



**UTMACH**

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

**CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS**

**TEMA:**

**CUAL SERIA SEGÚN SU CRITERIO EL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO ADECUADO  
PARA EL MANEJO DE EL PLASTRON APENDICULAR**

**TRABAJO PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICA**

**AUTORA:**

**LIMONES MONTALVÁN EVELYN LISSETTE**

**MACHALA - EL ORO**

## CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Yo, LIMONES MONTALVÁN EVELYN LISSETTE, con C.I. 0704978287, estudiante de la carrera de CIENCIAS MÉDICAS de la UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA, en calidad de Autora del siguiente trabajo de titulación CUAL SERIA SEGÚN SU CRITERIO EL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO ADECUADO PARA EL MANEJO DE EL PLASTRON APENDICULAR

- Declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional. En consecuencia, asumo la responsabilidad de la originalidad del mismo y el cuidado al remitirme a las fuentes bibliográficas respectivas para fundamentar el contenido expuesto, asumiendo la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera EXCLUSIVA.
  
- Cedo a la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA de forma NO EXCLUSIVA con referencia a la obra en formato digital los derechos de:
  - a. Incorporar la mencionada obra al repositorio digital institucional para su democratización a nivel mundial, respetando lo establecido por la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0), la Ley de Propiedad Intelectual del Estado Ecuatoriano y el Reglamento Institucional.
  
  - b. Adecuarla a cualquier formato o tecnología de uso en internet, así como incorporar cualquier sistema de seguridad para documentos electrónicos, correspondiéndome como Autor(a) la responsabilidad de velar por dichas adaptaciones con la finalidad de que no se desnaturalice el contenido o sentido de la misma.

Machala, 23 de noviembre de 2015



LIMONES MONTALVÁN EVELYN LISSETTE

C.I. 0704978287

## **DEDICATORIA**

Dedico este proyecto de tesis a Dios, a mi esposo e hija. A Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mi esposo e hija, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Es por ello que soy lo que soy ahora. Los amo con mi vida.

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar a Dios por haberme guiado por el camino de la felicidad hasta ahora; en segundo lugar a cada uno de los que son parte de mi familia a mis Padres, a mi Esposo y mi hija; por siempre haberme dado su fuerza y apoyo incondicional que me han ayudado y llevado hasta donde estoy ahora.

## **RESUMEN**

La apendicitis aguda sigue siendo la causa principal de urgencia quirúrgica abdominal en adultos; en un número significativo de pacientes se presenta con complicaciones, como absceso o plastrón apendicular.

La revisión de la literatura plantea las opciones de manejo quirúrgico inmediato o tratamiento inicial no quirúrgico, según las condiciones del paciente; para el manejo del absceso y plastrón apendicular en quienes cumplan las condiciones requeridas, sugerimos el manejo inicial no quirúrgico es decir expectante al ingreso antibioticoterapia intravenosa y como complemento del tratamiento recomendamos una apendicectomía electiva por el riesgo de recurrencia de apendicitis y su baja morbimortalidad

Palabras clave: apendicitis, absceso intraabdominal, apendicectomía.

## **ABSTRACT**

Acute appendicitis remains the leading cause of emergency abdominal surgery in adults; in a significant number of patients presented with complications such as appendicular abscess or plastron.

The literature review raises the immediate surgical treatment options or initial surgical treatment, according to the patient's condition; for managing plastron appendicular abscess and who meet the required conditions, we suggest initial nonoperative management e income expectant to intravenous antibiotic treatment and in addition recommend elective appendectomy risk of recurrence of appendicitis and low morbidity and mortality

Keywords: appendicitis, intra-abdominal abscess, appendectomy.

## INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda es la patología quirúrgica, de emergencia, más frecuente en el mundo. El pronóstico de los pacientes con apendicitis aguda es bastante bueno si se realiza el diagnóstico y el tratamiento temprano de dicha patología.

