

## **Apendicectomía Laparoscópica**

- Básicamente el diagnóstico de Apendicitis Aguda se realiza a través de la clínica. La clásica sintomatología de dolor de 24 horas de evolución en la región periumbilical que posteriormente se ubica en la Fosa Iliaca Derecha asociado a otros síntomas como vómitos y febrículas y signos clínicos como dolor a la palpación en el área, con defensa (rigidez muscular involuntaria al palpar el abdomen) y rebote (dolor al descomprimir bruscamente el abdomen posterior a la palpación) hacen el diagnóstico de Apendicitis Aguda en alrededor del 85 al 90 % de los pacientes.
- Sin embargo, a pesar de que el diagnóstico es clínico, puede haber hasta un 10 a 20 % de los pacientes que van al Salón de Operaciones con el diagnóstico de apendicitis aguda y verdaderamente presentan otra patología con síntomas y signos muy parecidos a la apendicitis. También existe el resto de los pacientes (10 al 15 %) que la presentación del dolor es atípica y nos puede confundir con otras patologías que también causan dolor en el área descrita pero que finalmente serán pacientes con apendicitis aguda.
- En los últimos años se han utilizado varias pruebas radiológicas adicionales para poder aumentar la certeza diagnóstica en los pacientes con apendicitis. El Ultrasonido en la fosa iliaca derecha nos sirve para descartar otras patologías como las ginecológicas (enfermedad pélvica inflamatoria) y obstétricas (embarazo ectópico). Además el ultrasonido tiene una sensibilidad y especificidad de alrededor del 85 al 90 % según diferentes series de estudios. Los signos de apendicitis según ultrasonido son generalmente una pared engrosada mayor de 6 mm, falta de distensibilidad de la apéndice y la presencia de líquido libre intraabdominal (inflamatorio). Sin embargo, cuando el ultrasonido no puede visualizar la apéndice cecal durante el estudio, no nos brinda ningún tipo de información adicional. Hay estudios que revelan que el USG fue bastante certero cuando el diagnóstico de Ap Ag era altamente sugestivo por la clínica pero que no aportaba ayuda adicional cuando el diagnóstico clínico no era suficientemente claro. Para los pacientes hombres con alguna duda diagnóstica no nos ayudaría mucho realizar debido a la baja sensibilidad y especificidad. En las pacientes mujeres con dudas en el diagnóstico el USG tiene utilidad para descartar causas ginecoobstétricas. Otro estudio radiológico que se puede realizar es la Tomografía Axial Computarizada (CAT abdominal). La sensibilidad y especificidad del CAT es de alrededor del 90 al 95 %, sin embargo es un estudio invasivo y de alto costo.

### **Comparación entre USG y CAT en el diagnóstico de Apendicitis**

- Desde hace muchos años se ha utilizado la Laparoscopia Diagnóstica para el estudio de los dolores en la fosa iliaca derecha atípicos. Sin embargo, en los últimos años ha cogido gran auge la Laparoscopia Diagnóstica por el gran interés que despertó la colecistectomía laparoscópica en cirugía general lo que llevó a que después de la laparoscopia diagnóstica se podía realizar la Apendicectomía Laparoscópica con claros beneficios para el paciente.
- Es claro que al realizar el diagnóstico de apendicetomía laparoscópica el tratamiento es quirúrgico. Si el diagnóstico se realiza preoperatorio, puede decidirse entre dos opciones que son:

1. Apendicetomía abierta o tradicional
2. Apendicetomía laparoscópica

Las ventajas y desventajas de la apendicetomía laparoscópica son las siguientes:

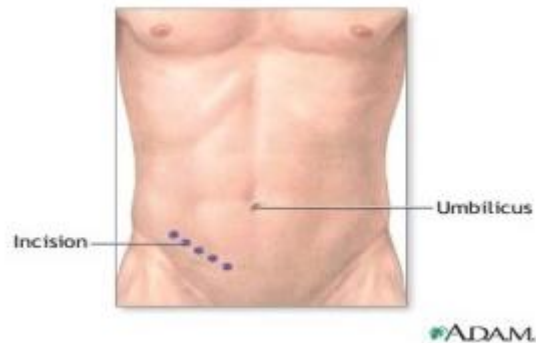
#### **VENTAJAS**

- Mejor visión de la cavidad abdominal
- Revisión de toda la cavidad abdominal
- Menor trauma quirúrgico
- Menor cicatriz
- Menor infecciones de la herida quirúrgica

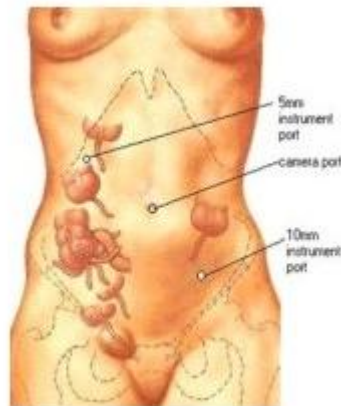
- Menor dolor postoperatorio
- Menor estadía hospitalaria
- Retorno más rápido a vida cotidiana

#### DESVENTAJAS

- Mayor tiempo quirúrgico
- Mayores costos
- Disponibilidad de equipos
- Entrenamiento Laparoscópico



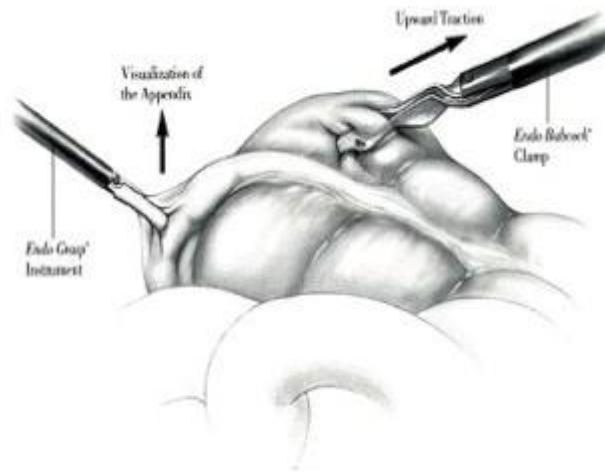
- Esta es la incisión normal que se realiza en la apendicetomía abierta cuyo tamaño puede ser de 4 a 5 CMS y en algunas circunstancias la incisión puede ser mayor. La recuperación promedio de estos pacientes es de alrededor de 30 días y su estadía hospitalaria son de 2 a 3 días.



