



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

MANEJO DEL PLASTRON APENDICULAR COMPLICADO Y NO
COMPLICADO EN EL ADULTO CON CINCO DIAS DE EVOLUCION

SEVILLA CACERES CHRISTOPHER DAVID
MÉDICO

MACHALA
2017



UTMACH

**UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD**

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

**MANEJO DEL PLASTRON APENDICULAR COMPLICADO Y NO
COMPLICADO EN EL ADULTO CON CINCO DIAS DE
EVOLUCION**

**SEVILLA CACERES CHRISTOPHER DAVID
MÉDICO**

**MACHALA
2017**



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EXAMEN COMPLEXIVO

MANEJO DEL PLASTRON APENDICULAR COMPLICADO Y NO COMPLICADO
EN EL ADULTO CON CINCO DIAS DE EVOLUCION

SEVILLA CACERES CHRISTOPHER DAVID
MÉDICO

SERRANO SALCEDO WILMAN MOISES

MACHALA, 22 DE NOVIEMBRE DE 2017

MACHALA
22 de noviembre de 2017

Nota de aceptación:

Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado Manejo del plastron apendicular complicado y no complicado en el adulto con cinco días de evolución, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.

MEDICINA GENERAL
DIPLOMADO EN MANEJO DEL PLASTRON
CIRUJANO GENERAL
LAPAROSCOPISTA
Libro: 02 Folio: 336 No. 342

SERRANO SALCEDO WILMAN MOISES
0100832468
TUTOR - ESPECIALISTA 1

LOJAN ALVARADO JULIO CESAR
0704323930
ESPECIALISTA 2

ALVARADO DIAZ LEONARDO JOSE
0701180341
ESPECIALISTA 3

Fecha de impresión: lunes 20 de noviembre de 2017 - 15:22

Urkund Analysis Result

Analysed Document: SEVILLA CACERES CHRISTOPHER DAVID_PT-011017.pdf
(D32190366)
Submitted: 11/8/2017 2:12:00 AM
Submitted By: titulacion_sv1@utmachala.edu.ec
Significance: 2 %

Sources included in the report:

Tesis.pdf (D31054796)
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4703/1/T-UCE-0006-128.pdf>

Instances where selected sources appear:

2

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

El que suscribe, SEVILLA CACERES CHRISTOPHER DAVID, en calidad de autor del siguiente trabajo escrito titulado Manejo del plastron apendicular complicado y no complicado en el adulto con cinco días de evolución, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

El autor declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

El autor como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 22 de noviembre de 2017



SEVILLA CACERES CHRISTOPHER DAVID
0704696038



DEDICATORIA

El presente trabajo, el cual se lo realizo con mucha paciencia y arduo empeño, en primer lugar es dedicado al ser que lo hace posible todo en este mundo, quien no me ha permitido caer en los momentos más difíciles que han transcurrido en mi existencia y ha brindado luz y tranquilidad en mi largo sendero que día a día se va construyendo junto a las personas que brindan felicidad y bondad en mi vida, a nuestro padre Dios ; a mis padres que con su ejemplo han creado una familia de buenas costumbres el cual ha obtenido unos hijos que en momentos difíciles han brindado apoyo al que más lo necesita el cual es el producto de su sacrificio , entrega , amor y apoyo hacia sus hijos a pesar de las diversidades que han suscitado; y por último a la persona que me ha impulsado a sobresalir de todas las adversidades en el transcurso de mi formación académica y de mi vida , a mi señorita enamorada , el cual le doy gracias a Dios por ir uniendo estos dos senderos que a futuro se formará en uno solo .

Christopher David Sevilla Cáceres.

