

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Manejo del plastrón apendicular: síntesis narrativa de las estrategias terapéuticas actuales

Management of Appendicular Phlegmon: A Narrative Synthesis of Current Therapeutic Strategies

Fernando David López Cantoral • Eric Roberto Villar Choy

Carrera de Médico y Cirujano, Centro Universitario de Occidente, Universidad de San Carlos de Guatemala

RESUMEN

El plastrón apendicular y el absceso apendicular constituyen formas localizadas de apendicitis complicada cuyo manejo continúa siendo heterogéneo. El objetivo fue sintetizar de manera narrativa la evidencia reciente sobre tratamiento no quirúrgico inicial, apendicectomía temprana y apendicectomía de intervalo. Se revisaron publicaciones en PubMed, SciELO y Google Académico entre 2020 y 2025; por la información disponible en el manuscrito fuente no se reportan conteos reproducibles de selección, por lo que el trabajo se presenta como revisión narrativa. La evidencia identificada describe alternativas válidas con perfiles de riesgo diferentes; la revisión Cochrane disponible comunica incertidumbre para varios desenlaces. La conducta debe individualizarse según estabilidad clínica, hallazgos de imagen, posibilidad de drenaje, evolución y experiencia del centro. No es posible declarar una estrategia universalmente superior con las fuentes revisadas.

Palabras clave: apendicitis; flemón apendicular; absceso apendicular; apendicectomía de intervalo; revisión narrativa

ABSTRACT

Appendicular phlegmon and appendicular abscess are localized forms of complicated appendicitis with heterogeneous management. The objective was to narratively synthesize recent evidence on initial non-operative treatment, early appendectomy, and interval appendectomy. Publications indexed in PubMed, SciELO, and Google Scholar from 2020 to 2025 were reviewed; because reproducible study-selection counts were not available in the source manuscript, this work is presented as a narrative review. The identified evidence describes valid alternatives with different risk profiles, while the available Cochrane review reports uncertainty for several outcomes. Management should be individualized according to clinical stability, imaging findings, drainage feasibility, clinical course, and local expertise. The reviewed sources do not support a universally superior strategy.

Keywords: appendicitis; appendiceal phlegmon; appendiceal abscess; interval appendectomy; narrative review

INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda es una causa frecuente de abdomen agudo quirúrgico. Una proporción de los casos evoluciona hacia enfermedad complicada; cuando la inflamación se localiza por adherencia del epiplón y asas intestinales puede originar un flemón o plastrón apendicular y, en algunos pacientes, un absceso. Estas entidades requieren

integrar la condición clínica, la evaluación por imágenes y la capacidad de resolución local.^{1,2}

La controversia no se reduce a escoger entre cirugía o tratamiento conservador. La decisión incluye el momento de la intervención, la posibilidad de drenaje guiado por imagen, la respuesta a antibióticos, el riesgo de recurrencia y la experiencia del equipo. Por ello, los resultados

de estudios con distintos contextos asistenciales no deben trasladarse de manera automática a todos los pacientes.^{1,3}

El objetivo de esta revisión fue describir los componentes diagnósticos y las estrategias terapéuticas reportadas para el plastrón apendicular, con énfasis en la apendicectomía temprana, el manejo no quirúrgico inicial y la consideración selectiva de apendicectomía de intervalo.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión narrativa de publicaciones en PubMed, SciELO y Google Académico durante agosto de 2025, mediante los términos Appendicitis, Appendectomy, appendicular phlegmon y Abscess combinados con operadores de búsqueda. Se priorizaron publicaciones de 2020 a 2025, en texto completo, relacionadas con flemón o absceso apendicular y opciones de manejo.^{1,2,3}

La versión fuente no proporcionó el número de registros identificados, excluidos ni incluidos, ni una evaluación formal del riesgo de sesgo. En consecuencia, no se presenta como revisión sistemática ni se utiliza un diagrama PRISMA. Los resultados se organizan como síntesis narrativa y se señalan explícitamente los límites de generalización de las fuentes incluidas.

