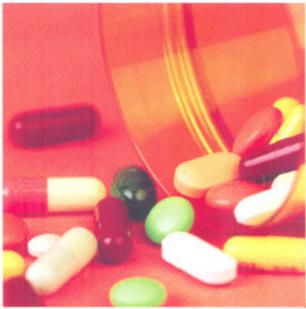


Absceso apendicular o masa apendicular y su tratamiento



Autores:

Dr. Óscar Miranda Delgado

Cirujano General – Clínica San Borja.

Dr. Óscar Miranda Montalván

Médico Cirujano – Clínica San Borja.

RESUMEN

La masa o absceso apendicular, es el resultado tardío de una apendicitis que no se detectó a tiempo¹. Suele cursar con dolor en fosa ilíaca derecha, náuseas, pérdida de peso y fiebre; así como la demostración por estudio de imágenes del absceso. Nosotros tenemos que enfrentar esta realidad que se presenta en el 3,8% de las apendicitis² y manejarla con cuidado. Hay mayor tendencia en el mundo, a falta de consenso, que su tratamiento debe ser conservador o médico y la cirugía de intervalo, posterior, no debe ser rutinaria sino debe estar sólidamente indicada^{3,4}.

Presentamos dos casos que tienen en común el tratamiento ambulatorio exitoso, hasta ahora inédito, de la primera etapa.

Palabras claves: Masa apendicular, absceso apendicular.

SUMMARY

The appendicular mass or abscess is the late outcome of an appendicitis that was not detected on time. It usually presents with pain in the right iliac fossa, nausea, weight loss and fever, as well as the demonstration of the abscess by an image study. We have to face this reality which is present in 3,8% of the appendicitis, and have to manage it carefully. Due to the lack of consensus, there is a greater tendency in the world that its treatment should be conservative or medical, and that

the following interval surgery should not be performed as a routine unless it is firmly indicated.

We are presenting two unedited cases that were both successful in the ambulatory treatment at the first stage.

Key words: Appendicular mass, appendicular abscess.

INTRODUCCIÓN

Si una apendicitis aguda no recibe atención médica quirúrgica oportuna e inmediata, progresa a la perforación y se nos presenta como masa apendicular o absceso, como son estos dos casos que nos ocupan. El tratamiento en estos casos se tendrá que hacer por etapas; en la primera de ellas se aplicará un tratamiento conservador del absceso, exitoso en nuestros casos, que no requirió drenaje percutáneo ni permanencia hospitalaria, que en promedio es de 10,4 días³. Electivamente, se aplicará la segunda etapa o tratamiento quirúrgico de intervalo, en los casos que así lo requiera. Esto hace que el tratamiento total, además de problemático, sea costoso y en países como China y EE.UU. excede los US\$16 773 por paciente (sólo la segunda etapa)⁵.

CASO CLÍNICO #1

Paciente de 54 años de edad, sexo masculino, que tres horas antes de llegar a la Emergencia, presenta dolor

en hemiabdomen inferior, intenso, tipo cólico de inicio súbito, que se asoció a alza térmica 39 °C y escalofríos. Había presentado dos deposiciones líquidas en la mañana. Cuatro meses antes, el paciente presentó episodio de dolor abdominal, que lo llevó a la emergencia de un hospital, donde permaneció cinco días, habiendo pedido su alta voluntaria. Días después fue visto por un gastroenterólogo, quien le indicó una tomografía y le diagnosticó periapendicitis y lo trató ambulatoriamente con antibióticos orales por 6 días. El paciente mejoró.

Examen físico: T: 39 °C; PA: 160/90 mm Hg; P: 94 x min; FR: 24 x min; Sat. O₂: 95%. Obeso, muy adolorido, no mostraba tinte icterico.

Tórax: Percusión y auscultación normal.

Cardiovascular: Normal.

Abdomen: Moderadamente distendido, blando, depresible, doloroso D>Izq. Con signos peritoneales positivos en hemiabdomen inferior, ruidos intestinales presentes.

Tacto rectal: No masas, no doloroso, no sangrado. Próstata aumentada de tamaño.

Exámenes auxiliares: Laboratorio: Hgb: 17 g. Hto: 50%. Leucocitos 9920 (Bast. 11; Seg. 78) orina: N; amilasa: 33; urea: 28. Leucocitos 11 620 (Bast. 41, Seg. 45, escasas granulaciones tóxicas) 3 horas después.

