

Sr. Editor:

Me dirijo a Ud. para hacerle llegar un aporte junto con algunos comentarios a propósito del artículo publicado en *Cirugía Pediátrica*, volumen 11, número 4 de 1998 en la sección de casos clínicos, titulado «Apendicectomía diferida en caso de plastrón apendicular» firmado por el Dr. M. Alaminos Mingorance y colaboradores.

Vuestra publicación es muy estimada por los cirujanos pediatras de Argentina a quienes llega por intercambio con nuestra revista *Cirugía Infantil* y, como probablemente suceda en España con nuestro impreso, la recibimos con variable retraso, por lo que recién en el mes de Agosto del corriente he tenido acceso al ejemplar citado, justificando el lapso que media desde la publicación del caso y esta carta.

Como aporte le hago llegar referencia, «Plastrón Apendicular: ¿Es necesaria la operación diferida?» Se publicó en la *Rev Cir Infantil* 1992;1:30-33 a cuya experiencia me permito las siguientes observaciones:

La indicación de exploración quirúrgica diferida en un plastrón apendicular enfriado y clínicamente resuelto cuenta con aval bibliográfico mayoritario, aunque casi todos los autores mencionan que se trata de una indicación controvertida, a la vez que no se aportan fundamentos claros para sostener un criterio intervencionista en el paciente asintomático.

La falta de fundamentos para la indicación quirúrgica nos motivó a evaluar en un protocolo prospectivo los hallazgos quirúrgicos y patológicos en 20 niños consecutivos que fueron operados entre 4 y 12 meses después de sufrir apendicitis evolucionada al plastrón y clínicamente curados, así co-

mo el seguimiento clínico de otros 11 pacientes libres de síntomas que no fueron operados, ninguno de los cuales presentó en su evolución apendicitis recurrente. En nuestra serie dos pacientes con reagudización clínica de apendicitis fueron operados oportunamente y resueltos sin complicaciones.

En los pacientes clínicamente sanos operados en forma programada, los hallazgos anatómo-patológicos que surgieron de un examen con método doble ciego realizado por dos patólogos se resumen en 4 diagnósticos: 1) escaso infiltrado linfocitario en apéndice y meso: 13 casos. 2) Apéndice normal: 4. 3) Inflamación persistente en peritoneo y meso: 2. 4) Obliteración fibrosa: 1.

La descripción repetida en los partes quirúrgicos describe adherencias laxas no oclusivas entre el intestino y el apéndice fibrosado o restos del mismo fijados al peritoneo.

Nuestra consideración es que cuanto más cerca del episodio agudo se opere, mayores serán las posibilidades de encontrar signos histológicos de inflamación.

A partir de las evidencias recogidas y ante la ausencia de recurrencia de los síntomas, nuestro criterio ha sido desde entonces mantener el control clínico de los niños, absteniéndonos de indicar la operación en frío por considerarla innecesaria.

Si a su juicio estas consideraciones merecen su publicación en la sección «Cartas al Editor», le agradecería su difusión.

Sin otro particular, le hago llegar un cordial saludo.

**Fermín R. Prieto**

*Hospital de Pediatría J.P. Garrahan  
Buenos Aires (Argentina)*