RESULTADOS

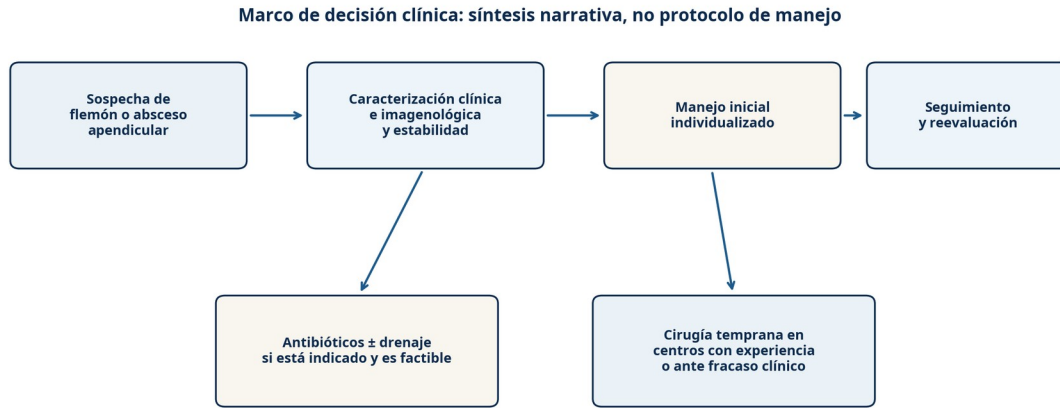
Evidencia y alcance de las estrategias descritas

La evidencia revisada incluye síntesis de ensayos, revisiones narrativas y estudios observacionales. La revisión Cochrane sobre apendicectomía temprana frente a diferida en flemón o absceso apendicular señala limitaciones de certeza para varios desenlaces, por lo que sus hallazgos no sustentan una recomendación uniforme para todos los escenarios.¹

Tabla 1. Fuentes principales y alcance de la evidencia sintetizada.

Fuente	Diseño / población	Hallazgo relevante	Alcance para la decisión
Zhou et al. [1]	Revisión Cochrane de ensayos sobre cirugía temprana o diferida en flemón/absceso.	La certeza de la evidencia disponible es limitada para varios desenlaces.	No permite declarar una estrategia universalmente superior.
Ahmed et al. [3]	Revisión narrativa sobre flemón apendicular.	Resume ventajas y riesgos de cirugía de urgencia y manejo diferido.	Requiere interpretación cautelosa por su naturaleza narrativa.
Suzuki et al. [4]	Cohorte retrospectiva de un centro; 42 casos de apendicitis con absceso.	Describe resultados factibles de manejo inicial conservador y apendicectomía de intervalo.	No demuestra superioridad causal frente a cirugía temprana.
Habeeb et al. [5]	Cohorte prospectiva de 316 adultos tras drenaje de absceso durante COVID-19.	Reportó recurrencia en 30,4 % y factores asociados en ese contexto.	La aplicabilidad depende de población, contexto epidemiológico y estrategia de seguimiento.

Fuente: elaboración de los autores a partir de la bibliografía revisada.



La elección depende de estabilidad, extensión de la enfermedad, respuesta inicial, riesgo de recurrencia y capacidad local.

Figura 1. Marco de decisión para la evaluación del plastrón apendicular.

Fuente: elaboración de los autores a partir de la síntesis narrativa de las referencias 1–5. No constituye un protocolo clínico.

Manejo no quirúrgico inicial y drenaje

El manejo no quirúrgico inicial suele combinar antibióticos, vigilancia clínica y drenaje cuando existe una colección susceptible de abordaje percutáneo o transrectal. Esta estrategia puede controlar el episodio inflamatorio en pacientes seleccionados, pero necesita reevaluación clínica e imagenológica para detectar deterioro, falta de respuesta o nuevas complicaciones. La factibilidad del drenaje y la disponibilidad de radiología intervencionista son variables relevantes para su aplicación.^{1,3}

En la cohorte retrospectiva de Suzuki y colaboradores, algunos pacientes inicialmente tratados de forma conservadora requirieron procedimientos de drenaje o intervención adicional antes de una apendicectomía de intervalo. Estos hallazgos describen un curso clínico posible en un centro particular y no permiten concluir que la conducta conservadora sea superior a la cirugía temprana.⁴

Cirugía temprana y apendicectomía de intervalo

La apendicectomía temprana, incluida la vía laparoscópica, puede ser una alternativa en servicios con experiencia adecuada o cuando el tratamiento no quirúrgico fracasa. No obstante, la distorsión anatómica asociada con la inflamación intensa puede elevar la dificultad técnica. En contraste, la apendicectomía de intervalo puede considerarse después de la resolución clínica,

especialmente cuando se estima mayor riesgo de recurrencia o cuando la evolución inicial obliga a individualizar el seguimiento.^{1,3,4}

