

## **POSTER URG-2**

### **¿SON QUIRÚRGICOS TODOS LOS ABSCESOS ABDOMINALES?**

Lancho Monreal Encarnación M, Romero Hombrebueno M Nieves, Hernáñez Vázquez Susana, García Bermejo Clara, Alonso Cristobo Mercedes, García-Vao Bel Carlos

Servicio de Pediatría de Hospital Universitario del Tajo, Aranjuez (Madrid)

#### **ANTECEDENTES**

Una de las enfermedades que originan los abscesos abdominales es la apendicitis. Aunque es frecuente su diagnóstico como causa de abdomen agudo en la infancia, es difícil encontrar en estos pacientes la formación de un absceso secundario.

#### **CASO CLINICO**

Varón de 14 años, que refiere dolor abdominal en fosa iliaca dcha de tres semanas de duración, más intenso en las últimas 24 horas, palpándose empastación dolorosa de bordes definidos. Afebril. No otros síntomas.

#### **Pruebas:**

- Analítica: leucocitosis importante. PCR 200 mg/L.
- TAC abdominal: plastrón inflamatorio engloba ciego e íleon terminal sugestivo de cecoileitis. No se visualiza el apéndice.
- Coprocultivo, parásitos en heces: negativo
- Mantoux normal
- Colonoscopia: Ileocolitis crónica leve inespecífica.

Tratamiento con Ciprofloxacino y Metronidazol. En TAC de control (figura) se observa disminución del plastrón, identificando colección heterogénea inferior al ciego sugerente de absceso, pudiendo estar englobado el apéndice.

Se decide mantener tratamiento conservador presentando el paciente disminución significativa del plastrón y mejoría clínica y analítica.

#### **COMENTARIO**

Debido al plastrón inflamatorio encontrado inicialmente, que englobaba la pared intestinal, se retrasó el diagnóstico de absceso. No obstante, el tratamiento antibiótico produjo una significativa mejoría clínica que evitó el drenaje así como la apendicectomía inmediata.