RESUMEN

El plastrón apendicular es una complicación de la apendicitis aguda, causada por la falta de detección temprana de esta enfermedad, que trae como consecuencia la formación de una masa conformada por el epiplón y paredes intestinales actuando como método de auto protección para tener localizado al proceso inflamatorio y no se generalice, el diagnóstico es eminentemente clínico, con una buena anamnesis del dolor y exploración física que debe de ser corroborada por ecografía visualizándose una colección de aspecto heterogéneo, con bordes irregulares, paredes engrosadas sin identificar la forma del apéndice. Su manejo aun es tema de discusión debido a que en la actualidad no hay muchos estudios en adultos sobre la comparación del manejo conservador versus agresivo, sin embargo, en las investigaciones que hay se ve mejores resultados con el método conservador teniendo menos complicaciones y menos complejas, por lo que se debería más estudios en pacientes adultos.

Palabras claves: apéndice, plastrón apendicular, manejo conservador, manejo quirúrgico, método conservador .

ABSTRACT

The appendicular plastron is a complication of acute appendicitis, caused by the lack of early detection of this disease, which results in the formation of a mass formed by the omentum and intestinal walls acting as a method of self-protection to localize the inflammatory process and not generalize, the diagnosis is eminently clinical, with a good anamnesis of the pain and physical examination that must be corroborated by ultrasound visualizing a collection of heterogeneous appearance, with irregular edges, thickened walls without identifying the shape of the appendix. Its management is still a subject of discussion due to the fact that currently there are not many studies in adults on the comparison of conservative versus aggressive management, however, in the researches there are better results with the conservative method having fewer complications and less complex, so it should be more studies in adult patients.

Key words: appendix, appendicular plastron, conservative management, surgical management, conservative method.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVOS	5
MATERIALES Y MÉTODO	5
Definición	6
Epidemiología	6
Clasificación	6
Etiopatogenia	7
Fisiopatología	8
DIAGNÓSTICO	8
Examen Físico	9
Exámenes de laboratorio	9
Plastrón apendicular	9
Manejo del plastrón apendicular	10
Conclusion	13
Bibliografía	14

INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda es la inflamación del apéndice, en el que se pueden presentar complicaciones y llegar a comprometer la vida del paciente, en particular cuando se retrasan el diagnóstico y la terapéutica oportuna(1). Young señala que, la apendicitis es un proceso inflamatorio agudo que se inicia por obstrucción de la luz apendicular cecal, la mayor parte ocasionado por hipertrofia de folículos linfoides y puede provocar una perforación con la consiguiente peritonitis y el 5% de las personas padecerá en algún momento de su vida (2).

La apendicitis sin tratamiento oportuno puede evolucionar hacia una perforación apendicular, generando peritonitis generalizada, una entidad de mayor gravedad; sin embargo, el organismo puede controlar parcialmente este proceso generando un plastrón apendicular en aproximadamente un 10% de los casos, siendo este una masa formada generalmente por intestino y omento inflamado y adherido, con poca o ninguna colección de pus. La inflamación transmural se extiende a través de la suberosa, serosa y el peritoneo, para comprometer en el proceso inflamatorio a los órganos adyacentes (3).

La apendicitis aguda es la emergencia quirúrgica más común en los Estados Unidos cada año hay más de 250.000 casos diagnosticados de apendicitis aguda. El 7% de la población total tendrá apendicitis en alguna etapa de su vida; el pico de incidencia de la condición estará entre los 10 y 30 años de edad en ambos sexos con mayor frecuencia en el sexo masculino 8.6 y 6.7% para el sexo femenino (4).

Hay diversos trabajos que defienden un tratamiento conservador inicial para posteriormente realizar la apendicectomía de manera diferida(5), y otros defienden el manejo quirúrgico inmediato representando menor estancia hospitalaria, menor recursos pero su desventaja es de presentar complicaciones.

El presente trabajo es importante porque continúa en discusión, cual debería de ser el mejor manejo del plastrón apendicular, siendo algunas veces complicado en la toma de decisión del médico. Hay varios estudios comparativos sobre el manejo quirúrgico frente al conservador, aunque la mayoría de éstos es sobre pacientes pediátricos habiendo muy pocos en adultos y los criterios de inclusión para cada manejo, no son todos los mismos.

Formulación del problema

¿Cuál de estos manejos quirúrgico o conservador es adecuado en el plastrón apendicular y trae menos complicaciones?