Ocurre más frecuentemente en la segunda y tercera década de la vida, Es más frecuente en hombres (índice hombre mujer de 1.4:1), con una incidencia a lo largo de la vida de 8.6% comparada con 6.7% en mujeres. <sup>(1,2)</sup>

Embriológicamente el apéndice es parte del ciego, formándose en la unión distal donde se unen las tres tenias, histológicamente el apéndice es similar al ciego e incluye fibras musculares circulares y longitudinales.

Dentro de la capsula submucosa se contienen los folículos linfoides en número aproximado de 200, su longitud varía desde la completa agenesia, hasta un tamaño mayor de los 30cm, siendo el promedio de 5 – 10 cm con un grosor de 0,5-1 cm.

Este puede mantener diversas posiciones, clásicamente se han postulado la retrocecal, retroileal, la pélvica, cuadrante inferior derecha, cuadrante inferior izquierdo; sin embargo puede mantener cualquier posición en sentido de las manecillas del reloj en relación con la base del ciego.

En un 85% de los casos, la inflamación del apéndice es secundaria a una obstrucción de la luz apendicular, causada por la presencia de un fecalito o de una hiperplasia linfoide. Otras causas mucho menos frecuentes de obstrucción son: restos de vegetales o semillas, la torsión apendicular, la presencia de áscaris y tumores, como el carcinoide. En el 15% la causa es desconocida.

En otras revistas describen la fisiopatología de la apendicitis aguda comentando que continúa siendo enigmática, sin embargo existen varias teorías que intentan explicar esta patología. La más aceptada por los cirujanos describe una fase inicial que se caracteriza por obstrucción del lumen apendicular causada por hiperplasia linfoide, fecalitos, tumores o cuerpos extraños como huesos de animales pequeños,

o semillas; esto favorece la secreción de moco y el crecimiento bacteriano (3), generándose entonces distensión luminal y aumento de presión intraluminal.

Posteriormente se produce obstrucción del flujo linfático y venoso, favoreciendo aún más el crecimiento bacteriano y desencadenando la producción de edema. En este momento encontramos un apéndice edematoso e isquémico, causando una respuesta inflamatoria.

Esta isquemia a la que se somete al apéndice puede generar necrosis de la pared con translocación bacteriana, desarrollándose la apendicitis gangrenosa. Si este proceso se deja evolucionar y el paciente no es intervenido el apéndice ya gangrenoso se perfora y puede generar un absceso con peritonitis local siempre y cuando la respuesta inflamatoria y el omento logren contener el proceso, pero si estos son incapaces se producirá una peritonitis sistémica.

Otras teorías han sido descritas como el compromiso del suministro vascular extrapendicular, la ulceración de la mucosa por infección viral y posterior colonización bacteriana, así como una dieta pobre en fibra con enlentecimiento del tránsito intestinal y retención de las heces en el apéndice. (3,4)

La infección producida por apendicitis aguda es típicamente polimicrobiana. En el líquido peritoneal de pacientes que han tenido una apendicitis aguda se han podido aislar gérmenes, tanto aerobios como anaerobios, en una proporción de 1:3 respectivamente.(5,6)

De los primeros, el más frecuente es *Escherichia coli* (70%) seguido del estreptococo viridans y de *Pseudomonas aeruginosa*.

En cuanto a los gérmenes anaerobios, el *Bacteroides fragilis* se puede encontrar en más del 70% de los casos.

A pesar de los múltiples métodos diagnósticos con los que se cuenta en la actualidad, la historia clínica enfocada en la evolución del dolor y los síntomas asociados así como los hallazgos obtenidos durante el examen físico son aún las piedras angulares del diagnóstico de la apendicitis.

Históricamente el dolor es descrito de instauración aguda y localizado inicialmente a nivel epigástrico o periumbilical, posteriormente con el paso de las horas el dolor migra a la fosa iliaca derecha donde aumenta en intensidad, sin embargo esto solo ocurre en un 50-60% de los casos.

Resulta importante tener en cuenta las consideraciones anatómicas y sus variantes ya que influyen en gran parte en la presentación del dolor, por ejemplo con un apéndice en localización retrocecal el dolor puede iniciar en fosa iliaca derecha o en flanco derecho, de la misma forma un apéndice largo que sobrepase la línea media puede producir dolor en el cuadrante inferior izquierdo.

