

Tratamiento médico y/o quirúrgico del plastrón o absceso apendicular en la infancia*

J.A. Blanco Domínguez, R.M. Isnard Planchar, J. Ilari Rocabert, P. López Ortiz, A. Castellví Gil

Sevicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona.

RESUMEN: Introducción. Existe controversia acerca del tratamiento inmediato y diferido de los casos de apendicitis aguda que se diagnostican tardíamente en forma de plastrón y/o absceso apendicular. ¿Debemos realizar de entrada un tratamiento médico o quirúrgico? En los casos de tratamiento conservador ¿debe de efectuarse siempre una apendicetomía diferida? Hemos revisado nuestra experiencia para discutir las diferentes opciones con la pretensión de poder definir unos criterios de actuación.

Material y métodos. Hemos revisado los casos de apendicitis aguda tratados entre Enero del 2003 y Diciembre del 2005, seleccionando para el presente estudio los casos de plastrón apendicular. Se han valorado los siguientes parámetros: Edad, sexo, días de evolución, diagnóstico previo, hemograma, PCR, ecografía, Tomografía computerizada (TAC), tratamiento médico, tratamiento quirúrgico inicial, días de tratamiento y tipo de antibióticos, tratamiento quirúrgico en un segundo tiempo y anatomía patológica.

Resultados. De los 154 procesos apendiculares, 10 pacientes fueron diagnosticados de plastrón apendicular lo que representa un 6,49%.

Rango de edad entre 2 y 15 años (media 6,9). No hay diferencias respecto al sexo, repartidos en un 50%. El diagnóstico inicial en un 60% fue de gastroenteritis aguda (GEA). La media de días de evolución hasta el diagnóstico definitivo fue de 5 días (entre 1 y 10 días). En el 90% de los casos el diagnóstico se confirmó por ecografía y en 2 se tuvo que realizar TAC. En dos casos tuvo que realizarse una intervención quirúrgica inicial para drenar un absceso. La apendicetomía en un segundo tiempo se realizó en 7 casos. Tres casos se encuentran pendientes de intervención.

Conclusiones. En los pacientes con plastrón o absceso apendicular si no hay una oclusión intestinal, debemos iniciar un tratamiento médico con antibióticos y posteriormente por laparoscopia realizar la apendicetomía. En el intervalo entre el cuadro agudo y la intervención definitiva, a pesar de transcurrir más de 5,5 meses de promedio, no ha habido ninguna complicación o patología relacionada con el plastrón. Un tratamiento antibiótico adecuado resuelve, siempre, el cuadro agudo. En pocas ocasiones además del tratamiento médico inicial, debemos actuar quirúrgicamente para drenar un absceso principalmente en Douglas.

PALABRAS CLAVE: Plastrón apendicular; Absceso apendicular; Apendicitis aguda; Laparoscopia; Apendicetomía.

Correspondencia: J.A. Blanco Domínguez. Bruc 69 2º 1º, 08009 Barcelona.

*Presentado XLV Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica, Murcia.

Recibido: Mayo 2006

Aceptado: Agosto 2007

MEDICAL AND/OR SURGICAL TREATMENT OF APPENDICULAR MASS AND APPENDICULAR ABSCESS IN CHILDREN

SUMMARY: Background. There is controversy about the immediate or delayed treatment of the cases of acute appendicitis which are diagnosed in the form of appendicular mass and/or appendicular abscess. At first, do we have to follow a medical or a surgical treatment? In those cases of conservative treatment, do we always have to carry out a delayed appendectomy? We have revised our experience to discuss the different options in order to try to define some implementation criteria.

Material and methods. We have revised the cases of appendicitis from January 2003 to December 2005, choosing the cases of appendicular mass on this study. We have assessed the following parameters: age, sex, days of evolution, previous diagnostic, hemogram, PCR, ultrasound, computer tomography (TAC), medical treatment, initial surgical treatment, period of treatment and types of antibiotic, surgical treatment in a second term and pathological anatomy. From the 154 appendicular processes, 10 patients were diagnosed of appendicular mass, which means 6,49%.

Results. From the 154 appendicular processes, 10 patients were diagnosed of appendicular plastron, which means 6,49%. The age range is between 2 and 15 (average 6,9). There are no differences regarding sex, 50% each. The initial diagnosis in 60% of the cases was sharp gastroenteritis. The average of days of evolution until the definitive diagnosis was 5 days (between 1 and 10 days). In 90% of the cases the diagnosis was confirmed through ultrasound scan and two cases needed computerized tomography (CT). In two cases we had to carry out an initial surgical operation to drain the abscess. The appendectomy in a second term was carried out in 7 cases. Three cases still await operation.

Conclusions. Unless there is intestinal occlusion, in those patients with tender mass or appendicular abscess, we must start a medical treatment based on antibiotics and, later on, carry out the appendectomy through laparoscopy. In the period between the sharp symptoms and the definitive operation, there have not been any further complications or pathology related to the appendicular mass, despite the fact that the operations have taken place 5.5 months later on average. A proper antibiotic treatment always solves the sharp symptoms. On few occasions, besides the initial medical treatment, we have to act surgically to drain an abscess, especially on Douglas.

KEY WORDS: Appendicular mass; Acute appendicitis; Laparoscopy; Appendectomy.

INTRODUCCIÓN

La apendicitis es una de las enfermedades agudas más frecuentes y requiere tratamiento quirúrgico y, si es preciso, complementado con un tratamiento antibiótico. Esta pauta es suficiente para solucionar la mayor parte de los pacientes.

