de coagulación.

4.2.3. Dextrán de bajo peso molecular 125 ml/6h por vía EV, como antiagregante.