

6.4. APENDICITIS AGUDA

José M Aranda Narvaez¹, Manuel Ruiz López¹, Francisco León Díaz¹, Lucía Valiente De Santis², Pilar España Contreras³ y Antonio Martín Paez⁴.

Servicio de Cirugía General y Digestiva¹, Servicio de Enfermedades Infecciosas², Servicio de Digestivo³ y Servicio de Urgencias⁴.

Diagnóstico: Se basa en la asociación de la semiología clínica (Dolor FID, fiebre, defensa en FID) y exploración clínica compatibles, con o sin el empleo de scores de diagnóstico, junto con hallazgos de laboratorio (leucocitosis y elevación de PCR) y diagnóstico radiológico (US con pared apéndice > 8mm o TC compatible).

Tratamiento: El gold standard del tratamiento de la AA es la apendicectomía por vía laparoscópica (existen líneas de investigación en número creciente que informan de la posibilidad del tratamiento exclusivo con antibióticos en la apendicitis no complicada).

	Etiología	Tratamiento Empírico	Otras medidas
AA No Complicada / Flemonosa (Profilaxis)	Polimicrobiana Mixta: BGN y Anaerobios.	Elección: • Amox-clav 1-2 g/24h/iv Alternativa o alérgicos • Aztreonam 1-2 g/8h/iv ⁽²⁾ + Metronidazol 500 mg/8h/iv Duración tratamiento: 24h	• Apendicectomía • Tomar cultivos.
AA Complicada Moderada-Leve (Tratamiento)	<i>E. coli</i> <i>K. pneumoniae</i> <i>Streptococcus spp</i> Anaerobios (<i>B. fragilis</i>)	Elección: • Ceftriaxona 1-2 g/24h/iv + Metronidazol 500 mg/8h/iv • Amox-clav 1g/8h/iv Si riesgo BLEE¹ • Ertapenem 1 g/24h/iv Alternativa o alérgicos • Aztreonam 1-2 g/8h/iv ⁽²⁾ + Metronidazol 500 mg/8h/iv Duración tratamiento: 3-5 días.	• Apendicectomía precoz • Tomar cultivos y hemocultivo si fiebre.
AA Complicada Grave: Plastrón / Absceso Apendicular	Mayor Riesgo de BLEE ⁽¹⁾	Elección: • Ceftriaxona 2 g/12-24h/iv + Metronidazol 500 mg/8h/iv ó • Piperacilina-tazobactam 4/0.5 g/6-8h/iv Si riesgo BLEE¹ • Imipenem 500 mg/6-8h/iv ó • Meropenem 1 g/8h/iv Alternativa o alérgicos • Aztreonam 1-2 g/8h/iv ⁽²⁾ + Metronidazol 500 mg/8h/iv ó • Tigeciclina 100 mg/iv (dosis carga) y seguido de 50 mg/12h/iv ⁽³⁾ . Duración tratamiento: No menos de 5 días	• Drenaje percutáneo de colecciones (si se opta por manejo inicial conservador) • Tomar cultivos y hemocultivos si fiebre.

⁽¹⁾ **Criterios BLEE:** **a)** colonización/infección previa por BLEE **b)** Ámbito asistencial: Procedencia de centro socio-sanitario, ingreso últimos 6 meses. **c)** Comorbilidad: sepsis grave / shock séptico, trasplante renal, enfermedad hepática avanzada, Inmunosupresión severa. **d)** Procedimientos invasivos: Intervención quirúrgica últimos 3 meses, SNG, endoscopia terapéutica, sondaje vesical. **e)** Tto antibiótico previo (últimos tres meses): Cefalosporinas 3ª generación, quinolonas, carbapenémicos o b-lactámicos + inhibidor de beta-lactamasas.

⁽²⁾ Valorar disponibilidad en Farmacia.

⁽³⁾ En ausencia de otras alternativas, considerar tratamiento combinado.