Anorexia y náusea acompañan frecuentemente al dolor abdominal, el vómito puede presentarse pero rara vez se presenta antes de la instauración del dolor.

Durante la evaluación del paciente se debe enfatizar en la localización del dolor y en los signos clásicos. Teniendo en cuenta que la positividad o negatividad de estos depende en gran parte de las variantes en la localización del apéndice así como el tiempo transcurrido desde la instauración del dolor.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes de esta enfermedad son las siguientes: dolor cólico en epigastrio, fiebre, náuseas, vómitos, anorexia, desaparición del dolor epigástrico con reaparición en fosa ilíaca derecha (dependiendo de la ubicación del apéndice), dolor en punto de McBurney. En etapas más avanzadas aparecen signos de irritación peritoneal como Signos de Blumberg, de la tos y talo-percusión, así como otros signos como el Rovsing, del Psoas, del Obturador. (7)

La enfermedad no tratada con frecuencia conduce a una perforación de la pared apendicular y a una peritonitis generalizada. Con menos frecuencia suele formarse un absceso local o un infiltrado inflamatorio peri apendicular (plastrón), que puede absorberse si con el tiempo se desbloquea espontáneamente el drenaje del apéndice.

Es importante recordar que antes de hacer un diagnóstico definitivo a más de la clínica si contamos con ayuda imagenocologica se debe realizar un diagnóstico diferencial prácticamente con cualquier patología con potencial afectación del

cuadrante inferior derecho como nefrolitiasis, infección de vías urinarias, colitis, diverticulitis etc.

El plastrón apendicular es una forma de presentación poco frecuente de la apendicitis. Se trata de una masa inflamatoria debida a perforación apendicular, en la que pueden participar tanto asas de intestino delgado como epiplón, así como otros órganos.

Se detecta masa apendicular en aproximadamente el 10% de los pacientes con apendicitis aguda. (8) Es predominante en varones presentándose mayormente en la tercera década de la vida.

Constituye un tema de actualidad sobre todo al saber que 1 de cada 15 personas padecerán la enfermedad en algún momento de su vida y que el número de pacientes hospitalizados con peritonitis o plastrón apendicular no ha experimentado un cambio significativo, razones por lo que es necesario realizar un diagnóstico precoz para poder aplicar un tratamiento oportuno.

El cuadro clínico y el diagnóstico son similares a la presentación habitual de la apendicitis aguda con vomito fiebre anorexia e incluso disuria; generalmente tiene una evolución más larga y en algunas ocasiones sintomatología más inespecífica, con dolor abdominal de menor intensidad. (9)

El diagnóstico debe ser confirmado con un hemograma encontrándose generalmente Leucocitosis (> a 10000/ mm<sup>3</sup>) y neutrofilia en un 85 y 95% de paciente. Proteína C reactiva mayor a 1ml/dl además de gran ayuda por ecografía o tomografía axial computarizada en caso de disponibilidad.

En la ecografía la imagen que se visualiza es una zona más o menos amplia de hipoeogenicidad mal definida en el seno de la serosa tumefacta y brillante en cuyo interior se puede ver en ocasiones el apéndice o sus restos.

La medicina basada en evidencia se está expandiendo rápidamente y la cirugía tiene que mantener el ritmo. Los cirujanos son reacios a cambiar o adoptar nuevas Ideas. Ellos tienen más confianza en los conocimientos impartidos durante su formación.

En la universidad Sri Ramachandra- Chennai- India se realizó un estudio, si aún se mantiene el régimen Ochsner-Sherren en el manejo de la masa apendicular; el mismo que consiste en plantear un tratamiento conservador ante la presencia de plastrón con el reposo en cama, antibióticos y líquidos por vía intravenosa; pues este en un inicio evita el riesgo de complicaciones de la cirugía durante la fase inflamatoria aguda, por lo tanto se realizó un estudio retrospectivo para analizar casos de masa apendicular teniendo como resultado que la apendicetomía de emergencia puede ser defendido de forma segura, utilizando ya sea abierta o abordaje laparoscópico en función de la experiencia del cirujano.

