

Manejo Conservador de Masa Apendicular

D. Montiel Villasmil
J. Fernández Fernández
E. Flores León

Montiel Villasmil D., Fernández Fernández J., Flores León E.
Manejo conservador de masa apendicular. Centro Médico.
1993; 39:66-69.

RESUMEN

Se revisaron las historias clínicas de 59 niños con diagnóstico de Masa Apendicular tratados en forma conservadora en nuestra institución desde 1971 hasta la fecha. Todos recibieron antibióticoterapia desde el momento del ingreso; siendo los resultados satisfactorios cuando se realizó apendicectomía selectiva bajo criterios específicos. Se pudo observar que cuando la apendicectomía se realizó con resolución completa de la sintomatología y normalización de los exámenes de laboratorio, el porcentaje de complicaciones se acercó a cero.

Abstract

In our Institution, the clinic history of 59 children whose had a diagnosis of apendicular mass and were treated in a conservative manner, has been reviewed from 1971 to the present. All of these children had received antibiotic therapy at the same time to their admission. The results were satisfactory under specific criterion at the moment to make the apendicectomy in a selective manner. And it was possible to observe that, if apendicectomy was performed with a previous complete resolution of sintomatology and normalization to the laboratory test, the percentage of complications was near zero.

PALABRAS CLAVES

Masa Apendicular, Apendicitis.

INTRODUCCION

El tratamiento primario de Masa Apendicular es controversial, se define como tal: todo proceso patológico que curse con clínica y laboratorio compatible con apendicitis aguda, con una masa fija, palpable en cuadrante inferior derecho y sin signos de irritación peritoneal. Cuando estemos en presencia de una masa de iguales características, que incremente o no su tamaño, que se acompañe de irritación peritoneal localizada o generalizada, con elevación de frecuencia cardíaca y pulso, estaremos en presencia de un Absceso Apendicular.

El tratamiento primario de una Masa Apendicular o de un Absceso Apendicular puede ser médico en el primero de los casos o, consistir en el drenaje quirúrgico además de apendicectomía cuando sea posible, cuando estemos en presencia de un Absceso; la pregunta es cuándo realizar la apendicectomía? Reportes recientes sobre el manejo quirúrgico primario reflejan un alto porcentaje de complicaciones, de allí nuestro objetivo en demostrar que el manejo conservador de la Masa y el Absceso Apendicular (drenaje) es seguro y sin complicaciones cuando se mantiene una observación estricta del paciente y se realiza apendicectomía bajo criterios específicos.

Janik y col.,¹ Skoubo y col.,² han indicado que el porcentaje de complicaciones es mayor en niños que han sido sometidos a intervención quirúrgica de inmediato, sugiriendo un abordaje conservador inicial seguido de apendicectomía en forma selectiva.

MATERIALES Y METODOS

Se revisaron las historias clínicas de 59 niños con diagnóstico de Masa Apendicular, la selección fue realizada al azar del archivo de historias médicas del Hospital Universitario de Maracaibo desde 1971 hasta la fecha. Se encontraron 37 niños (62,7%) y 22 niñas (37,2%) (Cuadro 1) en todos el diagnóstico fue realizado en base a una historia sugestiva de apendicitis, con una duración de síntomas de más de dos días de evolución, y una masa palpable en el cuadrante inferior derecho del abdomen o demostrada a través del tacto rectal. La edad varió desde los dos hasta los 11 años (promedio 7,5 años). El tiempo de evolución al momento del ingreso varió de dos a quince días (promedio 5, 6 días) (Cuadro 2). En treinta y tres casos se confirmó el uso de antibióticos antes de consultar en nuestro centro, bien por

Servicio de Cirugía Infantil Hospital Universitario de Maracaibo,
Maracaibo, Venezuela.
Universidad del Zulia, Facultad de Medicina, Revisión de Post-Grado,
Post-Grado de Cirugía Infantil, Hospital Universitario de Maracaibo.

automedicación o bien indicados por médicos. La cuenta blanca varió desde 7.450 hasta 29.800 leucocitos por milímetro cúbico; la velocidad de sedimentación globular varió desde 6 hasta 61 mm., y la temperatura varió desde 36,8 hasta 40,2 grados Centígrados.