OBJETIVOS

Objetivo General

Comparar el manejo quirúrgico o conservador en pacientes con plastrón apendicular.

Objetivos Específicos

- Determinar que manejo tiene menor complicación.
- Conocer en el manejo conservador que actitud quirúrgica tomar.
- Diferenciar el plastrón apendicular complicado y no complicado.

MATERIALES Y MÉTODO

La metodología que se utilizó en este estudio fue descriptivo, pudiendo ingresar a bases de datos como: *SciencieDirect*, *Google académico*, *Medline*, *Medigraphic*, durante el mes de octubre del 2017 utilizando las siguientes palabras: plastrón apendicular, apendicitis aguda, manejo quirúrgico y conservador.

MARCO TEÓRICO

Definición

El apéndice es un segmento intestinal involucionado próximo a la unión ileocecal que se caracteriza por ser un fondo de saco y cuya inflamación es encontrada corrientemente en la práctica médica, desarrollándose complicaciones con desenlaces más o menos graves que guardan relación con el retraso en el diagnóstico. La apendicitis aguda es la primera causa de atención quirúrgica en los servicios de salud de adultos en prácticamente todo el mundo, y la apendicectomía se ha establecido como el estándar de oro del tratamiento aunque hay nuevos estudios para tratar de manera médica obteniendo buenos resultados (6).

Epidemiología

Esta patología es más frecuente durante la segunda y tercera década de la vida con una incidencia superior en los hombres que en mujeres una relación 4:1, es uno de los cuadros quirúrgicos más frecuentes representando el 60% de abdomen agudo. El tiempo para desarrollar perforación es variable; en un estudio el 20% de los pacientes desarrollaron perforación en menos de 24 horas de inicio de los síntomas, mientras que el 65% tuvieron síntomas por más de 48 horas (4).

La apendicitis aguda puede ser complicada por el desarrollo de una masa apendicular inflamatoria en el 2 a 10% de los casos, esta masa es el resultado de una perforación de la pared apendicular y representa un amplio espectro patológico que va desde una masa inflamatoria, que consiste en la inflamación del apéndice, algunas vísceras adyacentes, y el epiplón mayor un flemón o plastrón hasta un absceso peri apendicular (7).

Clasificación

Se clasifica en no perforada y perforada. La antigua clasificación fue gangrenosos o necróticos los cuales eran tratados como perforados; sin evidencia de un orificio visible, usando antibióticos postoperatorios. Los perforados son aquellos con un orificio visible en el apéndice o la presencia de un fecalito libre en la cavidad, siendo estos lo que tienen mejor

pronóstico, se propuso el manejo con tres antibióticos para cubrir anaerobios, gram positivos, gram negativos, pero estudios recientes demuestran la misma eficacia al tratar con un solo medicación o la combinación de dos (8).

Localización anatómica del plastrón

El apéndice puede adoptar diferentes posiciones anatómicas variando en su sintomatología:

- **Retrocecal - retrocolónica:** presenta dolor en flanco derecho a la palpación debido a que está debajo del ciego, no tiene rigidez muscular, el psoas puede estar irritado; por tal motivo encontramos flexión de la cadera (9).
- **Apéndice retrocecal:** se localiza y forma abscesos en ese sitio, el cual origina los signos del psoas y del obturador (9).
- **Apéndice subcecal y pélvico:** se presenta como un dolor predominante en la región suprapúbica y aumento en la frecuencia urinaria, también presenta irritación rectal acompañado de diarrea y tenesmo(9).
- **Apéndice pre-ileal y post-ileal:** es la más difícil de diagnosticar por su localización retroileal (9).

Etiopatogenia

Es por una obstrucción de la luz apendicular ocasionada la mayor parte por folículos linfoides seguida de infección, el moco se acumula y se convierte en pus por acción bacteriana, aumentando la presión intraluminal obstruyendo el flujo linfático y provocando un edema, multiplicación bacteriana y úlceras en la mucosa apendicular. La secreción permanece y la presión intraluminal ocasionando obstrucción venosa, aumento del edema, isquemia y diseminación bacteriana a través de la pared apendicular, dando como resultado apendicitis aguda supurativa que involucra al peritoneo parietal y desplaza el dolor hacia el cuadrante inferior derecho, si el proceso continúa, se desarrolla trombosis venosa y arterial, gangrena apendicular, infartos locales y perforación (10).

