MANEJO DEL PLASTRÓN APENDICULAR: ¿CONSERVADOR o AGRESIVO?*

*Por los Dres.: Jorge Luis Deras * **
*Alejandro A. Membreño-Padilla, F.A.C.S. ****

Aproximadamente del 2 al lOo/o de pacientes con apendicitis aguda, que son admitidos a un hospital cualquiera, se presentan tardíamente con una "masa" palpable en el cuadrante inferior derecho del abdomen, la que nosotros llamamos "Plastrón Apendicular".

Aunque existe acuerdo general en que el tratamiento adecuado y/o correcto de la apendicitis aguda simple y temprana es la apéndicectomía inmediata, el tratamiento de aquellos pacientes que se presentan con "Plastrón apendicular" sigue siendo muy controversial. Ahora bien, esta controversia no es nueva ya que, al inicio de este siglo —en 1901— Oschner ' apoyó el manejo conservador mientras que Murphy —en 1904— alentaba el drenaje con apendicectomía*- ' si el apéndice era accesible. Más tarde, McPherson y Kinmouth —en 1945— demostraron la efectividad del manejo no operatorio y/o conservador en pacientes que se presentaban con "masa" palpable y apendicitis^', por lo que resultó siendo posteriormente el más utilizado en estos casos. Recientemente, la controversia parece haber resucitado con la aparición de nuevos artículos en favor del tratamiento conservador (4,5,6) —los más— o en contra de ese tipo de manejo —los menos— y por lo tanto en favor de la apéndicectomía temprana y/o inmediatamente (7,8).

El manejo conservador consiste esencial y sencillamente en: a) reposo; b) observación cuidadosa y c) antibióticos únicamente, o todo lo anterior más drenaje de un absceso complicante —si el caso lo amerita— seguidos de una apendicectomía de intervalo, que se practica de 3 a 5 meses después selectivamente. En favor de este tipo de tratamiento del "Plastrón apendicular" se aduce que la apendicectomía inmediata está frecuentemente asociada a una alta morbimortalidad, causada por la diseminación de la infección localizada y el alto riesgo de perforación inadvertida del ciego y/o el ileon terminal,, con la posible subsequente formación de una fístula intestinal^' Otros, sin embargo, argumentan en contra diciendo que el manejo conservador conlleva el riesgo de confundir otras lesiones con el supuesto "plastrón apendicular" y que, además, frecuentemente la resolución de la "masa" no ocurre en pocos días' ' lo que significa largos períodos de hospitalización.

En nuestro hospital ha sido práctica de rutina intervenir quirúrgicamente a estos pacientes en forma inmediata, para efectuarles apendicectomía. Se decidió entonces, revisar y analizar retrospectivamente la experiencia de 4 años con pacientes tratados en esa forma para compararlos con un grupo de 17 pacientes, estudiados en forma prospectiva y a quienes no se les efectuó apendicectomía inmediata, con el objeto de comparar la evolución —es decir: estadía hospitalaria y complicaciones— y la mortalidad observadas en ambos grupos.

---

* Reporte preliminar presentado como Tema Libre en el Congreso Médico Nacional celebrado en Choluteca, 1984.

** Ex-Jefe de Residentes de Cirugía General del Hospital Escuela, Tegucigalpa.

*** Cirujano General Profesor de Cirugía y Ex-Coordinador del Programa de Post-grado de Cirugía General del Hospital-Es cuela de Tegucigalpa, D.C., Honduras, C. A.

MATERIAL Y MÉTODOS

Durante un período de 4 años (de mayo 19,1979 a mayo 18, 1983) fueron tratados en el Hospital-Escuela de Tegucigalpa, Honduras 340 pacientes por apendicitis aguda. La revisión y análisis retrospectivos de los expedientes de estos pacientes demostró que 27 de ellos —es decir: un 7.9o/o— tenían "masas" abdominales o pélvicas al ser admitidos en el Hospital. En todos los pacientes la "masa" fue identificada clínicamente mediante la palpación abdominal y/o los exámenes ginecológicos o rectal. De ellos, 14 pertenecían al sexo masculino y 13 al femenino. La edad de los pacientes tuvo un rango de 5 a 49 años, con un 40o/o en la segunda década de la vida. Todos los pacientes fueron operados dentro de las 24 horas del ingreso. A este grupo se le denominó Grupo A, (Figura No. 1).

Luego, durante un período de 11 meses (de febrero 27, 1983 a Diciembre 12, 1983) se estudiaron 17 pacientes adultos en los que se hizo el diagnóstico de "plastrón apendicular". La mayoría de ellos se presentaron con dolor abdominal, fiebre y leucocitosis y en todos ellos se palpó y/o encontró una "masa" abdominal o pélvica. De ellos, 14 pertenecían al sexo masculino y 3 al femenino. La edad de los pacientes tuvo un rango de 13 a 63 años, con un 35o/o en la tercera década de la vida. A este grupo se le denominó Grupo B (figura 2).

De los 17 pacientes de el grupo B, a 6 se les efectuó drenaje de absceso, sin apendicectomía, como tratamiento considerado por nosotros —y otros— como conservador. En 2 de ellos se efectuó enema balitado previo al acto quirúrgico y en ambos casos este examen fue reportado como compatible con "plastrón apendicular". Todos estos pacientes fueron citados posteriormente para apendicectomía de intervalo en forma selectiva. A los restantes 11 pacientes de este Grupo B se les asignó manejo inicial conservador no operatorio consistente en reposo, ayuno con restitución de líquidos y electrolitos —según el caso— y administración de antibióticos en dosis elevadas e IV por varios días. A la mayoría de ellos se les efectuó enema baritado, que confirmó el diagnóstico, y se les dio de alta al remitir el dolor y la fiebre y al disminuir de tamaño o desaparecer la "masa" abdominal. Todos estos pacientes se evaluaron periódicamente en la consulta

FIGURA No. 1

GRUPO A) 27 PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA (APENDICECTOMIA INMEDIATA)

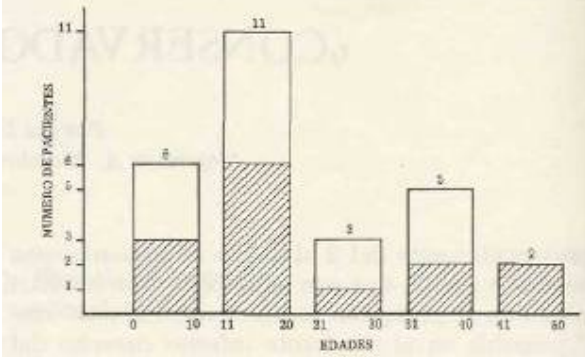
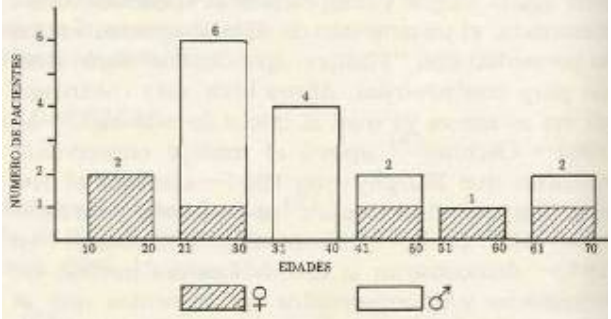


FIGURA No. 2

GRUPO B) 17 PACIENTES SOMETIDOS A MANEJO CONSERVADOR



externa y fueron citados para considerar apendicectomía de intervalo en forma selectiva, de 12 a 20 semanas después.

En ambos grupos se estudiaron las complicaciones presentadas durante la hospitalización y el período de tiempo de esa estadía hospitalaria, así como la mortalidad.

El término "plastrón apendicular", muy usado en nuestro medio, fue definico como:. . . "una masa edematosa bien localizada en el cuadrante inferior derecho del abdomen y formada por epiplón mayor, asa(s) de intestino delgado —generalmente el ileón terminal— y anexo(s) derecho(s) —en el caso

de ser una mujer— sobre un apéndice vermiforme inflamado agudamente (todos ellos adheridos entre sí) que puede complicarse con la formación de un absceso". . . y es utilizado por nosotros como sinónimo de "flemón", termino usado por otros^ [17]^

RESULTADOS

En el grupo A, de 27 pacientes sometidos a una apendicetomía inmediata: el rango de duración de los síntomas fue de 2 a 14 días (x 6.2 días); las dimensiones del "plastrón", consignadas en 8 expedientes, fueron de 2 a 8 CMS. de diámetro (i 13.8 días) y se presentaron complicaciones en 11 de ellos (Tabla No. 1), siendo la principal de ellas la infección de la herida operatoria —en 10 casos— y de estos 11 pacientes 9 eran menores de 13 años. Se efectuó biopsia del apéndice extirpado en todos los casos de este Grupo A, las que revelaron cambios inflamatorios agudos. Del grupo total de 27 pacientes, 14 de ellos tenían "absceso periapendicular" y 6 de estos casos —es decir: menos de la mitad— se complicaron así: 5 con infección y/o dehiscencia de la herida operatoria (y uno de ellos también desarrolló una fístula intestinal), el otro formó un absceso subfrénico. El resto de los complicados, es decir 5 más —para completar el número total de 11, mas o menos un 40o/o, en este grupo- real o aparentemente no tenía colección de pus alrededor de y/o en el plastrón, pero todos ellos de todas maneras se complicaron por lo menos con infección y/o dehiscencia de la herida operatoria. Uno de ellos desarrolló, además, otra fistula intestinal para dar así un total de 2 fístulas —como complicación— en este grupo A. Sin embargo, ninguno de los pacientes dd este grupo falleció.

TABLA 1

COMPLICACIONES OBSERVADAS EN PACIENTES SOMETIDOS A APENDICECTOMIA INMEDIATA

Infección herida operatoria	10
Dehiscencia herida operatoria	4
Fístula intestinal	2
Absceso subfrénico	1
Total:	17

En el Grupo B, de 17 pacientes manejados conservadoramente: la duración de los síntomas fue de 3 a 30 días (x 13.1 días); las dimensiones de la "masa", consignadas en 12 expedientes, fueron de 2 a 10 cms. de diámetro (x 5 cms.) y la mayoría (70o/o) de los pacientes presentó elevación de la temperatura superior a 38 así como leucocitosis superior a 10.000 por mm De los 6 pacientes de este grupo, en los que se efectuó drenaje quirúrgico de un absceso periapendicular —lo cual fue considerado como manejo operatorio conservador— el tiempo de hospitalización fue de 17.5 días en promedio, la evolución fue satisfactoria en todos ellos —sin complicaciones ni mortalidad— y 4 retornaron para apendicetomía de intervalo. Los 2 que no se presentaron en las fechas en que fueron citados para efectuarles la apendicetomía de intervalo, estaban sin embargo asintomáticos 3 meses después del drenaje cuando fueron evaluados por última ve^ en la consulta externa. No hubo complicaciones (Oo/o) en los 4 pacientes a los que se les practicó la apendicentomía selectivamente. De los 11 pacientes del grupo B que fueron manejados conservadoramente en forma no operatoria, solamente uno de ellos requirió intervención quirúrgica al noveno día de internamiento por agravamiento de los síntomas y signos clínicos. Por otro lado, 4 de los pacientes retornaron para apendicentomía de intervalo. En estos, el promedio de estadía hospitalaria del primer ingreso fue de 8.5 días y el del segundo fue de 9.25 días, para un promedio total de 17.7 días. Infortunadamente, de estos 4 pacientes, uno (es decir: el 25o/o) presentó complicaciones al momento de la cirugía al perforársele un divertículo del sigmoides por lo que fue reintervenido 12 días después por un absceso subfrénico, falleciendo 4 días después en sepsis. Cinco pacientes no acudieron a la cita dada para la apendicectomia de intervalo, y uno aún estaba pendiente de regresar para ello al momento de redactar este trabajo.

Del total de 8 pacientes de este grupo B que regresaron para la apendicetomía de intervalo, solo uno se complicó y falleció post-operatoriamente, lo que dio un porcentaje de 12.5o/o de morbimortalidad para este procedimiento.

DISCUSIÓN

Los reportes de tratamiento conservador y de apendicectomía temprana y/o inmediata en el "plastrón apendicular" son difíciles de comparar y, hasta ahora, no se tiene conocimiento de que se haya llevado a cabo algún estudio prospectivo —doble ciego y/o al azar— que sea lo suficientemente serio como para clarificar la posibilidad de superioridad de uno de estos tratamientos sobre el otro^ '* Los otros estudios, además, tratan con 2 condiciones que ya McPherson y Kinmouth' ' en 1945, así como Thomas^[4]) en 1973, habían diferenciado —es decir: "el flemón y el absceso apendicular"— sin llegar a clarificar la controversia. Aunque estos términos han sido aplicados en forma poco estricta, se acepta que la evolución natural y común de un "flemón" debería ser la resolución, aunque podría terminar formando un "absceso"* ' si el paciente no se defiende bien y/o no es ayudado por la acción de los antibióticos. Es en este último caso donde el drenaje es sumamente efectivo.

Probablemente lo básico en estos pacientes sea precisamente el saber diferenciar las características clínicas de cada una de esas dos condiciones. Se ha descrito que la asociación de algunos hallazgos clínicos como: a) un pulso creciente; bO fiebre sostenida; c) incremento o empeoramiento de la sensibilidad y/o el dolor abdominal; y d) aumento del tamaño de la "masa" podrían ser indicativos de absceso[1]- '. Sin embargo, en la mayoría de los casos es difícil hacer la diferencia entre "flemón o plastrón" y un verdadero "absceso", ya que clínica o laboratoriamente pueden comportarse exactamente igual en muchos casos; aunque en la actualidad, el uso de la ultrasonografía y/o la tomografía axial computarizada han llegado a mejorar la precisión diagnóstica. En la mayoría de las series revisadas^ '>°> se encontró que el 50o/o de los casos de "plastrones apendiculares" corresponden a "abscesos". Existe además, un reporte(9) serio del Hospital General de Massachusetts en el que se hace notar la alta mortalidad observada en pacientes operados por apendicitis aguda complicada con "plastrón y/o absceso periapendicular", en especial cuando solo se drena.

Hay controversia también, en el empleo de antibióticos en los casos manejados conservad ora mente, ya que algunos autores —como Janikl ' —creen que no es necesario usarlos, aunque reconocen — como otros autores' '' — que si podrían tener un efecto protector antes, durante y después del drenaje del absceso así como disminuir el número de casos de "flemones" que progresan a "absceso" y el de los casos de recidivas de la apendicitis aguda antes de la apendicectomía de intervalo.

En lo que respecta a esta última, la mayoría estima que es un procedimiento que debe efectuarse ya que en los exámenes histológicos de estos apéndices se ha encontrado que más de la mitad presentan inflamación aguda residual, o por lo menos subaguda, aún 5 meses después de que los síntomas han desaparecido^ ' ' ' Además de evitar las posibles recidivas de apendicitis aguda, este tipo de procedimiento selectivo sirve para identificar cualquier otro tipo de lesiones patológicas no sospechadas, especialmente las malignas. No obstante, este procedimiento se ha asociado a una alta, aunque muy variable, tasa de morbilidad (entre 13 y 19o/o en varias series, incluyendo la nuestra) que contrasta con un bajo logro terapéutico —aunque no en nuestra serie— reportado por algunos autores, por lo que hay quienes^ > > consideren que se trata de un procedimiento superfluo o/e innecesario.

En nuestro hospital se ha seguido la rutina de efectuar apendicectomía inmediata y/o temprana en estos casos. Sin embargo, al comparar los resultados obtenidos de la experiencia nuestra de 4 años —Grupo A— con otras series, no encontramos diferencias significativas con ellas, llamando la atención el hecho de que se detectaron complicaciones en un tercio de todos los pacientes manejados en esa forma (tabla II) y de que no se observó mortalidad alguna. Por otro lado, en el Grupo B, los 6 pacientes que fueron intervenidos tempranamente —y a quienes solo se les efectuó drenaje de absceso— tuvieron una evolución hospitalaria inicial satisfactoria y, además, no se presentaron complicaciones ni hubo mortalidad en los 4 que retornaron para ser sometidos a la apendicectomía de intervalo, programada selectivamente. En el subgrupo de 11 pacientes, del mismo Grupo B, que fueron manejados conservadoramente y en forma no operatoria, el curso inicial fue satisfactorio en más del 90o/o —sólo 1 de ellos no evolucionó bien— de los casos, lo que es similar a la experiencia de

TABLA II

COMPARACION DE 3 SERIES CON APENDICECTOMIAS INMEDIATAS EN EL MANEJO DE PLASTRONES APENDICULARES.

AUTOR	VAKILI[8]	JORDAN[7]	MEMBREÑO
País	Irán	E.U. de A.	Honduras
Año	1976	1982	1984
No. Casos	34	45	27
Evolución de Síntomas	6.5 días	7.2	6.7 días
Complicaciones	29 o/o	33 o/o	40 o/o
Tiempo de Hospitalización	9 días	15.9 días	13.6 días
Mortalidad	0	0	0

TABLA III

COMPARACION DE 4 SERIES CON MANEJO CONSERVADOR DE PLASTRONES APENDICULARES

AUTOR	THOMAS[4]	JANIK[5]	SKOUBO[6]	Membreño
País	Inglaterra	Canadá	Dinamarca	Honduras
Año	1973	1980	1982	1984
EVOLUCION EN EL PERIODO INICIAL:				
No. de Casos	37	37	193	17
Satisfactoria	29(78o/o)	30(81o/o)	170(88o/o)	16(94o/o)
Recurrencia o Empeoramiento	8(22o/o)	7(19o/o)	23(12o/o)	1(6o/o)
Mortalidad	0	0	1(0.6o/o)	0
EVOLUCION RELACIONADA CON LA APENDICECTOMIA DE INTERVALO:				
No. de casos	35	30	179	8
Estadía hospitalaria (ambos ingresos)	19 días	—	21 días	22 22 días
Complicaciones	3(8.6o/o)	1(3.3o/o)	6(3.3o/o)	1(12.5o/o)
Mortalidad	0	0	0	1(12.5o/o)

otros autores en series de pacientes manejados en forma similar. Además, de los pacientes que fueron sometidos a apendicectomía de intervalo —en este subgrupo— uno de ellos presentó complicaciones post-operatorias que lo llevaron a la muerte, las que talvez pudieron ser evitadas con una buena preparación preoperatoria del colon.

Al comparar los promedios de estadía hospitalaria en ambos grupos se encontró que en el A la estadía promedio fue mucho menor que la del B, con una diferencia significativa de casi 4 días; sin embargo, las complicaciones observadas en el grupo de las apendicectomías inmediatas y/o tempranas, que incluyeron 2 fístulas intestinales graves y un absceso subfrénico —además de las infecciones y/o dehiscencias de heridas operatorias— para un total de 17, no son comparables con una evolución satisfactoria en 16 de 17 casos —es decir: más de 94o/o— manejados inicialmente en forma conservadora por nosotros; cifras estadísticas que agregadas a las de las series revisadas (tabla III) demuestran claramente que la evolución de la mayoría de los casos manejados conservadoramente es satisfactoria y que, además, la posible morbimortalidad postoperatoria a esperar — es decir: un poco más del 4o/o y menos del 0.5o/o, respectivamente— en las apendicectomías de intervalo, practicadas selectivamente de 3 a 5 meses después, es poco o nada significativo.

CONCLUSIONES

1. Los resultados obtenidos en nuestro estudio, a pesar del poco número de pacientes, indican que el manejo conservador inicial de "plastrón apendicular" conlleva una baja morbilidad —es decir: apenas un 6o/o— y no mortalidad al igual que en otras series, lo que claramente lo convierten en una real y buena alternativa en el manejo de este tipo de patología.