En algunos casos, por un retraso del diagnóstico o formas de presentación diferentes se diagnostica un absceso o plastrón apendicular, que es un proceso apendicular evolucionado. Si estos pacientes presentan un estado general aceptable y no tienen un cuadro de oclusión intestinal se puede seguir un tratamiento antibiótico inicial. Si éste es eficaz y resuelve el proceso agudo se pospone la apendicectomía para un segundo tiempo.

Si realizamos una revisión de la literatura podemos observar que los criterios terapéuticos frente a los abscesos o plastrones apendiculares son muy variables⁽¹⁻⁵⁾. Desde el momento de entrada al tratamiento quirúrgico y antibiótico terapia, a los que piensan que si se soluciona con tratamiento médico la apendicectomía diferida es muy discutible.

El motivo de este trabajo es valorar el tratamiento que hasta ahora hemos realizado y sus resultados. Y plantearnos si seguimos con este protocolo o podemos mejorarlo en este tipo de pacientes.

Una duda que surge de forma automática, en los abscesos o plastrones apendiculares, es si la apendicectomía diferida es o no necesaria. Y si esta debe realizarse, en qué periodo de tiempo después de finalizado el cuadro agudo.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Hemos revisado los casos 154 diagnosticados de apendicitis aguda entre Enero del 2003 y Diciembre del 2005, seleccionando para este estudio los 10 casos de plastrón, absceso apendicular y abscesos intrabdominales de posible origen apendicular (6,49%).

Se han valorado los siguientes parámetros: Edad, sexo, días de evolución clínica, diagnóstico previo al proceso apendicular, hemograma, proteína C reactiva (PCR), ecografía abdominal, tomografía computerizada (TAC), tratamiento médico, tratamiento quirúrgico inicial, días de tratamiento y tipos de antibiótico, tratamiento quirúrgico posterior o apendicectomía diferida y anatomía patológica.

RESULTADOS

El rango de edad está entre 2 y 15 años (media de 6,9). No hay diferencia entre sexos, se repartió en un 50%. El diagnóstico inicial en el 60% de los pacientes fue de gastroenteritis aguda (GEA), en el resto de pacientes el diagnóstico fue de proceso apendicular, con la peculiaridad del retraso diagnóstico por diferentes motivos.

La media de días de evolución hasta el diagnóstico definitivo fue de 5 días (entre 1 y 10 días).

La ecografía fue el medio de confirmación del diagnóstico en el 90% de los casos. La ecografía confirmó la sospecha clínica en unos casos y en otros nos desveló el diagnóstico sin tener una sospecha clínica de proceso apendicular. En 2 pacientes se realizó una tomografía computerizada. En uno de ellos la ecografía no era del todo concluyente y en el otro, al tener múltiples abscesos intrabdominales, se realizó para delimitar la localización de estos y poder drenarlos. Tenía cinco colecciones purulentas que se localizaban en zona peri umbilical, epigástrica, hipogástrica y en las dos fosas iliacas.

En dos pacientes se realizó, además del tratamiento antibiótico, un tratamiento quirúrgico a las 24 horas de iniciado el antibiótico. En el que presentaba múltiples abscesos intrabdominales, bien delimitados, estos se drenaron. El otro tratamiento quirúrgico, que se realizó inicialmente, fue el drenar el absceso de Douglas que se detectó en la exploración clínica inicial.

El tratamiento antibiótico inicial de Amoxi-clavulámico y gentamicina fue suficiente en 6 pacientes, con una duración media del tratamiento de 10,8 días (entre 8 y 20).

En dos casos se inició el tratamiento con la pauta inicial (amoxicilina-clavulánico y gentamicina) pero se tuvo que cambiar por no mejorar los síntomas, sobre todo la fiebre y se cambió a amikacina, ampicilina y metronidazol. En los dos restantes el tratamiento desde el inicio fue con la pauta de amikacina, ampicilina y metronidazol, por la gravedad del cuadro clínico, sobre todo en aquel caso que presentaba los múltiples abscesos intraperitoneales. En este paciente se inició alimentación parenteral de entrada que se mantuvo durante 8 días.

El periodo desde el alta hospitalaria inicial hasta el ingreso para realizar la apendicectomía en el 90% fue asintomático, y solo un paciente presentó un cuadro de dolor abdominal, por el que acudió a control. El proceso se autolimitó en las primeras 24 horas.

En 9 pacientes se ha realizado la apendicectomía por vía laparoscópica, encontrando 2 apéndices de aspecto normal, 5 apéndices con aspecto alterado y más o menos adherencias en la zona de fosa iliaca derecha, un apéndice adherida a sigma con múltiples adherencias y un apéndice amputada. Una paciente está pendiente de realizarle la apendicetomía.

El periodo entre el proceso agudo y la posterior apendicetomía fue entre 3 y 12 meses con una media de 5,5 meses.

La anatomía patológica fue informada en 2 casos de signos inflamatorios inespecíficos, en 6 un predominio de fibrosis con obliteración de la luz de la apéndice y la restante fue el caso en el que encontramos la apéndice amputada.

La realización de la apendicectomía en todos los casos se realizó por laparoscopia, no tuvimos ninguna complicación operatoria ni postoperatoria, con una estancia media de 1,3 días (entre 1 y 3).

DISCUSIÓN

Después de realizar esta revisión de nuestros casos y lo que hay publicado podemos decir que es un tema polémico⁽¹⁻