



P-425 - APENDICECTOMÍA DE INTERVALO TRAS APENDICITIS COMPLICADA: ¿ES SIEMPRE NECESARIA?

Hidalgo Pinilla, María; López Gómez, Patricia; Badiola Bergara, Izaskun; Portugal Porras, Vicente; Ibáñez Aguirre, Francisco Javier

Hospital de Galdakao-Usansolo, Galdakao.

Resumen

Objetivos: La apendicitis aguda complicada (AAC), que incluye flemón, absceso o perforación, representa entre el 16-24% de los casos de apendicitis. El manejo conservador inicial seguido de apendicectomía de intervalo (AI) continúa siendo objeto de debate, especialmente en relación con la prevención de recurrencias (7%) y la detección de neoplasias ocultas (9-11%). Sin embargo, la baja tasa de recurrencia y la morbilidad asociada a la cirugía cuestionan su indicación sistemática. Tampoco hay consenso claro sobre qué pruebas deben realizarse antes de la cirugía. Esta variabilidad ha generado diferencias en la práctica clínica. Nuestro objetivo es analizar los resultados de las apendicectomías de intervalo realizadas en nuestro centro y compararlos con la evidencia científica publicada.

Métodos: Presentamos un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, en el que se incluyen todos los pacientes intervenidos de AI entre enero de 2019 y mayo de 2025. Se recogieron diferentes variables demográficas, clínicas, diagnósticas, terapéuticas, complicaciones y resultados anatomo-patológicos.

Resultados: Se realizaron 21 AI (12 mujeres, 9 varones) con una edad media de 62 años [20-80] y un IMC medio de 26,5. El 81% fueron diagnosticados mediante TAC y 19% por ecografía. El 42,8% (9 pacientes) presentaba absceso al diagnóstico; y 3/9 pacientes requirieron drenaje (2 laparoscópico y 1 percutáneo). El tratamiento antibiótico más utilizado fue amoxicilina-clavulánico (66,7%). La media de ingreso fue de 3,8 días. La media de tiempo entre el diagnóstico y la AI fue de 166 días. No se registraron recurrencias. El 90,5% fueron reevaluados con TAC, y el 81% mediante colonoscopia. En un paciente se diagnosticó una neoplasia estenosante de sigma, que motivó una sigmoidectomía simultánea a la AI. En 19 pacientes se realizó AI laparoscópica; un paciente requirió sigmoidectomía añadida y otro HCD reconvertida ante la confirmación anatomo-patológica intraoperatoria de malignidad. La media de estancia posoperatoria fue de 2 días. Solo un paciente presentó una complicación Clavien-Dindo #1 III (reintervención por isquemia de ciego). El análisis anatomo-patológico evidenció hallazgos inflamatorios en 18 pacientes, 2 neoplasias mucinosas de bajo grado y un adenocarcinoma intestinal estadio pT4b N2. Este último paciente falleció dos años después por progresión de la enfermedad.

Conclusiones: La AI en nuestra serie ha demostrado ser una técnica segura, con baja morbilidad y

útil en la detección de neoplasias ocultas, con una tasa del 14,3% en nuestra serie. Nuestros resultados coinciden con los datos de la literatura, que sugieren reservar esta intervención para pacientes con factores de riesgo: edad avanzada, hallazgos radiológicos sospechosos, presencia de apendicolito, antecedentes personales/familiares de cáncer colorrectal o síntomas persistentes. La indicación de AI debe individualizarse, especialmente en pacientes frágiles o de alto riesgo quirúrgico, donde un seguimiento estrecho puede ser una alternativa razonable.