

FACULTAD DE
MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL PLASTRON APENDICULAR

INTERNA: TANIA AVAYU ZALIASNIK
PROF. DR. HUMBERTO FLISFISCH FERNÁNDEZ
DEPTO. CIRUGIA SUR
FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE CHILE

Introducción:

La apendicitis aguda es una de las causas más frecuentes de abdomen agudo. En determinadas ocasiones, la inflamación aguda puede estar amurallada por los propios mecanismos de defensa del paciente formando así un plastrón apendicular¹. Ésta es una entidad quirúrgica común, encontrándose en el 2-6% de los pacientes que presentan apendicitis aguda², formando así una masa o bloque de carácter inflamatorio por el adosamiento de varias vísceras entre sí, principalmente epiplón mayor y apéndice inflamado³, a diferencia de un absceso que es una masa apendicular que contiene pus¹. En cuanto a su presentación clínica, se presenta el cuadro típico de apendicitis aguda, dolor en epigastrio que migra a fosa ilíaca derecha (FID), que posteriormente desaparece, pero después de 5-10 días reaparece la fiebre y se advierte la presencia de dolor moderado en FID. Al examen físico se evidenciará una masa en dicho nivel, pudiendo palparse ocasionalmente también por tacto rectal o vaginal. En los exámenes de laboratorio se podrá ver aumento de parámetros inflamatorios (leucocitosis, PCR) y eritrosedimentación acelerada³. En las imágenes se verá una masa inflamatoria o absceso circunscrito principalmente en la tomografía computada (TC), ecografía (US), o en la exploración quirúrgica del abdomen¹.

Objetivos: Revisión de la bibliografía nacional e internacional con el propósito objetivo de describir la sospecha y confirmación diagnóstica del plastrón apendicular y describir y justificar la preferencia por apendicectomía de intervalo en los pacientes con plastrón sometidos a tratamiento conservador inicial.

Material y métodos: Revisión bibliográfica virtual de ocho publicaciones entre el año 2008 y 2021.

Resultados:

El diagnóstico del plastrón apendicular se sospecha al encontrar una masa palpable en el examen clínico dentro del contexto de un cuadro típico de apendicitis aguda de días de evolución, que posteriormente desaparece, pero después de 5-10 días reaparece la fiebre, el dolor y una masa abdominal. Se confirma el diagnóstico con imágenes, pudiendo solicitarse como primera línea US, pero siendo la mayoría de las veces necesaria una TC. En las imágenes, un apéndice normal tiene forma ovoide u ovalada, diámetro transversal menor a 6 mm, es compresible, móvil y no presenta alteración de la ecogenicidad de la grasa circundante. En cambio, en el caso de un plastrón apendicular, se evidenciará una formación heterogénea con bordes mal definidos, sin lograr identificar de forma fiable la estructura

apendicular. Se observará así una masa de naturaleza inflamatoria, con trabeculación de la grasa adyacente y agrupamiento de asas en FID⁴.

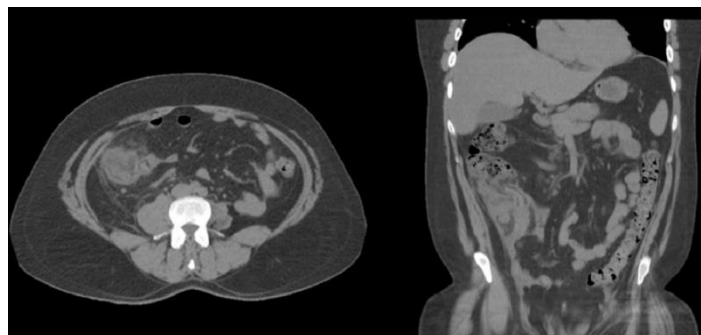


Fig 1. Corte axial y coronal de TC. En FID área mal definida y heterogénea, sin Visualización clara del apéndice cecal. ⁵

El plastrón apendicular es más común en niños, especialmente en menores de 5 años. Se encuentra con mayor frecuencia en los estudios en los que el diagnóstico se basa en imágenes que en los que se basan en el diagnóstico clínico (14,2 % vs 5,1 %) ¹. Entonces, la US y TC confirman la presencia del plastrón apendicular y si se éste se encuentra en fase de abscedación ³.

En cuanto al manejo existen 3 corrientes posibles: tratamiento conservador exclusivo, quirúrgico de inmediato y conservador con apendicectomía de intervalo. En el caso de presentar criterios de sepsis asociados, la indicación es una intervención quirúrgica urgente. La apendicectomía inmediata puede ser técnicamente exigente debido a la anatomía distorsionada y las dificultades para cerrar el muñón apendicular debido a los tejidos inflamados. Cuando se realiza una cirugía de emergencia en estos pacientes, se informa que la incidencia de complicación es de hasta 26% ⁶. La exploración muchas veces termina en resección ileocecal o hemicolectomía derecha por problemas técnicos o sospecha de malignidad por los tejidos distorsionados. Por otro lado, el tratamiento médico seguido de apendicectomía de intervalo suele ser la tendencia actual, justificándose por la prevención de recurrencia, ¹ la cual se presenta con mayor frecuencia entre los 6 meses y los 2 años posteriores al evento agudo, y la eliminación de la posibilidad potencial de diagnósticos diferenciales ocultos como cáncer y enfermedad inflamatoria intestinal (EII) ⁷. Cabe mencionar que después del tratamiento conservador exitoso de una masa apendicular, el verdadero diagnóstico es incierto en algunos casos y un diagnóstico subyacente de cáncer o EII pudiera retrasarse ¹. Se ha demostrado que éste es el caso en el 2 % de los pacientes y la mayoría ocurre en mayores de 40 años. Aunque la realización de una apendicectomía de

