

PLASTRÓN APENDICULAR. DESCRIPCIÓN DE PRESENTACIÓN Y MANEJO EN EL HOSPITAL HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA DE TEMUCO ENTRE 2001 Y 2011

Nome Farbinger C., Jélvez Echeverría F., Redlich Cortes A., Salas Garrido C. Schwaner Ávila, A.

Servicio Cirugía Pediátrica, Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco, Facultad de Medicina Universidad de la Frontera

Introducción: El plastrón apendiculares una masa formada por intestino y omento, inflamado y adherido, con poca o ninguna colección de pus, como método para aislar un proceso inflamatorio apendicular.

Objetivo: Describir la presentación, manejo y resultados de pacientes con diagnóstico de Plastrón Apendicular en el Hospital Regional Temuco entre 2001-2011.

Pacientes y Métodos: Revisión de 299 pacientes entre el periodo 2001-2011 y analizadas en Stata 11.

Resultados: Observamos un 51,1% de sexo masculino y 48,9% femenino; edad promedio de 8,15 años (DE 4,1). Diagnósticos de urgencia más frecuentes: Plastrón Apendicular (32,9%), Apendicitis aguda (30,2%) y Abdomen Agudo (20,1%). Síntomas más frecuentes: dolor abdominal (99,3%); fiebre (81,9%) y vómitos (51%). Un 57,7% presentó Blumberg (+) y un 27,5% masa palpable. El 42,2% se presentó con leucocitosis y PCR elevada y el 38,2% solo con leucocitosis. El 56,3% no tuvo imágenes y un 40,9% se realizó ECO por radiólogo. El diagnóstico preoperatorio se realizó en 57,0% manejándose con tratamiento médico 89% y solo el 11% requirió cirugías de urgencia. En el manejo médico se utilizó Ampicilina + Metronidazol + Amikacina (73,7%) por un promedio de 8,61 días (DE 3,2). Las complicaciones incluyeron plastrón abscedado y Sd. febril prolongados entre otras. Días promedio de hospitalización 8,8 días (DE 6) En el total de cirugías de urgencia se presentaron un 18,7% de complicaciones inmediatas, siendo las más frecuentes Infección de sitio operatorio y en menor número: colecciones residuales, íleo prolongado y obstrucciones intestinales. Resolución quirúrgica electiva sin complicaciones.

Discusión: El manejo del plastrón apendicular es mayoritariamente médico demostrando los beneficios de este con respecto a la cirugía en el periodo agudo, estas están indicadas en complicaciones derivadas del manejo médico y sus complicaciones postoperatorias son concordantes con otras publicaciones con respecto al tipo y frecuencia de ellas.

Perfil epidemiológico de los defectos de pared abdominal en Hospital Hernán Henríquez Aravena de la IX región, revisión de una década:

Introducción: Gastrosquisis y Onfalocele son los principales defectos de la pared abdominal, existiendo diferencias epidemiológicas entre ambas patologías. **Objetivos:** Describir diferencias epidemiológicas entre los recién nacidos con onfalocele y gastrosquisis tratados en nuestro centro en los últimos 10 años. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo de 42 pacientes con gastrosquisis (GQ) y onfalocele (OF), atendidos en el Hospital H.H.A. entre 2002-2011. **Resultados:** 42 pacientes, de ellos 76% gastrosquisis y 24% onfalocele, el sexo masculino fue de 69% para GQ vs 40,00% OF, diagnóstico prenatal 50% GQ a diferencia del 20% para OF. No hubo diferencia de origen mapuche para ambos grupos (17%/20%). Dentro de las características maternas: edad menor 20 años 64,3% GQ vs 10% OF. Primigestas 79,2 GQ% vs 55,6% OF. Desnutrición materna estuvo presente solo en GQ (4,2%). Características del nacimiento: Prematuridad 18,8% GC vs 20% OF. Pequeño para edad gestacional (EG) 29,03% vs 10,00%. Apgar adecuado (>8) 65,6% GC y 80% OF. Malformaciones asociadas (MA): Gastrosquisis: 40,63%, 21,87% gastrointestinales, 3,13% genitourinarias, 15,62% cardíacas, 3,13% atresia vía biliar. Onfalocele: 70,00%, 30% gastrointestinales, 30% genitourinarias, 50% cardíacas. Asociación con genopatías en gastrosquisis: 6,25% (1 artrogriposis múltiple congénita y 1 trisomía 18), y en onfalocele 40% (3 Sd Beckwith-Wiederman, 1 trisomía 18). 12,5% gastrosquisis fallecen durante hospitalización: 2 shock séptico, 1 necrosis completa intestinal y 1 trisomía 18 con falla hemodinámica. No se reportaron pacientes con onfalocele fallecidos. **Discusión:** Gastrosquisis es más frecuente que Onfalocele. Onfalocele se ve más asociado a prematuridad, malformaciones asociadas y genopatías, lo que se condice con lo publicado en la literatura. Gastrosquisis presenta mayor mortalidad debido a complicaciones

infecciosas. Además se ve mayormente asociada a madres menores a 25 años y primigestas. El factor étnico mapuche presente en nuestra región, no parece ser relevante.