

## "Plastrón apendicular": ¿Es necesaria la operación diferida?

Dres. F. R. Prieto, M. Dávila, P. Vallone, M.T.G. de Dávila, Z. Balbarrey.  
Área Cirugía y Anatomía Patológica; Hospital de Pediatría J.P. Garrahan, Buenos Aires.

### Resumen

Se analizó una serie de 33 pacientes ingresados durante 3 años al hospital con diagnóstico de apendicitis evolucionada a la formación de una masa.

A todos los pacientes se les realizó tratamiento médico con buena evolución. Fueron operados 20 en forma programada entre 4 y 12 meses posteriores al episodio agudo. Dos niños necesitaron ser operados a los 2 y 5 meses del episodio inicial por reagudización clínica. Once pacientes permanecen en control sin haber manifestado enfermedad después del episodio agudo.

Se revisaron las apendicectomías con los siguientes resultados: inflamación subaguda persistente en grasa pericecal y peritoneo en 2; sin lesión 4; obliteración fibrosa 1; escaso infiltrado linfóide en restos del apéndice y/o grasa pericecal en 13; 2 no fueron revisados.

Si bien el número de observaciones es bajo para inferir conclusiones, a la luz de estos hallazgos parecería haber sido innecesaria la apendicectomía programada en los pacientes que no sufrieron reagudización clínica.

### Palabras Clave

Apendicitis - Plastrón apendicular.

### Summary

A series of 33 appendiceal masses observed during a 2 year period is presented.

Twenty patients were electively operated on after 4 to 22 months from the acute initial episode. Only two patients ought to be operated on at 2 and 5 months after initial presentation due to recurrence of pain and tenderness in the right iliac fossa.

Twenty surgical specimens were reviewed. The findings were as follows: Subacute and persistent inflammation in surrounding cecal fat tissue and serosa were observed in 2; normal appendix in 4; fibrous occlusion of the appendiceal lumen in 1; scanty lymphoid infiltrate in the appendiceal remnant and/or cecal fat tissue in 13; 2 specimens were not registered.

Elective appendectomy could be considered unnecessary according to these results in those patients without further symptoms after resolution of the initial episode of the appendiceal mass.

### Index Words

Apendicitis - Appendiceal mass.

### Introducción

La apendicitis que evoluciona a la formación de una masa (plastrón), se observa con una frecuencia variable entre el 2 y el 10 % de los casos. El manejo del cuadro es habitualmente conservador cuando no se presentan complicaciones, siendo una indicación corriente efectuar la apendicectomía meses después de resuelto el mismo.

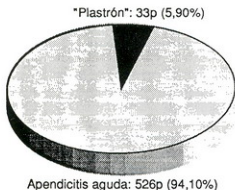
Con el objeto de revisar la validez terapéutica de la operación electiva, analizamos

una serie de 33 pacientes con "plastrón apendicular" de los cuales 22 fueron operados. El estudio consistió en rever la evolución clínica de todos los pacientes así como del material de anatomía patológica correspondiente a los operados.

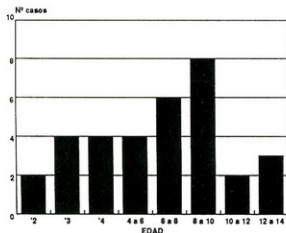
### Material y método

De los 560 casos de apendicitis admitidos en el Hospital J.P. Garrahan entre Enero de 1989 y Enero de 1991, se diagnosticó como "plastrón" a 33 (5.8%), los cuales recibieron tratamiento

médico sin intentarse la apendicectomía en agudo. (cuadro 1)



Cuadro 1: Incidencia de Plastrón Apendicular.



Cuadro 2: distribución por edades.

Las edades de los niños oscilaron entre uno y catorce años: su distribución se muestra en el cuadro 2.

En 28 pacientes, (85%) la historia era compatible con apendicitis aguda con el diagnóstico demorado entre 3 y 40 días previos a la internación. La mayoría (73%) habían recibido antibióticos y/o analgésicos y/o antiespasmódicos antes de su ingreso.

El diagnóstico se fundamentó en la palpación de tumor localizado en la fosa iliaca derecha combinada con tacto rectal en algunos. El reconocimiento de la masa pudo hacerse en ocasiones sólo bajo anestesia general.

Se realizó ecografía en 26 de éstos niños, reconociéndose en todos las imágenes características del proceso; el estudio permitió confirmar el cuadro aún en dos niños en los que

la semiología dejaba dudas.

Por insuficiente diagnóstico se operaron en agudo 3 pacientes: en ellos reconocido el "plastrón", la intervención se limitó a colocar láminas de avasamiento sin intentar la apendicectomía. El tratamiento médico consistió en reposo oral, hidratación endovenosa y antibióticos durante una semana, continuándose la siguiente con medicación por vía oral. Las drogas utilizadas fueron Metronidazol o Clindamicina y un aminoglucósido o Cefoxitina y Metronidazol con TMS-sulfa oral.

## Resultados

Todos los pacientes evolucionaron bien, siendo controlados periódicamente hasta su remisión completa. El seguimiento incluyó ecografía y examen laboratorio hasta normalización de los parámetros.

Se realizó apendicectomía programada a 20 niños entre 4 y 12 meses después del episodio agudo; entre ambas internaciones este grupo de niños se mantuvo libre de síntomas, habiéndose internado todos en buen estado de salud para operarse. Dos pacientes debieron ser intervenidos a los dos y cinco meses respectivamente del cuadro inicial, cuando luego de una evolución satisfactoria presentaron signos de reagudización, requiriendo la apendicectomía de urgencia, y fueron excluidos de la revisión para el presente trabajo.