intervalo tiene una morbilidad adicional y un incremento de la estancia hospitalaria, elimina el riesgo de recurrencia y proporciona un diagnóstico temprano de las patologías mencionadas. El intervalo recomendado para la apendicectomía luego de un tratamiento médico efectivo varía según diferentes autores: entre seis y ocho semanas, incluso hasta tres meses. Este procedimiento tiene también la ventaja de conllevar mínimas complicaciones, ya que se realiza en un paciente estable, sin enfermedad aguda⁷, por lo que es mucho más infrecuente la necesidad de ampliar la incisión durante la cirugía². Por último, múltiples autores plantean la opción de tratamiento conservador exclusivo sin necesidad de realizar apendicectomía a intervalos, sustentándose en que el número de pacientes que desarrolla una apendicitis posterior y subsecuentemente un cáncer apendicular es mínimo, considerándola una intervención que aumenta las hospitalizaciones y el uso de recursos de forma innecesaria⁷. Se han descrito en la literatura tasas de recurrencia que oscilan alrededor del 10%, siendo mayor el riesgo entre los 6 meses y los 2 años posteriores al primer episodio⁸.

Discusión y conclusión:

La apendicitis aguda es una patología de gran importancia dada su frecuencia actual. Dentro de sus complicaciones se encuentra el plastrón apendicular. Su diagnóstico debe sospecharse en un cuadro de apendicitis aguda de al menos 3-5 días de evolución, en el que se presenta una masa al examen físico abdominal y se evidencia en imágenes (US y/o TC) una masa de naturaleza inflamatoria, con trabeculación de la grasa adyacente y agrupamiento de asas en FID. Su tratamiento ha sido materia de discusión por muchos años, existiendo 3 corrientes principales: tratamiento quirúrgico inmediato, tratamiento conservador exclusivo y tratamiento conservador inicial con resolución quirúrgica de intervalo. En base a la revisión bibliográfica realizada, pareciera ser ésta última la alternativa con mayor evidencia hasta el momento y la tendencia actual en la mayoría de los centros. El motivo principal de no intervenir de inmediato son las importantes complicaciones dada la dificultad técnica debido a la anatomía distorsionada y dificultad para el cierre del muñón, llevando muchas veces a resecciones ileocecales o hemicolectomías derechas en vez de apendicectomías simples con mucha menor morbimortalidad. La indicación de apendicectomía diferida se fundamenta en eliminar la posibilidad potencial de diagnósticos subyacentes de cáncer o EII. Aunque la realización de una apendicectomía de intervalo tiene una morbilidad adicional y un incremento de la estancia hospitalaria (ambos mucho menores que en la intervención inmediata), elimina el riesgo de recurrencia y proporciona así un diagnóstico temprano de las posibles patologías subyacentes.

Bibliografía

1. Tannoury, J., & Abboud, B. (2013). Treatment options of inflammatory appendiceal masses in adults. *World journal of gastroenterology*, 19(25), 3942–3950. <https://doi.org/10.3748/wjg.v19.i25.3942>
2. Garba, E. S., & Ahmed, A. (2008). Management of appendiceal mass. *Annals of African medicine*, 7(4), 200–204. <https://doi.org/10.4103/1596-3519.55652>
3. Rodríguez Fernández, Zenén. (2021). Consideraciones actuales concernientes al tratamiento del plastrón apendicular. *Revista Cubana de Cirugía*, 60(3), e1117. Epub 01 de septiembre de 2021. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932021000300010&lng=es&tlng=es
4. Gutiérrez, J.P., Muñoz, R.D., Rodríguez, S.S., Oro, R., Rivada, A.L., & Cruz, J.P. (2014). Valoración de plastrón apendicular por ecografía y TC. <https://www.semanticscholar.org>
5. Hernanz-Schulman M. (2010). CT and US in the diagnosis of appendicitis: an argument for CT. *Radiology*, 255(1), 3–7. <https://doi.org/10.1148/radiol.09091211>
6. Vyas, P., Joshi, A., Ram, K., Chandana, S., & Koshti, S. (2016). Comparative study of outcome of conservative versus operative management in 50 cases of appendicular lump. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 5(4), 749. <https://doi.org/10.5455/ijmsph.2016.24112015228>
7. Clouet-Huerta, D. E., Guerrero B., C., & Gómez L., E. (2017, January). Plastrón apendicular y manejo clínico actual: una decisión a reconsiderar. A propósito de un caso. *Revista Chilena De Cirugía*, 69(1), 65–68. <https://doi.org/10.1016/j.rchic.2016.08.004>
8. Sotomayor Hernandez. (2021, January). Apendicitis y plastrón apendicular: entre la cirugía y la antibióticoterapia de amplio espectro. *Neuronum*, 7(1), 152–187. <http://eduneuro.com/revista/index.php/revistaneuronum/article/view/311/378>