La antibióticoterapia fue iniciada en todos los pacientes desde el ingreso; Ampicilina y Kanamicina fueron indicados a la mayoría de los pacientes durante los primeros años, en años posteriores se agrega el esquema clindamicina la cual es mantenida hasta que el paciente tolera la vía oral cuando era cambiada por Metronidazol. Los pacientes permanecen hospitalizados hasta que la masa ha desaparecido o, se haya reducido a una pequeña masa no dolorosa; después del egreso fueron controlados por consulta externa hasta que desapareció la sintomatología, se normalizó la cuenta blanca (por debajo de 10.000 leucocitos por milímetro cúbico) y la velocidad de sedimentación globular (por debajo de 20 mm). Durante la hospitalización se mantiene el reposo en cama, y dieta absoluta con soluciones parenterales hasta que sea confirmado el tránsito gastrointestinal. Al egresar el paciente se mantiene con antibióticos por vía oral, sólo hasta culminar el esquema terapéutico iniciado durante la hospitalización.

RESULTADOS

Los 59 pacientes fueron sometidos a tratamiento conservador desde el ingreso. El período de hospitalización hasta la resolución de los síntomas y signos varió desde 5 días hasta 39 días con promedio general de 13,9 días. Es de hacer notar que cuando se emplearon antibióticos de acción comprobada contra gérmenes anaerobios (Clindamicina, Cloramfenicol y Metronidazol) el tiempo de hospitalización promedio disminuyó a 11,5 días. El promedio de estancia hospitalaria en los pacientes que no recibieron tratamiento contra gérmenes anaerobios fue de 18 días. Durante su evolución, dos pacientes presentaron clínica compatible con Absceso Apendicular, realizándose drenaje sin apendicectomía en los dos casos. Otros dos pacientes fueron intervenidos antes de completarse la resolución de la Masa Apendicular.

Siete pacientes fueron apendicectomizados cuando hubo resolución de su sintomatología pero con alteración de las pruebas de laboratorio (cuenta blanca elevada en 4 y velocidad de sedimentación globular elevada en 6). Catorce pacientes que representaron el 56% de pacientes operados fueron apendicectomizados en forma selectiva cuando no presentaron sintomatología y los exámenes de laboratorio estaban dentro de límites normales (cuenta blanca por debajo de 10.000 y velocidad de sedimentación globular por debajo de 20 mm) (Cuadro 4).

De los 52 pacientes que fueron egresados para apendicectomía selectiva, 4 fueron readmitidos con nueva Masa Apendicular y 2 con apendicitis Aguda, constituyendo un porcentaje de recurrencia de 11,0% en un período de un mes a tres años con promedio de 8 meses. En éstos casos se mantuvieron los pacientes hospitalizados hasta realizar apendicectomía.

Treinta y cuatro (59%) no acudieron a control por consulta externa para planificar apendicectomía selectiva sin haberseles

CUADRO N° 1
Manejo Conservador de Masa Apendicular
Distribución por Edad y Sexo

Edad (años)	Sexo	
	Masculino	Femenino
1	0	0
2	1	1
3	3	1
4	1	0
5	4	5
6	4	3
7	3	3
8	2	4
9	1	2
10	8	1
11	9	3
Total	37	22

Fl.: Archivos Historias Médicas H.U.M.

CUADRO N° 2
Manejo Conservador de Masa Apendicular
Evolución de Sintomatología
al momento del ingreso

Días de Evolución	N° de Pacientes
2	8
3	8
4	12
5	4
6	6
7	5
8	8
9	1
10	4
11	0
12	1
13	0
14	2
15	1

Fl.: Archivos Historias Médicas H.U.M.

readmitido en nuestro centro por ésta causa en un período sin recurrencia que alcanza en los primeros casos hasta 21 años.

