

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA Y TC EN LA VALORACIÓN DEL PLASTRÓN APENDICULAR COMO COMPLICACIÓN DE APENDICITIS AGUDA.

AUTORES: PARDO M. IRACI J., ULUNQUE U. ÁLVARO, IRAZABAL ANGELA
HOSPITAL PARMENIO P. PIÑERO

Introducción:

La apendicitis aguda está entre uno de los principales diagnósticos diferenciales en pacientes que ingresan con un cuadro abdominal agudo. El plastrón apendicular representa una de sus complicaciones. Entre los métodos de diagnóstico por imágenes contamos con la ecografía como primer abordaje y Tomografía Computada (TC) como prueba confirmatoria.

Objetivos de aprendizaje:

- Identificar los principales hallazgos de plastrón apendicular mediante ecografía y Tomografía Computada.
- Evaluar la eficacia de la ecografía y la TC en el diagnóstico de plastrón apendicular como complicación de apendicitis aguda.

Revisión del tema:

La apendicitis aguda se manifiesta como el engrosamiento del apéndice con un diámetro mayor de 6 mm, observando un aumento en el

grosor de la pared y presencia de aumento del realce periapendicular con infiltración de la grasa, y en ocasiones engrosamiento focal del íleon terminal o ciego.

El cuadro clínico usual consiste en dolor abdominal, vómito, fiebre, anorexia e incluso disuria; hasta en un 25% de los pacientes hay deposiciones diarreicas, lo cual en circunstancias se convierte en un peligroso distractor para el diagnóstico definitivo. El diagnóstico es sencillo cuando al examen físico se palpa una masa y debe ser confirmado por ecografía.

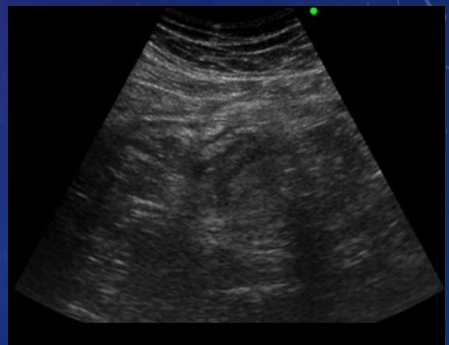


Fig. 1 Imagen de ecografía en modo B. En fosa iliaca derecha, se visualiza área heterogénea hiperecoica que engloba al apéndice cecal, el cual se observa engrosado con escaso líquido libre en la vecindad.

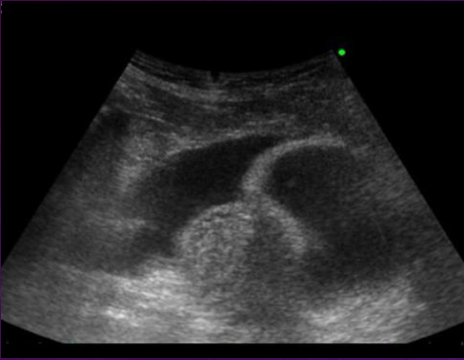


Fig. 2 Imagen ecográfica con presencia de marcado aumento de la ecogenicidad de la grasa periapendicular adyacente a zona de colección en fosa iliaca derecha.

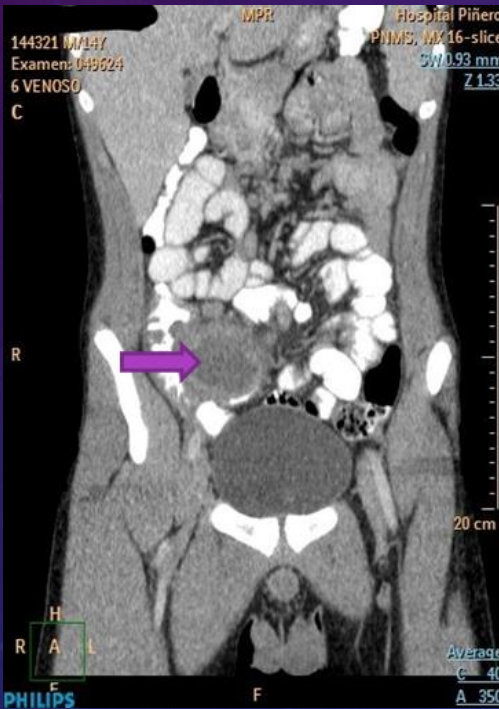


Fig. 3 Reconstrucción coronal de TC abdominopélvica en tiempo venoso donde se visualiza imagen heterogénea con desestructuración de la zona cecal con presencia de realce de los bordes luego de la administración de contraste IV. compatible con plastrón apendicular (Punta de flecha).

