



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-669 - NEOPLASIA OCULTA EN LA APENDICITIS AGUDA EVOLUCIONADA

Cabrera Serna, Isaac; Titos García, Alberto; Aranda Narváez, José Manuel; Romacho López, Laura; González Sánchez, Antonio Jesús; Pérez Reyes, María; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Objetivos: El 2-6% de las apendicitis agudas (AA) presentan masa apendicular. Existe controversia en el manejo no operatorio (MNO) y la apendicectomía de intervalo (AI). Los tumores detectados en apendicectomías son el 0,9-1,4%, incidencia que se incrementa en las apendicitis evolucionadas, alcanzando cifras del 5,9-12%. Exponemos nuestra serie para determinar la relevancia clínica de la AI en la detección de neoplasias ocultas.

Métodos: Análisis descriptivo incluyendo adultos con apendicitis evolucionada y MNO en los que se ha detectado patología tumoral tras el episodio agudo entre 2009 y 2018.

Resultados: Realizamos MNO en 127 pacientes. Entre estos, tras el éxito del MNO, el seguimiento ambulatorio y la cirugía de intervalo, se detectaron 10 pacientes con tumores ocultos, que detallamos, suponiendo una incidencia del 7,87%. La edad media fue de $60,6 \pm 15,5$ años. Analizando el primer ingreso, la media de los días de evolución fue $11,3 \pm 17,5$ días. Se realizó ecografía en el 90% de los casos y TAC en el 100%; fueron tratados con antibioticoterapia el 100% de los pacientes, y solo un 10% requirió asociar drenaje; en ningún caso fracasó el MNO. La estancia media fue $10,6 \pm 4,5$ días. En el seguimiento ambulatorio presentaron síntomas recurrentes el 20% de los pacientes y se solicitó colonoscopia en todos los casos (realizada en un intervalo medio de $39,2 \pm 43,5$ días), siendo normal en el 50% de los casos, adenocarcinoma (ADC) en fosa apendicular (10%), ADC sobre válvula ileocecal (10%), ADC cecal (10%), ADC ileal terminal (10%) y ADC sigmoideo (10%). El reingreso fue urgente en un 20% por sintomatología y un 80% en régimen electivo. Se practicó cirugía diferida en el 100% de los casos, en un intervalo medio global de $13,3 \pm 6,6$ semanas (9,6 semanas si colonoscopias patológicas y 17 semanas si colonoscopias normales). Se indicó AI en los casos con colonoscopia normal (60% laparoscópica, 10% convertida y 10% laparotómica). En ningún caso se detectó enfermedad tumoral macroscópica intraoperatoriamente. Se indicó cirugía resectiva mayor en los casos con colonoscopias patológicas (40% hemicolectomía derecha convencional, 40% hemicolectomía derecha laparoscópica y 20% resección ileal y sigmoidectomía). Hubo una complicación (absceso intraabdominal). La estancia media del reingreso fue $6,1 \pm 4,9$ días, con una estancia media global del proceso de $16,7 \pm 8,6$ días. El análisis anatomopatológico de las resecciones mayores confirmaron la naturaleza neoplásica en el 100% de los casos (ADC sobre válvula ileocecal (10%), ADC sigmoideo y carcinomatosis (10%), ADC cecal (10%), ADC apendicular (10%) y ADC mucinoso apendicular (10%)) y la histología de las AI con colonoscopia normal y hallazgo de neoplasia oculta fue esta: ADC mucinoso apendicular (10%) (requirió hemicolectomía derecha, con AP benigna), neoplasia mucinosa (30%) y pólipo hiperplásico apendicular (10%). Registramos 2 complicaciones tardías (fístula enterocutánea y eventración).

Conclusiones: Pese a la rareza de las neoplasias apendiculares ocultas en la AA, su incidencia aumenta en caso de plastrón. En base a esto y a nuestros resultados, defendemos la importancia de la AI (no contemplada en todos los casos por la literatura) dadas la escasa morbilidad postoperatoria y la nada desdeñable incidencia de tumores malignos ocultos.