Radiografía de abdomen: Cuadro suboclusivo. Radiografía de tórax: Normal. Ultrasonido abdomen: No líquido libre; leve distensión de asas; esteatosis hepática; quiste renal derecho. Tomografía helicoidal multicorte: Colección hipodensa, en fosa iliaca derecha adyacente a región ileocecal y borde superior de vejiga, que mide 5x4x2 cm (ver Imagen 1).

Imagen 1



Cirugía: Se efectúa por laparoscopia a las 12 horas de su ingreso, encontrándose material purulento en hemiabdomen inferior tanto D. como Izq. y subdiafragmático D. El apéndice estaba plastronado, con casquete fibroso y con un absceso yuxtaapendicular,

muy adherido a órganos vecinos; pudimos sacarlo intacto. Se lavó cavidad profusamente con 9 litros de salino tibio y se dejó dren Pen Rose fino. Recibió cobertura antibiótica amplia con cefoperazona, sulbactán y metronidazol por 8 días.

Evolucionó muy bien y salió de alta al tercer día, continuando con tratamiento antibiótico ambulatorio.

CASO CLÍNICO #2

Paciente de 82 años, inmigrante chino, que no habla español y fue visto por primera vez el 10 de enero del 2005, con masa apendicular de 10 días de evolución. Presentaba dolor abdominal en cuadrante inferior D, náuseas, anorexia, fiebre, pérdida de 5 kilos de peso. No presentaba vómitos ni diarreas.

Había sido visto 10 días antes por otro médico, quien lo estudió y le diagnosticó apendicitis aguda y le indicó cirugía, pero el paciente no aceptó. Cuatro días después lo llevaron a un hospital donde le diagnosticaron proceso gastrointestinal.

Antecedentes: Hipertensión arterial controlada con Elantal 20 mg/día; micardis. Toma ASA 1/día. Pérdida de visión del ojo izquierdo.

Al examen es un paciente senil, sin tinte icterico. P: 72 x min; PA: 140/80 mm Hg; T: 38 °C; FR: 20 x min.; Sat O₂: 95%.

Tórax: Percusión y auscultación normal.

Cardiovascular: Sople sistólico 1/6 en foco aórtico.

Abdomen: Ligeramente distendido, blando con masa dolorosa palpable en fosa iliaca derecha y rebote positivo. No había signos peritoneales en otras áreas. Ruidos intestinales presentes y activos.

Tacto rectal: Doloroso en el lado derecho. Próstata aumentada de tamaño, no otras masas, no sangrado.

Exámenes auxiliares: Hgb: 13,8 g. Hto: 42%; Leucocitos: 12 725; A: 0; Seg: 82. INR: 1.13, T. de protrombina: 15". Proteínas Totales: 7.43; albúmina 3.90; globulina: 3,53.

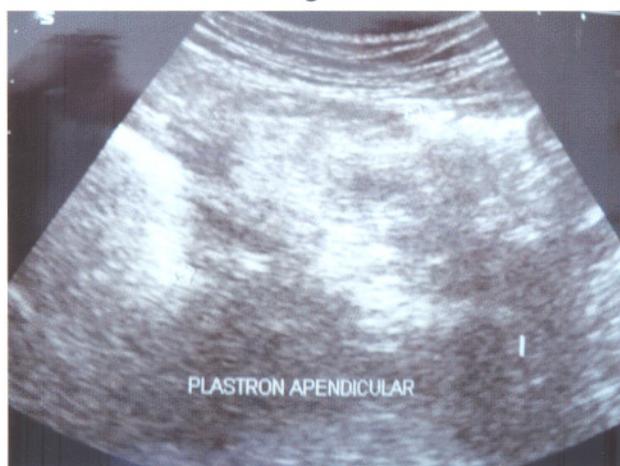
Eco abdominal del 10 de enero (ver Imagen 2). Eco del 13 de Enero: se había reducido a un tercio del volumen del absceso, del día 10. Eco del 2 de febrero (ver Imagen 3): Plastrón apendicular laminar.