El uso de antibióticos fue revisado y mostró predominio de cefalosporinas de tercera generación (72%), con los restantes que utilizan quinolonas (27%) y penicilinas (1%) y en todos los pacientes, además se había añadido metronidazol. (10)

Además el estudio revela que el manejo conservador tiene riesgo de que el paciente presente apendicitis recurrente en la cual ocurre en el 21% - 37% de los casos. Por lo tanto descartamos como opción el manejo conservador ante la presencia de plastrón.

Varios estudios realizados en la actualidad mencionan que aún sigue siendo un tema muy controversial en cuanto al tratamiento del plastrón apendicular ya que los mismos han revelado que existen 2 tipos de tratamiento, los cuales poseen ventajas y desventajas : grupo I es el manejo quirúrgico inmediato que mejora el pronóstico del paciente, y además reduce costos hospitalarios al disminuir la estancia en el mismo; y el grupo II es el tratamiento expectante más apendicetomía planificada 6 – 8 semanas aproximadamente. (11)

Cabe mencionar que el paciente antes de la cirugía es sometido al tratamiento farmacológico con antibióticos endovenosos, nada por vía oral durante la estancia hospitalaria, drenaje en caso de presentar un absceso apendicular y luego se somete a la administración de antibióticos por vía oral de forma ambulatoria.

Dentro de los criterios de alta de estos pacientes esta la buena tolerancia oral, ausencia de signos de sepsis, no dolor abdominal, no fiebre.

El esquema farmacológico en el grupo II incluye la ampicilina, gentamicina y metronidazol por 5 días como mínimo, otros proponen el uso de cefalosporinas y gentamicina o clindamicina más gentamicina; algunos estudios sugieren que la antibioticoterapia debe ser triple y no menor a 7 días.

En un estudio realizado en el hospital Nacional Cayetano Heredia en la ciudad de Lima- Perú acerca del manejo de la masa apendicular revela que al hacer el análisis en 77 pacientes se instaló el tratamiento antibiótico endovenoso instalado al ingreso, en 71 pacientes (92,21%) se utilizó Ceftriaxona mas Metronidazol; en 5 pacientes (6,49%) se usó Ciprofloxacino mas Metronidazol y en 1 paciente (1,30%) se utilizó Ceftriaxona mas Clindamicina y el tiempo de estancia de la hospitalización inicial tuvo una media de 5.12 días.<sup>(12)</sup>

Entendemos así que la estancia hospitalaria varía entre 5 a 7 días, tomando en cuenta la evolución del paciente; pues si esta es favorable podrá ser dado de alta y seguirá con la administración de antibióticos por vía oral, cabe mencionar que se debe realizar controles periódicos cada semana para valorar su estado clínico y se deben realizar exámenes complementarios que en este caso sería el hemograma, es decir se realizan controles ambulatorios por consulta externa.

Si el paciente presenta evolución favorable, presenta eliminación de flatos y sus signos vitales se encuentran estables se podrá planificar la apendicetomía.

Varios artículos proponen que la apendicetomía de intervalo oscila entre las 8 – 12 semanas, pero son muy pocas las investigaciones que se han realizado en cuanto a los pacientes que regresan por molestias, o complicaciones antes de la cirugía ya programada.

La cirugía puede realizarse a cielo abierto (técnica tradicional, invasiva) o mediante laparoscopia (técnica mínimamente invasiva), con igual grado de eficacia. La elección de la técnica quirúrgica depende de dos factores: la experiencia que tenga el cirujano y la disponibilidad de recursos operativos y hospitalarios de la institución de salud.

En mujeres jóvenes, en obesos y pacientes con diagnóstico dudoso cobra especial utilidad la técnica laparoscópica; pero, esta técnica puede tener mayor dificultad en

casos de apendicitis complicada o perforada, las cuales tienen hasta un 25% de probabilidad de convertirse en cirugías abiertas.

