



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-631 - APENDICITIS AGUDA POSCOLOCACIÓN DE OVESCO. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Pereda Bajo, Deiane<sup>1</sup>; Bolinaga del Pecho, Irene<sup>1</sup>; Loidi Lázaro-Carrasco, Oihan<sup>1</sup>; Bolado Oria, María<sup>1</sup>; Fernández Rodríguez, María<sup>1</sup>; Pereda Bajo, Mirari<sup>2</sup>; Bolinaga del Pecho, Esther<sup>3</sup>; Gutiérrez Cabezas, José Manuel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Sierrallana, Torrelavega; <sup>2</sup>Hospital de Basurto-Osakidetza, Bilbao; <sup>3</sup>Hospital Txagorritxu, Vitoria.

### Resumen

**Objetivos:** El objetivo del presente trabajo es la presentación de un caso de apendicitis aguda tras colocación de un OVESCO en base apendicular.

**Caso clínico:** Varón de 75 años, con antecedentes de hipertensión, diabetes *mellitus* y dislipemia en tratamiento médico, seguido en la consulta de digestivo por pólipos colónicos, muchos de ellos resecaos en colonoscopias anteriores. Se realiza nueva colonoscopia programada para realización de resección transmural de pólipo en base apendicular (*full thickness resection*). El procedimiento se realizó con éxito mediante el uso de clip metálico de resección transmural (modelo FTRD-OVESCO<sup>®</sup>) que permite realizar tanto la resección como el cierre transmural, quedando el dispositivo dispuesto en el lecho de resección. La lesión correspondía a un adenoma tubular resecao completamente (R0). No hubo complicaciones inmediatas, por lo que fue dado de alta el mismo día del procedimiento. Acudió 48 horas después de nuevo al hospital con un cuadro de apendicitis aguda y fue sometido a apendicectomía laparoscópica, tras confirmarse el diagnóstico con TC abdominal con contraste. La cirugía evidenció una apendicitis aguda flemonosa con mínima cantidad de líquido libre. La base apendicular manifestó la ocupación de la luz de la misma por el OVESCO, por lo que se realizó apendicectomía y resección de base del ciego con endograpadora, sin complicaciones. El posoperatorio de la apendicectomía transcurre sin incidencias y el paciente es dado de alta dos días después. Actualmente se encuentra asintomático y continúa con controles endoscópicos por su poliposis.

**Discusión:** La resección mucosa endoscópica (RME) o mucossectomía es una técnica endoscópica para el tratamiento de las lesiones y neoplasias superficiales del tracto gastrointestinal que constituye una alternativa eficaz y segura al tratamiento quirúrgico convencional. A pesar de que es un procedimiento que se realiza de forma rutinaria, hay lesiones polipoideas localizadas detrás de pliegues o en zonas complicadas como válvula ileocecal y base apendicular que presentan una mayor dificultad para su extirpación debido a la mala visualización de los bordes y a la incapacidad para inyectar o atrapar la lesión con el asa adecuadamente. En estas lesiones es más habitual el uso de dispositivos como el OVESCO para evitar complicaciones como la perforación intestinal. Se debe establecer una estrategia sistemática para abordar estas lesiones. En estos pacientes en los que se coloca un cuerpo extraño en la base apendicular, existe el riesgo de que pueda producirse una apendicitis asociada a la oclusión de la luz apendicular por el clip (riesgo del 8-9%), como en nuestro caso. La RME es una forma de tratamiento mínimamente invasivo ante lesiones polipoideas o tumores no invasivos, alternativa a la cirugía. La apendicitis aguda por cuerpo extraño es una entidad excepcional debido a la obstrucción de la luz apendicular por un objeto ajeno al tubo digestivo. El diagnóstico de apendicitis aguda ha de tenerse en cuenta entre los diagnósticos diferenciales tras RME con

colocación de cuerpo extraño para llevar a cabo un tratamiento precoz.