



P-310 - APENDICECTOMÍA ELECTIVA EN GESTANTE POR TUMOR APENDICULAR

Vallverdú, Helena; Martínez, Eva; Garrone, Rosana; Méndez, José Ramón; López Negre, José Luis; Gris, Pere

Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat.

Resumen

Introducción: El mucocoele apendicular (MA) se presenta en el 0,3% de apendicectomías. El diagnóstico de manera electiva es raro y suele ser un hallazgo en casos de cirugía por apendicitis aguda. El diagnóstico quirúrgico no obstétrico más frecuente en la mujer embarazada es la apendicitis (0,5-1% o 1/1.500 partos). La cirugía electiva durante el embarazo es muy infrecuente por los riesgos asociados, con la posibilidad de provocar daños del desarrollo fetal, aborto o muerte fetal. El término MA describe la dilatación del apéndice causada por la retención de moco debido a una obstrucción o hipersecreción causada por neoplasia. Puede ser benigno o maligno. El dilema se plantea por su potencial malignidad y el riesgo de originar implantes peritoneales de células mucinosas (pseudomixoma peritoneal) cuando se presenta rotura del apéndice (10-15% de los casos). El tratamiento del MA es la apendicectomía evitando la rotura y dispersión de células mucinosas, aunque puede ser necesaria una cirugía más extensa.

Caso clínico: Mujer gestante de 27 años, sin antecedentes. Al practicar ECO obstétrica del primer trimestre (semana 12 gestación), se identificó en fosa ilíaca derecha una lesión apendicular en "capas de cebolla", de $9,8 \times 3,3$ cm, sugestiva de MA. La eco de control (semana 14) mostró un crecimiento de la lesión hasta 11 cm. Analítica normal y CEA 1,4. Se consideró gestante de alto riesgo. El equipo de cirugía y obstetricia evaluaron las posibilidades de complicación durante el embarazo. Se decidió apendicectomía electiva en la semana 17 de gestación. Hallazgos intraoperatorios: tumor apendicular de gran tamaño, hipervascularizado. Apendicectomía, sección de la base con grapadora mecánica. Pieza quirúrgica íntegra. Monitorización fetal durante la cirugía y en perioperatorio que fue correcta en todo momento. Alta a las 24 horas. El parto fue de varón sano a término. Anatomía patológica: Apéndice de 16×3 cm, con luz dilatada ocupada con moco y paredes adelgazadas. Corte microscópico: extravasación mucinosa en la pared, hasta serosa. Neoplasia mucinosa de bajo grado (WHO). No se consideró necesario un tratamiento posterior tras valoración del comité de tumores.

Discusión: La originalidad del caso radica en el diagnóstico incidental de tumor apendicular, sospecha de MA en una paciente en el primer trimestre de la gestación. Se consideró que el principal riesgo de complicación era su crecimiento rápido, asociado a los cambios del apéndice durante el embarazo. Se esperó al segundo trimestre para evitar daños del desarrollo fetal y minimizar el riesgo quirúrgico. Los hallazgos anatomopatológicos revelaron que las células mucinosas alcanzaban la serosa, haciendo suponer que la apendicectomía evitó su perforación o complicación con apendicitis aguda, evitando la diseminación de células mucinosas en la cavidad peritoneal. La elección del tipo de cirugía es importante, se realizó por vía laparotómica, preferible en estos casos, ya que la incidencia de pérdidas fetales es considerablemente más alta por abordaje laparoscópico (6%) y además permite un control local de la pieza quirúrgica evitando

perforaciones con la manipulación. En procesos no agudos abdominales durante el embarazo, con alto riesgo de complicación, la cirugía electiva es la mejor opción y puede realizarse de manera segura.