Recientemente se ha promovido la aplicación de la apendicectomía laparoscópica para casos de apendicitis complicada. En un estudio con 2790 casos de apendicitis complicada, la técnica laparoscópica mostró superioridad respecto a infección de heridas, pero presentó una mayor incidencia de abscesos intrabdominales.

En otro estudio con 110 pacientes con apendicitis complicada, se asoció la técnica laparoscópica con menor uso de analgésicos, menor tiempo de hospitalización, menor incidencia de infección de heridas y sorpresivamente menor formación de abscesos intrabdominales.

En la técnica laparoscópica se accede a la cavidad peritoneal utilizando la técnica abierta, con la inserción subumbilical de un trocar de 10 mm, dos trócares adicionales de 5 mm se insertan en la región supra-púbica y fosa ilíaca izquierda.

Una disección cuidadosa se emplea para liberar el apéndice del epiplón adherente o asas intestinales, utilizando un instrumento como no traumático y disector ultrasónico que también se utilizó para dividir el mesoapéndice. (13)

El procedimiento abierto a través de la incisión de McBurney se utiliza para pacientes con diagnóstico de masa apendicular tanto por clínica y por ecografía.

Un estudio afirmó que las complicaciones más frecuentes dentro del posoperatorio por cirugía inmediata debido a la presencia de masa apendicular fueron: Infección de la herida superficial (piel y tejido subcutáneo) que ocurrió en 8 (17%) mientras que la infección profunda de la herida (incluyendo el muscular) ocurrió en 4 (9%) de los pacientes a quienes su hallazgo operatorio fueron casos de absceso. No se desarrollaron casos de fístula intestinal o fecal o absceso residual post-operatorio.

El seguimiento de los pacientes reveló que 3 (7%) pacientes, que presentaron infección profunda de la herida, desarrollaron hernia incisional (un paciente después de 5 meses, otra paciente después de 7 meses y el tercer paciente después de 12 meses). (13)

Se realiza drenaje percutáneo guiado por ecografía (para absceso apendicular), cuando éste sea técnicamente viable. Manejo del catéter en conjunto con el servicio de radiología, con lavados periódicos y control con ultrasonido o TAC.

Mientras tanto los que adoptaron el tratamiento expectante más apendicectomía diferida no se reportaron complicaciones médicas y o quirúrgicas posoperatorias para estos pacientes; revelando así que la cirugía planificada es de mejor pronóstico para el paciente.

Los informes de anatomía patológica de los pacientes que fueron sometidos a apendicectomía de intervalo reportaron: inflamación crónica activa en 4 pacientes (50%), hiperplasia folicular en 1(12.5%), tapón de fecalito en lumen apendicular en 3 pacientes (37.5%), eosinofilia en 1 (12.5%) y apéndice normal en 1 (12.5%).

Fueron pocos los pacientes que acudieron a la consulta posoperatoria pero se evidencio que ninguno de ellos presento molestias o alguna complicación; dando como resultado que la cirugía planificada mejora el estilo de vida del paciente.

## **CONCLUSIONES**

El plastrón apendicular es un mecanismo de defensa del organismo, que consiste en un proceso fibrino plástico que tiene como objetivo englobar el proceso inflamatorio apendicular para evitar su diseminación al resto de la cavidad peritoneal.

Tomando en cuenta los últimos estudios realizados en cuanto al manejo del plastrón apendicular se obtiene que este aun es un tema controversial ya que se deben tomar en cuenta varios parámetros para escoger la conducta a seguir.

Si bien es cierto muchos estudios revelan que la cirugía inmediata es la mejor opción ante el manejo del plastrón ya que es de fácil diagnostico en caso de tratarse de alguna patología diferente como carcinoma cecal, reduce costos hospitalarios, pero tienen más riesgo de presentar complicaciones ya que este tejido se encuentra friable por lo tanto puede existir hematoma, infección de la herida, absceso, sepsis intrabdominal.