2. En base al análisis de la bibliografía revisada, y ante los resultados halagadores obtenidos en nuestro estudio, nosotros —al igual que Condón* ' consideramos que debe plantear se seriamente un "enfoque selectivo" de trata miento ante el problema de aquellos pacientes con "plastrón apendicular"; que debe interve-

nirse todo aquel paciente con sintomatología de menos de 5 días de evolución, fiebre alta y leucocitosis también elevada para drenarle un "absceso", sin exponerlo a los riesgos de una apendicectomi'a inmediata; y que, parece ser conveniente dejar aquellos pacientes con más de 5 días de evolución y cuyos síntomas estén mejorando y/o desapareciendo para un manejo conservador no operatorio, exceptuando talvez a niños, ancianos y mujeres embarazadas.

3. La apendicectomía de intervalo, como ha sido recomendado por Kanik y colaboradores^ >> debe efectuarse de 3 a 5 meses después del episodio agudo en vista del gran potencial que un apéndice inflamado tiene de sostener una infección de bajo grado por períodos prolongados, lo que podría propiciar una reci diva de la apendicitis aguda; siendo necesario y/o recomendable realizar en estos pacientes, previo a la cirugía, una buena preparación del colon con el fin de prevenir complicaciones como las que presentó el único paciente de nuestra serie que falleció.

4. Un control más prolongado y/o estricto de aquellos pacientes que declinaron la apendicectomía de intervalo en nuestra serie, arrojará más pautas sobre la conveniencia o no de efec tuar rutinariamente este procedimiento.

5. En nuestra opinión, el manejo conservador del "plastrón apendicular" debe ser satisfactorio siempre y cuando se sepa tomar la decisión a tiempo de drenar adecuadamente —sin necesi dad de realizar la apendicectomía— un "absce so" complicante, basándose en el cuadro clíni co de esa complicación y/o ante la falla de una antibiotecoterapia adecuada. Sin embargo, aceptamos paladinamente —como lo dice el Dr. Foran (1*2)- que cualquiera de las dos formas de tratamiento del "plastrón apendicular" es aceptable en base a los resultados similares que han demostrado varias series.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oschner, A.J.: "The cause of diffuse peritonitis complicating appendicitis and its prevention"; J.A.M.A., 26:1747, 1901.

2. Murphy, J. P.: "Two thousand operations for appendi citis"; Am. J. Med. Sci., 128:187,1904.

3. McPherson A.G. and Kinmouth J.B.: "Acute appendi citis and the appendix mass"; Br. J. Surg., 32:365, 1945.

4. Thomas, D.R.: "Conservative management of the appendix mass"; Surgery, 73/5:677, 1973.

5. Janik J. S., Ein S.H., Shanding B., Simpson J.S. and Stephins C.A.: "Nonsurgical management of appendiceal mass in late presenting children"; J. Pediat. Surg., 15:574,1980.

6. Skoubo-Kristensen E. and Hvid I.: "The appendiceal mass: results of conservative management"; Ann. Surg. 73/5:677,1973.

7. Jordán J.S-, Kovalcik P.J. and Schwab C.W.: "Appen dicitis with a palpable mass:'; Ann. Surg., 191/2:227, 1981.

8. Vakili, C: "Operative Treatment of appendix mass"; Am. J. Surg. 131:312,1976.

9. Bames B.A., Behringer G.E., Wheelock F.C. and Wilkins E.W.: "Treatment of appendicitis at the Massachusetts General Hospital between 1937 and 1959"; J.A.M.A., 180:122,1962.

10. Gierup J. and Karpe B.: "Aspects on appendiceal abscess in children with special reference to delayed appendectomy"; Acta Chir. Scand., 141:801, 1975.

11. Condón R.E.: 'Appendicitis" in surgical Pathology, page 1075, of sabiston's textbook; Philadelphia, W.B. Saunders, 1977.

12. Foran B., Berne T.V. and Rosoff L.: "Management of the appendiceal mass"; Arch, Surg., 113:130, 1978.