De los 2 pacientes a quienes se les realizó drenaje de absceso, uno presentó infección de herida operatoria. Uno de los dos pacientes intervenidos sin resolución de la Masa Apendicular también presentó infección de la herida operatoria. En 7 pacien-

CUADRO 3
Manejo Conservador de Masa Apendicular
Anatomía Patológica

Resultado de Biopsia	Nº de Pacientes
Apendicitis Crónica	2
Apendicitis Aguda	6
Apendicitis Perforada	1
Apendicitis Carral	5
Apendicitis Gangrenosa	2
Apendicitis Supurada	4
Fibrosis, Atrofia de apéndice	3

FI.: Archivos Historias Médicas H.U.M.

CUADRO Nº 4
Manejo conservador de Masa Apendicular
Tratamiento

Tratamiento	Nº de Pacientes
Drenaje de Absceso	2
Apendicectomía con masa apendicular	2
Apendicectomía sin masa apendicular pero con alteración de laboratorio	7
Apendicectomía sin masa apendicular y con laboratorio normal	14

F.I. Archivos Historias Médicas H.U.M.

CUADRO 5
Manejo Conservador de Masa Apendicular
Infección de Herida

Tratamiento	Pacientes	Infección	%
Drenaje de Absceso	2	1	50
Apendicectomía con Masa Apendicular	2	1	50
Apendicectomía sin Masa Apendicular pero con Alteración de Laboratorio	7	4	57
Apendicectomía sin Masa Apendicular y con Laboratorio Normal	14	0	0

FI.: Archivos Historias Médicas H.U.M.

tes a los cuales se les practicó apendicectomía con resolución de la clínica pero con pruebas de laboratorio alteradas se presentó infección de la herida en cuatro de ellos. De los 14 pacientes apendicectomizados sin sintomatología, con cuenta blanca por debajo de 10.000 y velocidad de sedimentación globular por debajo de 20 mm ninguno presentó complicaciones (cuadro 5).

Del total de apéndices removidas (23) en 20 de los casos se reportaron cambios inflamatorios agudos o crónicos independientemente de haber sido removidos con parámetros normales o no (Cuadro 3).

No se presentaron otro tipo de complicaciones ni hubo muertes en el estudio.

DISCUSION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La controversia sobre el manejo de una masa apendicular no es nada nuevo. Desde principios de siglo, Wilke³ sugirió un manejo conservador mientras que Murphy afirmaba que el drenaje con apendicectomía era fácilmente realizable. Posteriormente en 1945, Mc Pherson y Kinmonth⁴ describieron la efectividad del manejo conservador en el adulto, pero cuestionaron su uso en los niños por la dificultad en ellos de localizar un proceso inflamatorio y de formar una masa con posterior resolución de la misma. Estos autores establecieron diferencias entre una Masa Apendicular y un Absceso Apendicular. La Masa representa una masa edematosa de epíplon, intestino y apéndice que aparece dentro de los cuatro a cinco días posterior a la aparición de la apendicitis. Consideramos al igual que ellos que una intervención bajo esas circunstancias incrementa el riesgo a lesionar un asa, al sangramiento, a las fístulas intestinales y a la peritonitis difusa. En contraste el Absceso Apendicular es un proceso supurativo localizado que puede ocurrir en cualquier momento del curso evolutivo de una apendicitis o, puede complicar una Masa Apendicular y requiere drenaje quirúrgico. La diferencia clínica depende de la sociación de algunos hallazgos clínicos con un Absceso Apendicular, tales como: Elevación de pulso, fiebre sostenida o en agujas, signos de irritación peritoneal, y un incremento en el tamaño de la masa; o desaparición súbita de la misma con signos de irritación peritoneal difusa y peritonitis generalizada. El manejo conservador de la Masa Apendicular conlleva a una morbilidad muy baja y cero por ciento de mortalidad en cualquier centro donde se realiza. Aunque su beneficio ha sido cuestionado en algunos centros ya que puede encubrir lesiones malignas y alargar el tiempo de hospitalización, el riesgo terapéutico es mínimo comparado con el porcentaje de complicaciones que en algunas series alcanza hasta el 19% y que en nuestro caso se elevó al 50% (infección de herida operatoria) cuando no fueron intervenidos bajo todos los criterios mencionados. Otro argumento en contra es el porcentaje de recurrencias, el cual varía en la literatura internacional desde un 10 hasta un 46%.⁵ En nuestro estudio hubo una recurrencia del 11% dentro de un período de un mes hasta tres años, encontrándose pacientes sin recurrencia durante 21 años, quienes probablemente nunca presenten recurrencia de su sintomatología dado que ésta general-