Así como la decisión de operar o no hacerlo ha generado diferencias, el tema de la apendicectomía electiva también ha causado controversia. Los autores que apoyan esta conducta consideran la posibilidad de recurrencia de apendicitis, de la cual hay mayor posibilidad entre los seis primeros meses posteriores al evento hasta los dos años; hay reportes del 66% en los dos primeros años.

Un estudio realizado por Gillick y cols. En 331 personas programadas para apendicectomía electiva, en 168 encontró inflamación aguda y subaguda del apéndice cecal y en dos casos tumor carcinoide, que de no haber sido por la cirugía electiva se habrían diagnosticado en forma tardía. (14).

Esta conducta se ve reforzada por el hecho de observar que en la mayoría de los casos, alrededor de un 77%, el apéndice está patente, es decir, susceptible de presentar apendicitis. Además, la apendicectomía electiva diferida conlleva una corta estancia hospitalaria y mínimas complicaciones.

Nuestro paciente de 30 años de edad está cursando el sexto día de iniciado los síntomas; además presenta signos vitales estables y hay eliminación de flatos lo que nos orienta que se encuentra estable sin ningún tipo de molestia, no hay síntomas o signos que muestren obstrucción intestinal; por lo tanto la conducta a seguir es el tratamiento expectante recordando que primero hay que administrar antibióticos endovenosos y conforme haya mejoría del paciente y disminuya el dolor se pueda iniciar cuidadosamente la ingesta; una vez dada el alta podremos realizar controles al paciente cada semana por consulta externa solicitando exámenes complementarios y valorando la estabilidad del paciente.

Si el paciente al ser internado presento absceso apendicular y se realizó el drenaje del mismo es aconsejable realizar imágenes del abdomen de control para estar seguros que la colección se ha resuelto antes del retiro del drenaje.

En la consulta iremos descartando que no exista fiebre, dolor abdominal, si existe eliminación de flatos, o si presenta síndrome de respuesta inflamatoria sistémica; no debemos olvidar que este paciente debe recibir tratamiento antibiótico oral ambulatorio hasta completar los 7 a 10 días y evitar así complicaciones para así poder realizar la cirugía planificada en aproximadamente 8 semanas, los motivos

fundamentales para realizar la apendicectomía diferida son, tanto la prevención de un nuevo episodio de apendicitis aguda, como la exclusión de otras entidades que pueden simular un plastrón apendicular.

Una vez que se realice la misma mediante la técnica quirúrgica que decida el cirujano el paciente debe ser controlado en su posoperatorio permaneciendo en estadio hospitalario por más o menos 3 a 4 días.

Si no se presenta ninguna complicación se puede dar el alta para luego acudir a sus controles por consulta externa.

Se debe realizar un diagnóstico precoz de la apendicitis aguda que permita la intervención quirúrgica oportuna y así evitar las complicaciones de la enfermedad que ya hemos mencionado.

Los resultados obtenidos en los estudios ya descritos, indican que el manejo conservador inicial de "plastrón apendicular" conlleva una baja morbilidad lo que claramente lo convierten en una real y buena alternativa en el manejo de este tipo de patología.

En base al análisis de la bibliografía revisada, y ante los resultados halagadores obtenidos en los presentes estudios, coincide que debe plantearse seriamente un "enfoque selectivo" de tratamiento ante el problema de aquellos pacientes con "plastrón apendicular"; que debe intervenir 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 apendicectomía 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 expectante.

La apendicectomía de intervalo, como ha sido recomendado debe efectuarse de 2 a 4 meses después de 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 recidiva 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.

No olvidemos que si el paciente presenta signos o síntomas antes de las 8 semanas de planificada la cirugía, deberá ser intervenido inmediatamente.

El paciente portador de plastrón apendicular debe ser apendicectomizado tan pronto los parámetros clínicos y paraclínicos se normalicen para evitar una segunda crisis apendicular que pueda poner en riesgo la vida del paciente o lo someta a complicaciones graves.

Finalmente, recalamos el papel dinámico del cirujano, que debe ser quien tome la decisión del tipo de manejo, involucre al equipo de radiología cuando sea viable el drenaje percutáneo y realice siempre el seguimiento del paciente, estando dispuesto a modificar la conducta cuando las condiciones del paciente lo requieran.

