



P-603 - ¿ESTÁ JUSTIFICADA LA APENDICECTOMÍA PROFILÁCTICA? A PROPÓSITO DE UN CASO

Mesa Ruiz, María Inmaculada; Cano Pecharromán, Esther; Esmaili Ramos, Mahur; Martín Paniagua, Leticia; Ortiz González, María; Amador Pérez, María; Cruz Romero, Pilar del Rosario; Balsa Martín, Tomás

Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina.

Resumen

Introducción: La extirpación de un apéndice normal por sospecha de apendicitis aguda es más frecuente en mujeres de edad fértil, siendo la tasa de apendicectomías en blanco relativamente alta en nuestro medio (15-30%), a pesar de los avances en las técnicas diagnósticas. Hoy en día continúa siendo controvertida la decisión de extirpar o no el apéndice cecal cuando lo identificamos sin hallazgos patológicos. Sin embargo, aproximadamente el 1-2% de las apendicectomías realizadas ocultan una patología maligna.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 38 años, con antecedentes de endometriosis y conización por CIN II, que acude a Urgencias, derivada desde centro privado por dolor abdominal con TC abdominal sin hallazgos de patología aguda. Refiere dolor que localiza en FID de 24 h de evolución, similar a menstruaciones previas, pero de mayor intensidad. A la exploración, presenta dolor y defensa en FID y signo de Blumberg positivo. En analítica, no leucocitos ni neutrofilia, coagulopatía y PCR 94 mg/L. Comentado con Radiología de guardia impresiona de posible patología ginecológica por alteración a nivel del cérvix, identificando apéndice normal. Se comenta paciente con Ginecología, que tras valoración y ecografía transvaginal, identifican endometrioma en ovario izquierdo no complicado. Se decide observación hospitalaria para reevaluación analítica y clínica. Ante la persistencia del dolor abdominal y defensa, se decide laparoscopia exploradora, identificando apéndice normal sin datos de inflamación apendicular, líquido libre purulento en pelvis y aumento de tamaño de trompa izquierda. Ante estos hallazgos, se avisa a Ginecología y se realiza drenaje de absceso tuboovárico y posterior apendicectomía, a pesar de su aspecto macroscópico normal e identificación de causa de abdomen agudo. A las 24-48h, estabilidad clínica y hemodinámica, por lo que se decide alta por parte de Cirugía General y Ginecología. Se revisa a la paciente en consultas con hallazgos de anatomía patológica de apendicectomía: Tumor neuroendocrino bien diferenciado ($ki < 3\%$, $< 2 \text{ cm}$ y $< 2 \text{ mitosis/10 CGA}$). No invasión linfovascular ni permeación perineural. Márgenes quirúrgicos libres. Positivo para cromogranina, sinaptofisina y CD56. Tras ser presentada en comité multidisciplinar, se decide observación y seguimiento por parte de Oncología.

Discusión: En pacientes con sospecha de apendicitis, se recomienda un enfoque individualizado, dependiendo de la probabilidad de la enfermedad, sexo y edad del paciente. La apendicectomía profiláctica consiste en extirpar un apéndice cecal aparentemente sano durante una intervención

que no implique a dicho órgano, con el fin de prevenir futuras apendicitis agudas. Según las recomendaciones de las últimas guías WSES “si el apéndice luce normal durante la cirugía y no se encuentra ninguna otra enfermedad en un paciente sintomático, recomendamos su extirpación en cualquier caso”. Los tumores del apéndice cecal representan actualmente un desafío para su diagnóstico y tratamiento, siendo su diagnóstico en el mayor número de casos anatomiopatológicos. Hoy en día no existe una guía clínica estándar dada su rara frecuencia. Esto podría ser una razón más para realizar apendicectomía profiláctica.