Fisiopatología

La fisiopatología de la apendicitis está bien establecida y en 60% de los casos la causa principal de la obstrucción es la hiperplasia de los folículos linfoides submucosos, en 30 a 40% se debe a un fecalito o apendicolito siendo poco visible con radiografías simples de abdomen y en 4% restante es atribuible a cuerpos extraños, en el 1% su forma de presentación es por un tumor apendicular (11).

DIAGNÓSTICO

Las manifestaciones clásicas de apendicitis están en el 50% de los pacientes. Puede afectar a cualquier grupo etario y sus síntomas van a depender de la edad del paciente y la posición anatómica del apéndice, siendo muchas de las veces difícil obtener una anamnesis precisa de los pacientes muy jóvenes o de ancianos que están confusos (12).

El diagnóstico de la apendicitis aguda se basa netamente en la historia clínica enfocada en la evolución del dolor, los síntomas acompañantes una buena exploración física; para esto, se debe tener en cuenta las variantes anatómicas del apéndice. En alrededor del 95% de los pacientes con apendicitis aguda el primer síntoma en aparecer es la anorexia, seguido de dolor abdominal y pudieran seguir los vómitos si estuvieran presentes. Si los vómitos preceden al dolor es poco probable un cuadro de apendicitis y debemos pensar en otros diagnósticos (13).

La sintomatología se agrupa en: síntomas típicos y atípicos. En lo que respecta al síntoma típico, el 50 y 70% de las personas presentan y se aplica la escala de Alvarado para el diagnóstico de esta patología; mientras que, los síntomas atípicos presentan los pacientes el 20 al 30%. “En la edad en la que se presenta es un factor muy importante; se dice que hasta el 47 % de las apendicitis en los niños menores de 5 años de edad y el 51 % de las apendicitis en las personas mayores de 65 años ya están perforadas al momento del diagnóstico” (14).

La apendicitis es un proceso inflamatorio progresivo y la perforación aumenta cuanto mayor es la duración de los síntomas; es por ello que, el diagnóstico y el tratamiento deben ser oportuno e inmediatos reduciendo así el riesgo que se asocia con la inflamación

avanzada(12). La literatura establece que pueden pasar 6 horas desde que inician los síntomas hasta que el apéndice se perfora menos se presenta en el 1% de los pacientes, tras 16 horas de iniciado el cuadro se presente alguna complicación el 35% y después de 32 horas de evolución de síntomas el 75% de las apendicitis son casos complicados (10).

Examen Físico

- **Punto de *McBurney*:** se localiza en la unión del tercio externo con los dos tercios internos de la línea que une el ombligo con la espina ilíaca anterosuperior, es el lugar donde más se percibe el dolor (12).
- **Signo de *Blumberg*:** se pide al paciente que tosa y sentirá dolor a nivel de fosa ilíaca derecha, es muy dolorosa esta maniobra (12).
- **Signo de *Rovsing*:** positivo debe palpase a nivel de fosa ilíaca izquierda, lo que se traducirá en dolor en fosa ilíaca derecha por la irritación peritoneal presente; también, consiste en traspolar el gas de fosa ilíaca izquierda hasta fosa ilíaca derecha (12).
- En casos atípicos es importante la evaluación clínica de la ingle y la cadera derecha, especialmente en pacientes pediátricos, a fin de descartar problemas en esas zonas (12).

Exámenes de laboratorio

Se debe solicitar exámenes de laboratorio esperando encontrar leucocitosis con desviación a la izquierda, un elemental microscópico normal o leucocituria por la cercanía de la posición del apéndice, prueba de embarazo y prueba de tamizaje para VIH (15).

