



P-676 - PACIENTE CON HIDRONEFROSIS SECUNDARIO A PLASTRÓN APENDICULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

Pérez Reyes, María; Romacho López, Laura; González Cano, Javier; Titos García, Alberto; González Sánchez, Antonio Jesús; Cabrera Serna, Isaac; Aranda Narváez, José Manuel; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: El plastrón apendicular es una forma de presentación poco frecuente de la apendicitis. El riesgo de presentar apendicitis a lo largo de la vida en hombres es del 8,6% y del 6,7% en las mujeres.

Caso clínico: Paciente de 35 años sin antecedentes de interés acude a urgencias por dolor en hipogastrio, fosa iliaca derecha (FID) de 14 días de evolución, con aumento del dolor con la defecación y la micción. En la exploración física presentaba dolor en FID con sensación de plastrón a dicho nivel. En la analítica presentaba reactantes de fase aguda elevados y en el TAC abdominal se observó dilatación pielocalicial grado I/IV derecha secundaria a plastrón apendicular con colección de 7 × 4 × 4,5 cm en FID que englobaba la porción distal del apéndice, con calibre de 10 mm en su porción proximal, e incluía al íleon proximal, asociando trabeculación de la grasa regional que provocaba hidronefrosis retrógrada. Se decidió tratamiento conservador con antibioterapia, evolucionando de forma favorable. Se realizó TAC abdominal de control, presentando mejoría radiológica con disminución del plastrón inflamatorio y resolución de la dilatación del sistema excretor secundaria al proceso.

Discusión: El plastrón apendicular consiste en una masa inflamatoria debida a la perforación apendicular, en la que pueden participar tanto asas de intestino delgado como epiplón, así como otros órganos. Las últimas guías de la WSES señalan el tratamiento médico como el de elección. El manejo conservador de inicio conlleva una menor morbilidad y no presenta diferencias en cuanto a estancia media y duración de antibioterapia. La tasa de éxito estimada es del 80% en niños y 90% en adultos. La tasa de recurrencia estimada es del 5 al 20% según las series, la mayoría de ellas antes de los dos años tras el primer episodio. La revisión de la literatura nos muestra que el debut de un cuadro apendicular en forma de ureterohidronefrosis bilateral es un hecho que aparece en muy escasas ocasiones. Después de un manejo no quirúrgico de inicio, en pacientes mayores de 40 años hay que descartar mediante colonoscopia la presencia de un tumor apendicular o colónico. La apendicectomía de intervalo está justificada en casos de persistencia o recurrencia de los síntomas tanto en niños como adultos o si existe apendicolito, si bien hay autores que siguen defendiendo las apendicectomías de intervalo sistemáticas en base a la potencial recurrencia y malignidad de las masas apendiculares. En pacientes con apendicitis aguda complicada el manejo no quirúrgico es una primera línea de tratamiento razonable, dada la menor morbilidad y tasa de éxito elevada. En casos

de persistencia, recurrencia de los síntomas o si existe apendicolito estará justificada la apendicectomía de intervalo.