Tratamiento: Paciente recibió tratamiento ambulatorio, con antibióticos parenterales: Cefoperazona, sulbactán 3 g de inicio y luego 1,5 g c/12 h y metronidazol 500 mg c/8 h durante 10 días y luego se pasó a la vía oral 10 días más, hasta que hubo resolución completa del absceso (ver Imagen 3). Reposo en cama. Dieta líquida con preparados proteicos suplementarios.

Imagen 2.



Imagen 3



El paciente mejoró ostensiblemente, la fiebre cayó a las 48 horas, el dolor desapareció a los 11 días y a medida que toleraba la dieta se avanzó a blanda. Se tuvo especial cuidado que la enfermera que administraba los antibióticos en casa, reportara las funciones vitales y estado del paciente diariamente. Se le hicieron tres consultas en casa. El costo total del tratamiento conservador en casa fue de S/. 5500 (nuevos soles) o US\$ 1850. El paciente permaneció asintomático por 6 semanas y recuperó su

peso. El 11 de marzo presentó cuadro típico de apendicitis aguda recurrente y fue operado horas después.

Cirugía: Se hizo por laparoscopia, encontrándose un plastrón apendicular con casquete fibroso que rodeaba al apéndice; éste se encontraba parcialmente digerido en su porción distal. No se encontró abscesos y presentaba fecalito.

Anat. patológica: Apendicitis aguda con fecalito, superficie externa con áreas hemorrágicas y necróticas.

Su evolución posoperatoria fue muy buena y salió de alta al tercer día posoperatorio.

DISCUSIÓN

Es aceptado universalmente que el tratamiento del absceso o masa apendicular más exitoso y con menor morbilidad es el conservador con o sin drenaje percutáneo^{2,3}, y sólo si éste falla, se pasa a la cirugía inmediata.

En los adultos un 1,2% puede tener como base o causa una neoplasia cecoapendicular y un 0,7% otra enfermedad benigna importante, que debe ser evaluada o descartada en el período de intervalo, luego de haber tenido éxito con el tratamiento antibiótico². A estos pacientes se les somete a estudios colónicos, radiográficos y/o colonoscópicos, para su diagnóstico adecuado⁶ y sólo si son positivos serán indicación para un tratamiento quirúrgico de intervalo⁷.

La apendicitis recurrente en estos pacientes se presenta en un 7,4 a 12,3%^{2,8} de los casos y constituyen junto con el dolor persistente la otra indicación quirúrgica. En nuestro paciente de 82 años, no nos sorprendió la apendicitis recurrente, por tener fecalito apendicular y ser la base o nido de otro foco infeccioso, causa de recurrencia, que tampoco se menciona en la literatura.

En pacientes seleccionados, estables y con tracto gastrointestinal funcionando bien, que permita alimentación oral, es seguro el tratamiento conservador en casa. Los costos disminuyen ostensiblemente; en nuestro caso, se redujo a US\$ 1700.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bessemis M, Gouma DJ. Interval appendectomy as routine therapy or only as indicated: the controversy continues. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2007;151 (13):739-41.
- Andersson RE, Petzold MG. Nonsurgical Treatment of Appendiceal Abscess or Phlegmon: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Surg.* 2007;246(5):741-748.
- Mazziotti MV, Marley EF, Winthrop AL, et al. Histopathologic analysis of interval appendectomy specimens: support for the role of interval appendectomy. *J Pediatr Surg.* 1997;32(6):806-9.
- Willemsen PJ, Hoorntje LE, Eddes EH, Ploeg RJ. The need for interval appendectomy after resolution of an appendiceal mass questioned. *Dig Surg.* 2002;19(3):216-20.
- Cothren CC, Moore EE, Johnson JL, et al. Can we afford to do laparoscopic appendectomy in an academic hospital? *Am J Surg.* 2005;190(6):950-4.
- Lewin J, Fenyo G, Engström L. Treatment of appendiceal abscess. *Acta Chir Scand.* 1988;154(2):123-5.
- Stevens CT, de Vries JE. Interval appendectomy as indicated rather than as routine therapy: fewer operations and shorter hospital stays. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2007;151(13):759-63.
- Tekin A, Kurtoglu HC, Can I, Oztan S. Routine interval appendectomy is unnecessary after conservative treatment of appendiceal mass. *Colorectal Dis.* 2007 Sep 14; (Epub ahead of print).