



O-240 - TRATAMIENTO CONSERVADOR Y APENDICECTOMÍA DIFERIDA FRENTE A TRATAMIENTO QUIRÚRGICO URGENTE EN EL MANEJO DE APENDICITIS AGUDA EVOLUCIONADA

J.M. Aranda Narváez, B. García Albiach, A.J. González Sánchez, I. Fernández Burgos, N. Marín Camero, C. Montiel Casado, J.A. Blanco Elena, T. Prieto-Puga Arjona y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Objetivos: Existe controversia acerca del tratamiento idóneo de la apendicitis aguda evolucionada en forma de absceso o flemón. Realizamos un estudio para la evaluación de resultados del tratamiento conservador inicial (antibiótico y drenaje percutáneo si precisa) con apendicectomía diferida y del tratamiento quirúrgico urgente.

Métodos: Estudio observacional analítico de cohortes retrospectivas. Criterios de inclusión: Pacientes con diagnóstico clínico o radiológico de apendicitis aguda evolucionada en forma de absceso o flemón tratados en nuestro hospital entre enero de 1997 y febrero de 2013, excluyendo pacientes pediátricos, con sepsis grave o peritonitis, en los que se indicó tratamiento conservador inicial y posterior apendicectomía diferida (cohorte estudio = 27). El grupo control se obtuvo de pacientes en los que se indicó apendicectomía urgente haciendo un matching por edad y asignación aleatoria posterior (1:1). La estratificación del riesgo infeccioso se determinó mediante el índice National Nosocomial Infections Surveillance System (NNIS). Variables resultado: estancia global, tasa de complicaciones e infección de sitio quirúrgico (ISQ). Se consideraron de relevancia estadística niveles de significación $< 0,05$.

Resultados: Ambos grupos eran similares en edad, sexo, tiempo de evolución y ASA (tabla). La estancia media en el primer ingreso del grupo estudio fue de 9,11 (rango 4-21) días para tratamiento conservador antibiótico sólo o junto con drenaje percutáneo (9 pacientes, 33%). Hubo 2 complicaciones durante el tratamiento conservador (7%). 17 pacientes (65%) presentaron sintomatología tras el alta y 4 de ellos precisaron reingreso y cirugía durante el ingreso. La media entre el ingreso y la intervención quirúrgica fue de 29 semanas (rango 2-130). La vía laparoscópica fue empleada en 20 pacientes (74%). Durante el segundo ingreso no hubo ninguna complicación ni ninguna infección de sitio quirúrgico y la estancia media fue 4,26 días. En el grupo control se empleó la vía abierta en el 78% de los casos. Hubo una morbilidad del 33%: 7% ileo postoperatorio (2 casos) y 29% infecciones de sitio quirúrgico (8 casos: 4 infecciones superficiales, 2 profundas, 2 órgano/espacio). La estratificación según índice NNIS mostró un porcentaje superior de NNIS de alto riesgo en el grupo control (67% VS 23%, $p < 0,001$), debido a una clara diferencia en el tipo de cirugía según la clasificación NRC ya que el 100% de cirugías del grupo control se clasificaron como contaminadas o sucias frente a un 18% en el grupo de estudio ($p < 0,000$). La incidencia de

complicaciones y de infección de sitio quirúrgico fue significativamente mayor en el grupo control ($p < 0,018$ y $p < 0,002$). La estancia global fue superior en el grupo estudio que en el grupo control, 13,6 días (r: 6-29) vs 8,4 días (r: 2-35) ($p < 0,006$).

| | Grupo Estudio | Grupo Control |
|-------------------------|------------------|------------------|
| Edad (años) | 41,56 (r: 15-70) | 41,56 (r: 16-75) |
| Sexo (M/F) | 18/9 | 19/8 |
| Tiempo evolución (días) | 10 (4-30) | 8 (1-90) |
| ASA | | |
| I | 12 | 8 |
| II | 11 | 16 |
| III | 4 | 3 |

Conclusiones: El tratamiento conservador inicial y posterior apendicectomía programada constituye una buena alternativa terapéutica para la apendicitis aguda evolucionada con mucha menor morbilidad y tasa de ISQ que el tratamiento quirúrgico inicial aunque con mayor estancia hospitalaria.