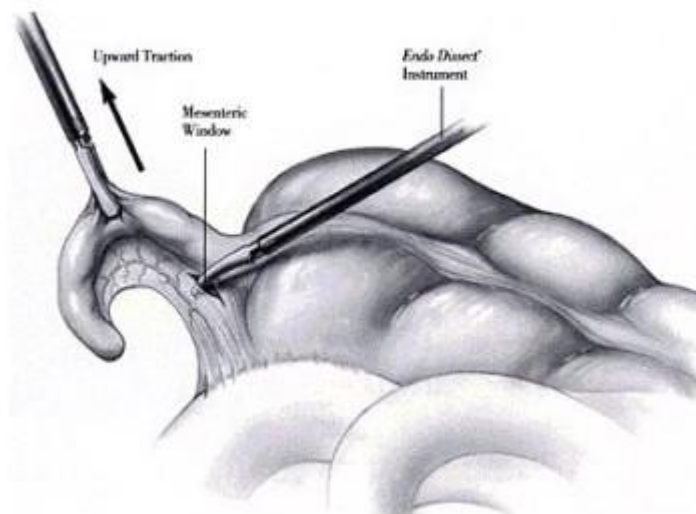
- Generalmente en la apendicetomía laparoscópica realizamos 3 pequeñas incisiones. La umbilical es de 12 mm (1.2 CMS) y las dos otras incisiones son de 5 mm. Estéticamente hay mucho mejores resultados. La estadía hospitalaria es de un día y la recuperación es de un máximo de 15 días.

La técnica quirúrgica consiste en los siguientes pasos:

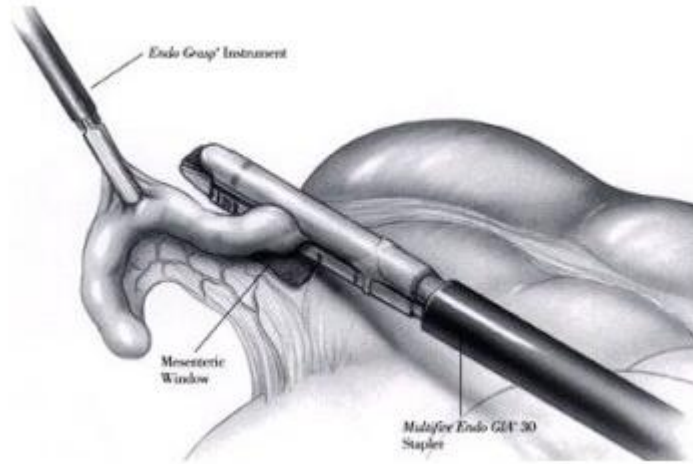
1. Localización y movilización del ciego con identificación del apéndice cecal.



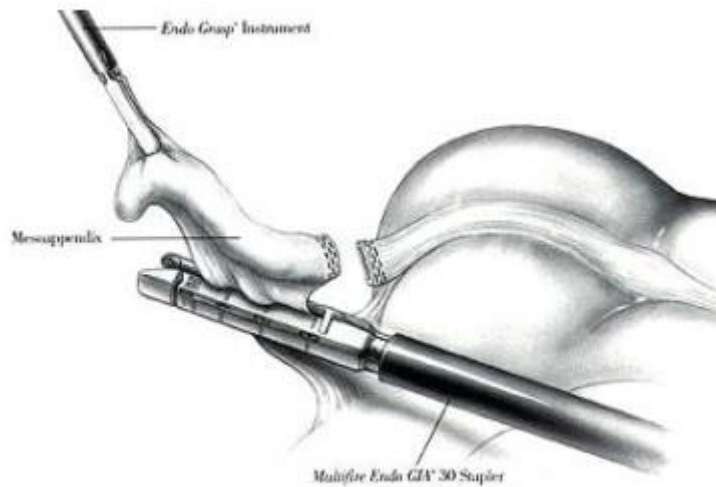
2. Disección del meso apéndice por donde llega la arteria apendicular



3. Transección de la base apendicular con autosuturas endoscópicas



4. Transección del mesoapendice con autosuturas endoscópicas (ligadura de la arteria apendicular)



• A pesar de los claros beneficios de la apendicetomía laparoscópica todavía no es considerada la cirugía de elección para la apendicitis debido a sus altos costos hospitalarios por el equipo necesario para el procedimiento y por el mayor tiempo operatorio que es necesario para realizar el procedimiento.

• Sin embargo, para pacientes mujeres con muchas dudas en el diagnóstico, la laparoscopia diagnóstica que compruebe una apendicitis aguda puede terminar de realizarse por laparoscopia. Si ha estas mujeres se les hace la incisión abierta y no es apendicitis la cirugía fue innecesaria. El usar la laparoscopia diagnóstica puede ayudarnos a evitar cirugías innecesarias. Otros pacientes que se benefician de ésta técnica son los pacientes obesos ya que las incisiones en éstos pacientes por apendicetomía abierta son más grandes que en los pacientes no obesos, por lo cual se benefician de un procedimiento laparoscópico.