Plastrón apendicular

El plastrón está formado por un conjunto del epiplón y paredes intestinales como método de auto protección para tener localizado al proceso inflamatorio y no se generalice, su cuadro clínico de evolución es de 5 a 7 días con síntomas como dolor abdominal, fiebre, vomito, anorexia y en la exploración física podemos palpar una masa sensible en el cuadrante inferior derecho o periumbilical (16).

En la nueva literatura se demostró que con el diagnóstico clínico se realizaba apendicectomía, el 20% de estos apéndices estaban normales, dando falsos positivos para reducir este porcentaje fueron más estrictos en diagnosticar con ayuda de métodos diagnósticos (laparoscopia, TAC, ecografía abdominal) y aumentaron los casos de apéndices perforadas.

Manifestado lo anterior, para la corroboración del plastrón apendicular es necesario de apoyarse en pruebas de imagenología como una TAC, laparoscopia diagnóstica, ecografía donde se puede observar en el flanco derecho una colección de aspecto heterogéneo, con bordes irregulares, paredes engrosadas sin identificar la forma del apéndice.

Manejo del plastrón apendicular

En los diferentes estudios revisados sobre el manejo adecuado del plastrón apendicular, sigue siendo tema de mucho debate, en donde autores defienden su teoría sobre la apendicetomía inmediata y, de esta manera evitar complicaciones y mayor estadía de hospitalización. A diferencia de otros que manifiestan que es conveniente el manejo conservador evitando el costo, proceso traumático y complicaciones postoperatorias. En la actualidad se utilizan tres métodos y cada uno es defendido por su autor: (5)

- Método convencional con intervalo de apendicetomía, empieza con tratamiento conservador expectante de 6 a 8 semanas y luego una apendicetomía si es necesario; este método se planteó por el peligro mortal que implicaba extraer en ese estado provocando complicaciones como edema y fragilidad del íleo terminal y ciego por el plastrón apendicular (5).
- Método conservador sin intervalo de apendicetomía, se introdujo este luego de que en el método anterior hay un fracaso del 2 al 3%, la argumentación para esto que la apendicetomía es innecesaria encontrándose un apéndice fibrótico por completo, presenta el riesgo de una apendicitis recurrente en los primeros 6 meses los mismos que disminuyen después de 2 años (5).
- Apendicetomía agresiva eliminación del plastrón apendicular en las primeras fases de su infección (primeros 5 días) (5).

En un estudio realizado en Córdoba, Argentina en el año 2015 de tipo observacional descriptivo de 46 pacientes con plastrón apendicular en los últimos 10 años. El 56,5% fueron mujeres, siendo el 43,5% hombres. El tiempo de diagnóstico fue de 5 días, recibieron antibióticos 24% del grupo tratado quirúrgicamente y 42,9% el grupo tratado de forma convencional. Para su diagnóstico aparte de la anamnesis y exploración física se les hizo una ecografía abdominal y solo a 9 pacientes fue precisa una TAC abdominal. La estancia hospitalaria para los tratados quirúrgicamente 7,9 +/- 2,9 días y; los de forma convencional fue de 8,3 +/- 2,2 días las complicaciones fueron mayor en el grupo que se les realizó apendicetomía las principales fueron: colección abscesificada de diferente localización, suboclusión intestinal, seroma. Con este estudio concluyeron que el manejo conservador del plastrón apendicular presenta una menor tasa de complicaciones respecto al manejo quirúrgico inicial (10).

Un estudio retrospectivo en un hospital durante los últimos 8 años, se incluyeron 19 casos de plastrón apendicular, administrándoles a todos antibioticoterapia intravenosa; a 14 de ellos se los manejo con drenaje peritoneal, en 3 de ellos se les tuvo que realizar apendicetomía precoz. En 16 pacientes funcionó de manera favorable el manejo conservador y se les realizó apendicetomía programada entre los 3 y 12 meses. La estancia hospitalaria fue 1 a 8 días con solo una complicación que es el absceso de pares. En los 11 casos su intervención fue sencilla ya que no presentaron adherencias o de forma leve y en 5 casos hubo muchas adherencias y la intervención fue complicada. En este estudio concluyeron que, el manejo conservador es una buena opción para el manejo del plastrón apendicular con una tasa de 84% de eficacia y la apendicetomía resulta más sencilla si se la realiza entre 3 meses siempre y cuando no se presenten complicaciones como: abscesos , perforación y haya una buena involución (5).