La cohorte prospectiva de Habeeb y colaboradores reportó recurrencia en 30,4 % de adultos tratados con drenaje de absceso sin apendicectomía de intervalo durante la pandemia de COVID-19. La edad, diabetes tipo 2, hipertensión, infección por SARS-CoV-2 y tamaño de absceso mayor de 3 cm se asociaron con recurrencia en ese estudio. La proporción de recurrencias posteriores a tres meses describe la distribución temporal observada y no equivale a una eficacia preventiva demostrada de la cirugía diferida.⁵

DISCUSIÓN

La síntesis muestra que el plastrón apendicular debe abordarse como un escenario clínico heterogéneo. La estabilidad hemodinámica, la extensión de la colección, los hallazgos radiológicos, la respuesta a antibióticos, el acceso a drenaje y la experiencia quirúrgica modifican el balance entre riesgo y beneficio. Por ello, el manejo no quirúrgico inicial no debe interpretarse como una regla invariable, ni la cirugía temprana como una intervención contraindicada de manera absoluta.^{1,3}

La evidencia de cohortes resulta útil para identificar riesgos y describir trayectorias clínicas,

pero está expuesta a selección de pacientes, diferencias institucionales y variación en las indicaciones de intervención. El estudio de Suzuki se realizó en un único centro y la cohorte de Habeeb se desarrolló en un periodo marcado por la pandemia, circunstancias que limitan la extrapolación directa a otros sistemas de atención.^{4,5}

La revisión Cochrane disponible recomienda cautela al comparar estrategias por la baja certeza de parte de la evidencia. En consecuencia, las decisiones deben comunicarse al paciente como una elección clínica contextual, no como la aplicación automática de una única vía terapéutica. La evaluación periódica y los criterios de escalamiento siguen siendo elementos centrales de seguridad.¹

Esta revisión tiene limitaciones importantes. La búsqueda original informó criterios generales,

pero no documentó un proceso reproducible de selección, extracción o evaluación de calidad; por ello, no se realizó metaanálisis ni se emitieron recomendaciones de fuerza clínica. El propósito es orientar la lectura crítica y organizar la evidencia, no sustituir protocolos institucionales ni el juicio clínico individual.

CONCLUSIONES

El tratamiento del plastrón apendicular requiere individualización. El manejo no quirúrgico inicial con antibióticos y drenaje cuando corresponde, la cirugía temprana en centros con experiencia y la consideración selectiva de apendicectomía de intervalo son alternativas que deben valorarse según la evolución y los recursos disponibles. Con la evidencia revisada, no es metodológicamente apropiado declarar una estrategia universalmente superior.

DECLARACIONES

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Financiamiento: no se recibió financiamiento específico para la elaboración de esta revisión.

Responsabilidad editorial: las decisiones clínicas deben ajustarse a la valoración individual, la disponibilidad local y los protocolos vigentes.

REFERENCIAS

1. Zhou S, Cheng Y, Cheng N, Gong J, Tu B. Early versus delayed appendicectomy for appendiceal phlegmon or abscess. *Cochrane Database Syst Rev*. 2024;5:CD011670. doi:10.1002/14651858.CD011670.pub3.
2. Rivera Díaz JF, Loaiza Merino IP. Revisión bibliográfica sobre el manejo actual de plastrón apendicular. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2023;7(4):3211-3230. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/7167>
3. Ahmed A, Feroz S, Dominic J, et al. Is emergency appendicectomy better than elective appendicectomy for the treatment of appendiceal phlegmon? A review. *Cureus*. 2020;12(12):e12045. doi:10.7759/cureus.12045.
4. Suzuki T, Matsumoto A, Akao T, et al. Interval appendectomy as a safe and feasible treatment approach after conservative treatment of acute appendicitis with abscess: a retrospective single-center cohort study. *Updates Surg*. 2023;75:2257-2265. doi:10.1007/s13304-023-01679-1.
5. Habeeb TAAM, Hussain A, Schlottmann F, et al. Recurrent appendicitis following successful drainage of appendicular abscess in adult without interval appendectomy during COVID-19. Prospective cohort study. *Int J Surg*. 2022;97:106200. doi:10.1016/j.ijsu.2021.106200.