



P-447 - CONTROVERSIA ANTE EL DIAGNÓSTICO DE PLASTRÓN APENDICULAR: ¿TRATAMIENTO QUIRÚRGICO O CONSERVADOR?

I. Rubio-Pérez, M. León Arellano, L. Cristóbal Poch, D. Tueti, B. Díaz San Andrés, R. Cantero Cid, W. Poma Hullcapuri y J.L. Marijuán Martín

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Objetivos: El tratamiento clásico de la apendicitis aguda gangrenosa es la cirugía urgente, pero en las apendicitis muy evolucionadas, consideradas ya como “plastrón” al diagnóstico, continúa existiendo controversia. Además, en ocasiones el origen de la masa inflamatoria puede no ser apendicular, y el tratamiento conservador permite estabilizar al paciente y completar el estudio. En este trabajo se revisan los casos de masa/plastrón abdominal de localización derecha y su evolución según el tratamiento realizado.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de 27 pacientes ingresados en nuestra Unidad en el periodo 2008 a primer trimestre 2014, con diagnóstico de plastrón/masa en fosa iliaca derecha.

Resultados: De los 27 pacientes, el 74% presentaron debut clínico como plastrón. El resto presentaron alguna visita previa a urgencias o sintomatología progresiva. En 11 (41%) se realizó intervención quirúrgica directa, y el resto (59%) se trató de forma inicialmente conservadora. De los no intervenidos, 7 (44%) precisaron cirugía diferida (2 en el mismo ingreso por no mejoría, 3 en reingreso por nuevo episodio y otros 2 casos de patología no apendicular fueron operados de forma programada). La edad media fue 57 años (rango 26-89), 14 mujeres/13 varones. La presentación más frecuente fue dolor de al menos 2 días de evolución (rango 2-60 días) asociado a náuseas/vómitos y febrícula/fiebre. Masa palpable en FID en el 52% de los casos. El diagnóstico se estableció por Ecografía en 48% de los casos, por TC abdominal en 37%, y el resto precisaron ambas pruebas. En 17 casos (69%) existía colección intraabdominal, con una media de tamaño (diámetro máximo) de 5 cm. En 5 pacientes con tratamiento conservador se realizó drenaje percutáneo de la colección: en 3 casos fue resolutoria, 2 casos requirieron intervención posterior. De los pacientes intervenidos, en 3 de los casos el origen no fue apendicular: un tumor de sigma perforado, una neoplasia tubárica derecha y un quiste de uraco abscesificado. El resto de los casos fue apendicular, siendo la anatomía patológica más frecuente apendicitis aguda perforada/gangrenada. Todos los pacientes operados o no, recibieron antibioterapia intravenosa, siendo los antibióticos más utilizados amoxicilina-clavulánico y ertapenem. Las complicaciones postoperatorias (6 pacientes) fueron menores (hematoma, colección, infección de herida, íleo) y sólo un paciente requirió reintervención por infección persistente. De los pacientes no intervenidos, 33% no presentó recurrencia ni requirió intervención posterior.

Conclusiones: En nuestra serie, el tratamiento quirúrgico del plastrón apendicular presentó buenos resultados, y pocas complicaciones, resolviendo el problema y eliminando la recurrencia. Es fundamental un adecuado diagnóstico con pruebas de imagen, e individualizar cada caso según el tiempo de evolución y la situación clínica del paciente. En los casos no intervenidos es recomendable el seguimiento, ya que más del 50% puede recurrir y precisar intervención quirúrgica. En algunos casos, el tratamiento conservador inicial puede ser útil para establecer un diagnóstico adecuado, sobre todo en casos en los que se sospeche origen no apendicular.