Una de las complicaciones de apendicitis aguda es el plastrón apendicular, formado por un adosamiento de epiplón y asas intestinales, como un método de autoprotección para intentar mantener localizado el proceso inflamatorio. Aproximadamente entre el 2 – 6 % de la apendicitis aguda puede terminar como un plastrón o absceso apendicular.

Dentro de los métodos de diagnóstico por imágenes, contamos con la ecografía como primer abordaje al estudio de la sospecha del plastrón apendicular, siendo necesario en la mayoría de las ocasiones el complemento mediante tomografía computada para un adecuado diagnóstico.

En ecografía el apéndice cecal normal se ve como una estructura tubular, elongada, y con una apariencia lamelada debido a sus capas histológicas; generalmente, mide menos de 6 mm en su diámetro transversal y tiene una forma ovoide u ovalada en las imágenes con compresión en su eje corto. Cabe recalcar que el apéndice normal es compresible, móvil y no presenta alteración de la ecogenicidad de la grasa circundante.

Los hallazgos ecográficos de apendicitis aguda complicada pasan por encontrar en fosa iliaca derecha (FID) una formación de aspecto heterogéneo y con bordes mal definidos (Figura 1), sin identificar de forma fiable la estructura apendicular.

Además de cambios inflamatorios de la grasa circundante periapendicular que se visualiza como un aumento de la ecogenicidad, pudiéndose observar líquido interasas adyacente (Figura 2).

Razón por la cual cada vez más la realización de una Tomografía Computada es obligatoria, y los hallazgos pasan por la identificación de una masa de naturaleza inflamatoria, con trabeculación de la grasa adyacente y agrupamiento de asas en la fosa iliaca derecha (Figura 3), identificando con mayor fidelidad con respecto a la ecografía la presencia de adenopatías en la vecindad (Figura 4).

Conclusión:

En el diagnóstico de plastrón apendicular como complicación de apendicitis aguda, la realización de ecografía como prueba inicial y de TC como prueba confirmatoria aumenta el porcentaje de la correcta valoración de la entidad.

Bibliografía:

1. Hernanz-Schulman M. CT and US in the diagnosis of appendicitis: an argument for CT. *Radiology*. 2010;255:3-7.
2. Hyun Cheol Kim, MD , Dal Mo Yang, MD , Wook Jin, MD, Seong Jin Park, MD. Added diagnostic value of multiplanar reformation of multidetector ct data in patients with suspected appendicitis. *RadioGraphics* 2008; 28:393-406.
3. Naeger DM, Chang SD, Kolli P, et al. Neutral vs positive oral contrast in diagnosing acute appendicitis with contrast-enhanced CT: sensitivity, specificity, reader confidence and interpretation time. *Br J Radiol*. 2011;84:418-26
4. Kim K, Kim YH, Kim SY, et al. Low-dose abdominal CT for evaluating suspected appendicitis. *N Engl J Med*. 2012;366:1596-605.

Agradecimientos:

A Dr. Ariel Cubilla y Dra. Marcela Valenzuela, por la paciencia, dedicación, y compromiso en la realización del presente trabajo.

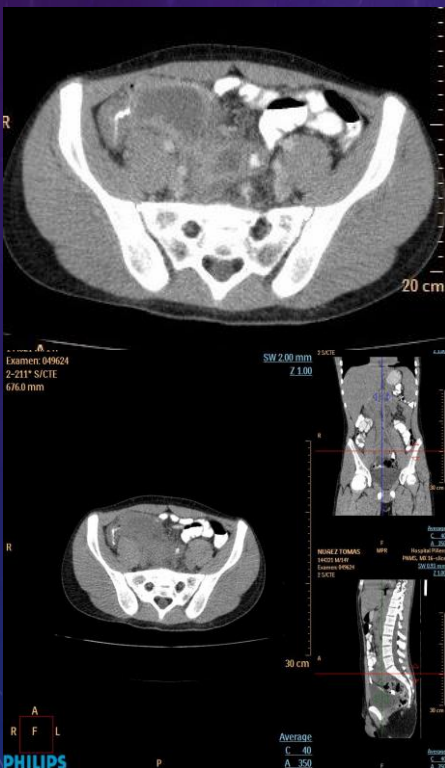


Fig.4: Se visualiza área mal definida, heterogénea en FID sin visualización del apéndice cecal.