



P-479 - APENDICITIS AGUDA DE ORIGEN METASTÁSICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Castells, Júlia; Ruiz De León, Patricia; Vásquez, Laura; Amillo, Mireia; Mira, Xavier

Fundació Hospital Asil de Granollers, Granollers.

Resumen

Introducción: La apendicitis aguda es la causa más común de intervención quirúrgica de urgencias, siendo solo un 3% secundarias a procesos neoplásicos (con origen generalmente en ovario, mama, gastrointestinal y respiratorio).

Caso clínico: Mujer de 57 años con antecedentes de miocardiopatía dilatada, obesidad e hipotiroidismo. Intervenida tumorectomía y linfadenectomía axilar derechas por neoplasia de mama en 1998. Consulta en urgencias en mayo del 2022 por dolor abdominal localizado en FID. En la analítica destaca únicamente RFA elevados. A la exploración el abdomen es blando y depresible con dolor a la palpación en FID y Blumberg positivo. Se realiza TAC abdominal que informa de apendicitis aguda no complicada. Se lleva a cabo apendicectomía laparoscópica sin incidencias objetivándose apendicitis aguda gangrenosa aplastronada. Buena evolución posoperatoria, altándose al 3º día posoperatorio. El resultado de anatomía patológica se informa como: infiltración por adenocarcinoma y periapendicitis aguda, con inmunohistoquímica compatible para tumor primario de mama. Ante estos hallazgos, se solicita estudio de extensión. Los marcadores tumorales resultan negativos y el TAC toracoabdominal no muestra signos de recidiva o metástasis en otras localizaciones. La mamografía informa de cambios posquirúrgicos en mama derecha con área de distorsión en unión de cuadrantes superiores, realizándose BAV de la misma con resultado: focos de hiperplasia ductal atípica. Tras comentarlo en comité multidisciplinar, se indica tumorectomía sin biopsia de ganglio centinela; y en la anatomía de la pieza se halla: carcinoma intraductal de alto grado. Por oncología, finalmente se desestima hormonoterapia y se realizarán controles anuales con PET-TAC por petición de la paciente.

Discusión: La apendicitis aguda es la causa más frecuente de intervención abdominal de urgencias. Más del 5% de la población presentará esta patología en algún momento de su vida y un 3% serán de origen neoproliferativo. La mayoría se detectan durante el estudio de extensión del tumor primario, pero en un tercio de los casos constituyen un hallazgo incidental, siendo el cuadro de apendicitis aguda la forma de presentación más frecuente. Generalmente la clínica no difiere de la clásica y el diagnóstico final es un hallazgo anatomo-patológico. La ecografía y el TAC abdominal preoperatorios no suelen detectarlas. Se acepta que la causa de la inflamación es la obstructiva, por infiltración tumoral de todas las capas del apéndice. Algunos autores hablan de la etiología necrótica por invasión de la luz arterial, donde es más frecuente la perforación de la pared. La tasa de perforación es del 71% en los casos de apendicitis aguda de origen metastásico, en comparación con la simple, que es del 17-39%. Esta se puede explicar por el efecto local del tumor sobre la capacidad del apéndice para limitar la inflamación, la obstrucción del lumen y la condición de inmunosupresión de los pacientes neoplásicos. En el caso de la metástasis apendicular por neoplasia de mama, la incidencia es muy baja y el intervalo entre el diagnóstico del tumor primario y el

cuadro de apendicitis aguda es muy largo, por lo que el diagnóstico es difícil y en la mayoría de casos un hallazgo casual.