mente ocurre durante los primeros meses. El retardo en la apendicectomía por encima de los tres meses posterior al manejo conservador se acompaña de recurrencia hasta en un 50%; la mayoría de los autores sugieren la apendicectomía selectiva entre el segundo y el tercer mes. Por otro lado los reportes anatomopatológicos señalan más del 50% en algunas series⁵ inflamación aguda o subaguda independientemente del éxito del manejo conservador inicial. Esto coincide con nuestro estudio, donde 20 de 23 piezas anatómicas fueron reportadas con procesos agudos o crónicos. Esto se correlaciona con el hecho que luego que un apéndice se inflama, ésta mantiene un bajo grado de inflamación, aún después de 5 meses que el cuadro se ha resuelto.

Otro aspecto negativo del manejo conservador, es el alto porcentaje de pacientes que no acuden a consulta externa, que en nuestro medio alcanzó el 59%.

La incidencia de Absceso Apendicular en nuestro medio fue baja (3,3 %), si la comparamos con la serie de Gierup⁵ donde alcanzó el 25%; ésto se puede explicar debido al uso de antibióticos desde el ingreso.

El hecho de la disminución de los días necesarios para la resolución clínica de la Masa Apendicular cuando usamos antibióticos de acción comprobada contra gérmenes anaerobios nos señala la posibilidad de la implicación de éstos en la etiología de la patología.

En conclusión podemos decir que el manejo conservador de Apendicitis con Masa, es un método seguro, con bajo porcentaje de complicaciones, y sin mortalidad; por todo ésto sugerimos.

- 1) Tratamiento médico conservador en todo paciente con clínica compatible con Masa Apendicular.
- 2) Tratamiento con antibióticos que incluya aquellos que actúan contra gérmenes anaerobios, iniciados desde el momento del ingreso.
- 3) Egresar al paciente cuando haya resolución de toda la

sintomatología.

- 4) Observación mantenida del paciente por consulta externa, mientras se normalizan los exámenes de laboratorio.
- 5) Apendicectomía selectiva cuando las pruebas de laboratorio se hayan normalizado.
- 6) No esperar en ningún caso para apendicectomía después de los 3 meses del tratamiento conservador para evitar las recurrencias.
- 7) Drenaje de Absceso Apendicular para posterior apendicectomía selectiva con los parámetros conocidos.
- 8) Concientizar a los padres de la importancia del seguimiento por consulta externa para evitar la pérdida del seguimiento del paciente y disminuir el porcentaje de recurrencias.
- 9) Educación a la comunidad para eliminar o disminuir la automedicación.
- 10) Insistir con los estudiantes de pre-grado y médicos en formación sobre la no utilización de antibióticos en pacientes con sospecha de Apendicitis aguda, ya que esto favorece la formación de la Masa.

BIBLIOGRAFIA

1. Janik JS, Ein SH, Shandling B, Simpson JS, Stephens CA. Nonsurgical Management of Appendiceal Mass in Late Presenting Children. *J. Pediatr Surg* 1980; 15: 574-576.
2. Skoubo-Kristensen E, Huid I: The Appendiceal Mass: Results of Conservative Management. *Ann Surg* 196:584-587, 1982.
3. Wilke D.P.D.: Observation on Mortality in acute Appendicular Disease *Br. Med.* 3. 1: 253, 1931.
4. Mc Pherson AG, Kinmonth JB: Acute Appendicitis and Appendix Mass. *Br. J. Surg* 1945; 32:365-370.
5. Gierup J, Karpe B: Aspects on Appendiceal Abscess in Children with Special Reference to Delayed Appendectomy. *Acta Clin Scand* 1975; 141:801-803.