Se realizó un estudio de forma sistemática del tratamiento no quirúrgico de pacientes con un absceso apendicular o flemón, valorando la recurrencia después del tratamiento no quirúrgico, la morbilidad y la duración de la estancia hospitalaria; se comparó el tratamiento no quirúrgico repetido con el de la apendicetomía de intervalo de realización. Los estudios incluyeron un total de 1943 pacientes, de los cuales 1400 pacientes fueron manejados de forma no quirúrgica y 543 pacientes fueron sometidos a una apendicetomía de intervalo.

El tratamiento no quirúrgico tuvo una recurrencia media del 12,4%, una morbilidad del 13,3% y la duración de la estancia hospitalaria fue de 9,6 días. La tasa media de morbilidad es 10,4% y la duración de la estancia hospitalaria para los pacientes sometidos a apendicectomía de intervalo fue de 5 días. En conclusiones el tratamiento no quirúrgico tiene éxito en el 93% de los pacientes con alrededor de 20% que requiere el drenaje percutáneo de un absceso; mientras que, la apendicectomía intervalo presentó algunas complicaciones infecciosas del sitio quirúrgico, infecciones del tracto urinario, y obstrucción intestinal (17).

Se buscaron todos los ensayos controlados aleatorios relevantes hasta el 23 de agosto de 2016. Se identificaron dos ensayos con 80 participantes, en el que se comparó la apendicectomía abierta temprano *versus* diferida en 40 niños y adultos con flemón apendicular, con la apendicectomía por mínimo acceso (laparoscópica) (cuando la cirugía se realiza mediante una incisión muy pequeña) temprana *versus* diferida en 40 niños con absceso apendicular. En uno de los estudios realizados en los Estados Unidos y la India, las edades de los pacientes fueron de un año a 84 años, en el que el 27,5% eran de sexo femenino. Los resultados que arrojaron estos estudios fueron pequeños y tuvieron algunas limitaciones, por lo que no es posible estar seguros acerca de cómo se comparan los efectos de los dos enfoques quirúrgicos. Un ensayo en niños y adultos que comparó apendicectomía abierta con diferida, no hubo evidencia suficiente para mostrar el efecto de utilizar cualquiera de los enfoques sobre la tasa general de complicación o la proporción de participantes que desarrollaron infección de la herida. La confiabilidad con respecto a un aumento en la estancia hospitalaria y en el tiempo de alejamiento de las actividades normales con la apendicectomía abierta es muy baja. No se registraron muertes en el estudio. La calidad de vida y el dolor no se informaron en este ensayo(18).

CONCLUSION

- Como resultado de los múltiples estudios que se plantean en este trabajo permanece aún en controversia sobre el manejo de plastrón apendicular, si es manejo quirúrgico o netamente expectante, las complicaciones que puede traer son casi nulas como un absceso de pared o recidiva de la apendicitis pero su riesgo es muy bajo. Sin embargo, el riesgo quirúrgico por los trabajos expuestos traen consigo mayores dificultades durante la intervención, se prolonga la estancia en el servicio hospitalario, aumento del posible riesgo de una enfermedad concomitante, lo cual representa para el servicio de salud mayor gasto público.
- De acuerdo a lo investigado, se considera que el manejo expectante es el más adecuado ya que en ningún momento se puede indicar que se cumple totalmente la espera de las 8 semanas o más ya que al entender que la palabra expectante quiere decir que durante ese tiempo manejado por consulta externa puede ser intervenido quirúrgicamente si se presentara complicaciones como: absceso peri apendicular, fiebre de 39°C - 40°C , obstrucción intestinal que requiera la laparotomía exploratoria; con la finalidad de ser posible solucionar la emergencia: drenaje, apendicectomía o adherenciólisis.