Permanecen en control 11 niños, todos ellos libres de síntomas, luego de lapsos que oscilan entre 7 y 18 meses del episodio agudo sin haber sido operados.

Se muestra en el gráfico 4 la síntesis de los resultados de la revisión anatomopatológica de las piezas obtenidas en la cirugía programada. (Cuadros 3 y 4)

## Discusión

El tratamiento médico del "plastrón apendicular" comprende la internación, el soporte hidroelectrolítico y usualmente la administración de antibióticos, vigilando la eventual aparición de complicaciones mientras se aguarda la resolución del proceso en aproximadamente dos semanas. Como es sabido la indicación de operar se reserva para los casos que evolucionan a la formación de absceso u oclusión.

De acuerdo a estas pautas observamos la evolución satisfactoria en 31 de los 33 niños de la presente serie: sólo 2 pacientes debieron ser operados por reagudización de la apendicitis.



Cuadro 3: plastrón apendicular: evolución de 33 pacientes.

Escaso infiltrado linfóide en apéndice y meso	13
Apéndice normal	4
Inflamación persistente en peritoneo y meso	2
Obliteración fibrosa	1

Cuadro 4: plastrón apendicular: resultados de la anatomía patológica sobre 20 pacientes operados.

Si bien es una observación colateral al objetivo de este trabajo, resulta de interés citar la experiencia del Hospital for Sick Children de Toronto, donde el tratamiento del "plastrón" es seguido con las mismas pautas excepto la administración de antibióticos. La evolución de los pacientes tratados con dicho criterio muestra que los índices de reagudización como de la formación de absceso no son mayores que los publicados por otros centros en los que el tratamiento incluye la administración de antibióticos (1).

La observación precedente merece ser tenida en cuenta en nuestro medio, tan proclive a sumarse a la "carrera de los antibióticos".

La utilidad de la ecografía es indudable en el diagnóstico y seguimiento del "plastrón", teniendo en cuenta que la eficacia del procedimiento depende de la experiencia del observador. Considerando que el abdomen agudo es una de las consultas más frecuentes en la urgencia pediátrica, el conocimiento de esta metodología debería ser más difundida en la práctica quirúrgica.

En nuestra serie la evolución de los pacientes ha sido satisfactoria y comparable a la experiencia de otros centros. Señalamos sin embargo la conveniencia de un cuidadoso

seguimiento de los pacientes diagnosticados como "plastrón", ya que además de atender rápidamente las eventuales complicaciones, deberá tenerse en cuenta la revisión del diagnóstico si la masa no se reduce en el tiempo esperado, a fin de descartar un tumor maligno de la región ileocecal.

La revisión de las piezas quirúrgicas extirpadas tiempo después de resuelto el episodio agudo, se realizó mediante el procedimiento de "doble ciego".

En 13 sobre 20 (65%) se encontró lesión inflamatoria de grado leve, representada por escaso infiltrado linfocitario.

En 4 casos no se encontró lesión residual que pudiera vincularse a un proceso inflamatorio previo. La obliteración fibrosa se observó en un caso.

En dos pacientes la histología mostró inflamación aguda constituida por leucocitos polimorfonucleares en el peritoneo y la grasa periapendicular, en coincidencia con un cuadro clínico de reagudización: estos pacientes como fuera dicho, están excluidos de la revisión de los operados en frío.

Las lesiones encontradas en los niños operados en forma alejada del episodio agudo configuran secuelas de escasa magnitud y son por sí mismas incapaces de justificar manifestaciones clínicas, excepción hecha de los dos casos de lesión aguda en pacientes sintomáticos.

Los protocolos de las operaciones efectuadas en forma diferida, repiten con descripciones similares el hallazgo de adherencias laxas, no oclusivas entre el intestino y el apéndice fibrosado o de restos del mismo fijos al peritoneo.

En resumen: los pacientes fueron operados en plena salud y los hallazgos anatómopatológicos no demuestran enfermedad.

La controversia sobre la indicación de apendicectomía diferida luego de un "plastrón", ha sido planteada por Engkvist en 1971 y por Hoffman en 1984 (2) (3). Puri, en 1989 opina que el hallazgo en un tercio de las piezas de signos de inflamación subaguda justifica a su criterio la apendicectomía electiva (4).

Especulamos con que cuanto más cerca del episodio agudo se opere, tanto mayores serán las posibilidades de encontrar signos histológicos de inflamación.

Entendemos que serán necesarios el estudio de un mayor número de casos y un protocolo adecuado para precisar sobre suficientes bases clínicas y patológicas la conducta más razonable.

"Abstenerse de una operación innecesaria hace a la calidad de la cirugía".

### Bibliografía

---

1. *Janik JS, Ein SH, Shandling B, et al:* Nonsurgical management of appendiceal mass in late presenting children. *J Ped Surg* 15:4-574, 1980.
2. *Engkvist O:* Appendicectomy a froid, a superfluous routine operation? *Acta Chir Scand* 137:797, 1971.
3. *Hoffman J, Lindhard A, Jensen KE:* Appendix mass: conservative management without interval appendectomy. *Am J Surg* 148:379, 1984.
4. *Puri P, O'Donnell B:* Management of appendiceal mass in children. *Pediatr Surg Int* 4: 306, 1989.

---

*Dr. F.R. Prieto*

Pichincha 1850  
(1245) Buenos Aires  
Argentina