Cir Esp. 2014;92(Espec Congr):873

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-500 - NEOPLASIA MUCINOSA EN PUERTO UMBILICAL TRAS APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

A. Sánchez Pérez, J. Castañer Ramón-Llin, E. Romera Barba, S. Gálvez Pastor, M. Carrasco Prats, M.I. Navarro García, A. Cano Maldonado y J.L. Vázquez Rojas

Hospital General de Área Santa María del Rosell, Cartagena.

Resumen

Objetivos: Presentar el hallazgo curioso de un paciente con un implante mucinoso en pared abdominal en la zona del puerto umbilical, a los 12 meses de ser intervenido por laparoscopia de apendicitis aguda.

Caso clínico: Varón de 34 años que consulta por tumoración en pared abdominal a nivel de mesogastrio. Como único antecedente de interés se le había realizado una apendicectomía laparoscópica un año antes sin incidencias; la anatomía patológica del espécimen fue apendicitis aguda fibrinopurulenta. En la TC se evidenció una masa sólida de unos 6 cm de diámetro que dependía de músculo recto anterior derecho y que se extendía a peritoneo parietal subyacente, además de una adenopatía o implante pericecal de las mismas características. En una BAG de la lesión se extrajo contenido mucinoso sin celularidad. Tras estos hallazgos se decide revisar las muestras procesadas de apéndice cecal que se mantenían guardadas, consiguiendo encontrar pequeños nidos de células atípicas mucosecretoras. Se intervino al paciente realizándole resección de la tumoración de la pared abdominal con márgenes amplios y reconstrucción con material protésico junto a hemicolectomía derecha reglada con resección de dos implantes mucinosos en mesocolon, además le administramos quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (HIPEC) con mitomicina C. La anatomía patológica informó de implantes de neoplasia mucinosa de bajo potencial maligno sin afectación de muñón apendicular. El paciente no recibió tratamiento adyuvante. Actualmente, 2 años después de la intervención se encuentra libre de enfermedad.

Discusión: La neoplasia mucinosa de bajo grado de malignidad presenta invasión de la pared apendicular y puede diseminarse en forma de implantes peritoneales. La recurrencia local es mayor con la presencia de epitelio neoplásico en la mucina extraapendicular, asociándose también a menor supervivencia. Es fundamental evitar la ruptura del apéndice durante la intervención. El tratamiento resulta controvertido; aunque clásicamente se considera que una apendicectomía reglada es suficiente, otros autores recomiendan un tratamiento más agresivo en forma de hemicolectomía derecha y exéresis de todo el material mucoide implantado y HIPEC. Algunos grupos defienden la necesidad de hemicolectomía derecha solo en caso de afectación de la base apendicular. En nuestro caso, optamos por realizar una hemicolectomía derecha por presentar implantes en mesocolon y añadir HIPEC profiláctica.

See front matter © 2014 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados