



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-394 - MANEJO DEL PLASTRÓN APENDICULAR EN NUESTRO CENTRO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

*Castaño Ortega, Juan Carlos; González, Verónica; Lugón Castellanos, Julia Alejandra; Sala Carazo, Paula; Coloma, Ángela; López González, Ruth; Castellvi Valls, Jordi*

*Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí.*

### Resumen

**Introducción:** La apendicitis aguda es una de las principales causas de dolor abdominal, la incidencia ronda de 76-227 casos por 100.000 habitantes. El plastrón apendicular es una masa inflamatoria que aparece en relación a una perforación del apéndice cecal. La presentación en forma de plastrón es poco frecuente, aproximadamente del 2-10% de los pacientes con apendicitis la presentan. El momento idóneo para la apendicectomía es controvertido. Una de las consecuencias es que el proceso inflamatorio enmascare un diagnóstico de mayor gravedad que la apendicitis.

**Objetivos:** Revisar el manejo de los plastrones apendiculares en nuestro centro en los últimos años y revisar la literatura de cara a establecer un algoritmo terapéutico.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo del manejo del plastrón apendicular en nuestro centro en los últimos 4 años. Realizamos una búsqueda en nuestro sistema con el código diagnóstico de plastrón apendicular encontrando 36 casos con este diagnóstico desde 2019-2023. La mayoría de ellos se manejaron de forma conservadora con tratamiento antibiótico con una duración variable de 7 a 21 días, acortándose en los últimos 2 años por consenso PROA y colaboración de HADO con la consiguiente disminución en la estancia media hospitalaria. Los dos pacientes que se intervinieron fue por empeoramiento clínico o analítico a pesar de antibioterapia durante el ingreso, uno a las 24 h y otro al 6.º día de ingreso. El tratamiento antibiótico más utilizado es amoxicilina-clavulánico. Prácticamente en la totalidad de los pacientes se realizó una colonoscopia previa a la cirugía en un intervalo de tiempo de 1 año, sin identificar en ninguno de ellos lesiones sospechosas. Todos los casos fueron sometidos a tratamiento quirúrgico definitivo con una variabilidad de tiempo desde 3 meses hasta 3 años. En la anatomía patológica definitiva, en más de la mitad de los pacientes se identificaron signos de inflamación aguda/crónica, en una menor proporción describen hiperplasia folicular y en un menor porcentaje describen LAMN (*Low-Grade Appendiceal Mucinous Neoplasm*).

**Resultados:** Del total de pacientes tratados de forma conservadora con antibiótico el 90% de ellos presentaron un buen curso clínico exceptuando los que requirieron cirugía urgente por presentar empeoramiento clínico o analítico a pesar de antibioterapia. La duración del tratamiento antibiótico varía de 7 a 21 días. La realización de colonoscopia tras el proceso agudo se realizó prácticamente en la totalidad de nuestro grupo en un plazo menor al año. El tiempo hasta la cirugía en nuestra muestra no está claramente definido ya que presenta cierta variabilidad.

**Conclusiones:** En nuestra muestra vemos variabilidad tanto en el uso de antibiótico, duración del mismo, tiempo hasta la colonoscopia y tiempo hasta la cirugía dada la falta de consenso al respecto. Son necesarios ensayos clínicos sobre el manejo del plastrón apendicular para llevar a cabo un algoritmo terapéutico adecuado. Sin duda, la protocolización en la actuación ante dicha patología juntamente con la colaboración de HADO conseguirá disminuir las tasas de ingreso, así como la disminución de las complicaciones asociadas.