BIBLIOGRAFIA

1. Souza-Gallardo LM, Martínez-Ordaz JL. Artículos de revisión Apendicitis aguda. Manejo quirúrgico y no quirúrgico. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2017;55(1):76–81. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im171p.pdf>
2. Young P. La apendicitis y su historia. Rev Med Chil. 2014;142(5):667–72.
3. Clouet-Huerta DE, Guerrero B. C, Gómez L. E. Plastrón apendicular y manejo clínico actual: una decisión a reconsiderar. A propósito de un caso. Rev Chil Cir. 2017;69(1):65–8.
4. Reyes-García N, Zaldívar-Ramírez FR, Cruz-Martínez R, Sandoval-Martínez MD, Gutiérrez-Banda CA, Athié-Gutiérrez C. Cirujano General. Cir Gen. 2012;34(2):101–6.
5. F. Villalón, A.Villanueva, M.A Suñol, J. Garay, J. Arana, J. Jiménez, M. Sainz de la Maza IE. Tratamiento y seguimiento del plastrón apendicu. Cir Pediatr . 2013;26(4):164–16.
6. Reyes-García N, Zaldívar-Ramírez FR, Cruz-Martínez R, Sandoval-Martínez MD, Gutiérrez-Banda CA, Athié-Gutiérrez C. Precisión diagnóstica de la escala RIPASA para el diagnóstico de apendicitis aguda: análisis comparativo con la escala de Alvarado modificada. Cir Gen. 2012;34(2):101–6.
7. Adulto P, Nacional H, Métodos MY. Manejo de la Masa Apendicular Inflamatoria en el Paciente Adulto en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. :267–72.
8. Posoperatorias C. Cambio en la clasificación macroscópica de la apendicitis . ¿ Tiene algún impacto ? Estudio retrospectivo en un Hospital Universitario Pediátrico. 2015;63(2):243–50.
9. Motta, GA, mendez, E, Martínez, MJ, Bastida, J, Aragón, M, Garrido, GA, Meza J. Apendicitis atípica en adultos. An Radiol México. 2014;143–65.
10. Dubon M, Ortiz A. Apendicitis Aguda, Su Diagnostico Y Tratamiento. 2014;57:51–7.
11. Padrón-arredondo G, Padrón-arredondo G. ARTÍCULO ORIGINAL ORIGINAL ARTICLE Apendicitis aguda y apendicectomías en un hospital general. Análisis de tres años. Acute appendicitis and appendectomy in a general hospital. Analysis of three years. 2014;(28):15–9.
12. Sian R R Lewis, Peter J Mahony JS. ¿Pensó en apendicitis? Urgencias Abdominales [Internet]. 2014;1–2. Available from: <http://www.cochrane.org/es/CD011670/extraccion-quirurgica-temprana-o-diferida-del-apendice-en-pacientes-con-apendicitis-sintomatica>
13. Calvo Luis. Apendicitis aguda en el servicio de urgencias. 2012;(602):281–5.
14. Enrique M, Mejía M. Apendicitis aguda : Hallazgos radiológicos y enfoque actual de las imágenes diagnósticas. 2014;25(1):3877–88.
15. Agramonte Burón O, Armas Pérez BA. Leucocitosis con desviación izquierda en apendicitis aguda. Rev Arch Médico Camagüey. 2016;20(2):123–8.
16. Dagobeth E, O. M, D V. CASO CLÍNICO / CLINICAL CASE PLASTRÓN APENDICULAR SECUNDARIO A APENDICITIS AGUDA DE PRESENTACIÓN

CLÍNICA ATÍPICA : UN REPORTE DE CASO Y REVISIÓN Presentation :
Case Report And Literature Review . Resumen. Revisalud. 2013;1(2):116–21.

17. Darwazeh G, Cunningham SC, Kowdley GC. A systematic review of perforated appendicitis and phlegmon: Interval appendectomy or wait-And-see? *Am Surg.* 2016;82(1):11–5.
18. Cheng Y, Xiong X, Lu J, Wu S, Zhou R CN. Extracción quirúrgica temprana o diferida del apéndice en pacientes con apendicitis sintomática complicada. 2017;11–3.