No olvidar que en estos casos es indispensable una observación estricta del paciente pues de no obtenerse mejoría clínica la cirugía estaría indicado. Así bien una pandemia mayor al 15% pronostica una falla del tratamiento no quirúrgico hasta del 84% por lo que en estos casos debe de manejarse quirúrgicamente.

## **RECOMENDACIONES**

Existen estudios realizados a nivel internacional que dan a conocer que los mejores resultados en el manejo del plastrón apendicular se obtienen con cirugía inmediata. No obstante, hay quienes consideran que el manejo expectante más apendicectomía diferida evita complicaciones y disminuye costos hospitalarios.

En nuestra región, son escasos los reportes sobre incidencia, aspectos clínicos y el manejo que se da a los pacientes con diagnóstico de plastrón apendicular.

Es recomendable que este estudio sea realizado en nuestra ciudad por estudiantes de nuestra universidad y así dar un aporte científico a nuestra sociedad a fin de disponer datos de nuestra realidad y de esta manera contribuir al mejor conocimiento de esta patología.

## Referencia Bibliográfica

1. Humes D, Simpson J. Acute appendicitis. *BMJ* 2006; 333 (7567); 530-4.
2. Williams G. Presidential Address: a history of appendicitis. With anecdotes illustrating its importance. *Ann Surg* 1983; 197:495.
3. Carr, N. J. (2000). The pathology of acute appendicitis. *Ann Diag Pathol*, 4, 46–8.
4. Arnbjornsson, E. (1983). Acute appendicitis and dietary fiber. *Arch Surg*. 118, 868–70
5. Bennion RS, Thompson JE Jr. Appendicitis. En: Fry DE, editor. *Surgical Infections*, Boston: Little, Brown, 1995. P. 241-250
6. Bennion Rs, Baron EJ, Thompson JE Jr, Downes J, Summanen P, Talan DA, et al. The bacteriology of granguenous and perforated appendicitis- revisited. *Ann surg*. 1990; 211:165-71
7. Bernard M. Jaffe, David H. Berger. *Schwartz Principios de Cirugía*, 8va edicion. Capítulo de Apéndice. 2005.
8. Shipsey MR, O'Donnell B. Conservative management of appendixmass in children. *Ann R Coll Surg Engl* 1985; 67:23-4.
9. PIRE CORDERO R, MAGO H. Plastrón apendicular / apendicular mass. *Boled Postgrado* 1989; 5: 35-40.
10. Narayana Dhanasekharan CUNNIGAIPER, Praven RAJ, Prasanthi GANESHARAM, Vishnukumar Ventkatesan 2010; Does ochsner- Sherren régimen still hold true in the managment of apendicular mass?; Chennai,India.
11. Rao PM, Rhea JT, Rattner DW, Venus LG, Novelline RA. Introduction of appendiceal CT: impact on negative appendectomy and appendiceal perforation rates. *Ann Surg* 1999; 229(3):344-9
12. Vagner Frias- Gonzales, Manuel Castillo- Ángeles, Manuel Rodriguez Castro, Giuliano Borda-Loque 2012. Manejo de la masa apendicular inflamatoria en el paciente adulto en el Hospital Nacional Cayetano Heredia; Lima- Perú.
13. M.A Bahram. *International Journal of Surgery* 9 (2011). Evaluation of early surgical management of complicated appendicitis by apendicular mass.
14. GILLICK J, VELAYUDHAM M, PURI P. Conservative management of appendix mass in children. *Br J Surg* 2001; 88: 1539-1542

## Urkund Analysis Result

**Analysed Document:** INTRODUCCION.docx (D16268162)  
**Submitted:** 2015-11-18 21:04:00  
**Submitted By:** hbejarano@utmachala.edu.ec  
**Significance:** 7 %

Sources included in the report:

CEVALLOS AGURTO CECIBEL YADIRA.docx (D9815431)

Instances where selected sources appear:

1

