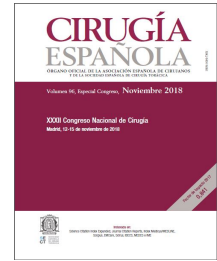




# Cirugía Española



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

## VP-002 - APENDICECTOMÍA RADICAL EN EL TRATAMIENTO DE LOS TUMORES APENDICULARES

López Rubio, María<sup>1</sup>; Vaqué Urbaneja, Javier<sup>1</sup>; Abelló Audí, David<sup>1</sup>; Argüelles, Brenda<sup>1</sup>; González Andrés, Daniel<sup>2</sup>; Mingol Navarro, Fernando<sup>1</sup>; García-Granero Ximénez, Eduardo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario La Fe, Valencia; <sup>2</sup>Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

### Resumen

**Introducción:** Los tumores apendiculares son neoplasias raras, cuyo tratamiento quirúrgico no está bien establecido, siendo la hemicolectomía derecha la técnica habitualmente empleada. Sin embargo, no se han encontrado en la literatura diferencias en la supervivencia entre pacientes intervenidos mediante hemicolectomía derecha o apendicectomía simple en los tumores apendiculares de bajo grado, por lo que recientemente se ha propuesto la apendicectomía radical como técnica para estos pacientes, ya que se basa en la exéresis del apéndice y el tejido linfograso periapendicular, incluyendo los ganglios linfáticos regionales, con margen de seguridad adecuado.

**Caso clínico:** Se trata de un varón de 35 años, sin antecedentes de interés, que consulta por cuadro de dolor abdominal localizado en fosa ilíaca derecha, de varios días de evolución. En la ecografía y TC abdominal realizados en urgencias, se objetiva un apéndice cecal con paredes de grosor normal pero con un diámetro marcadamente aumentado, con contenido hipodenso en su interior. Asocia ganglios locorregionales aumentados en número, de características reactivas, y moderada cantidad de líquido libre en pelvis. Estos hallazgos podrían corresponder a un mucoccele apendicular, aunque la presencia de signos inflamatorios no permite descartar un proceso inflamatorio asociado. Ante estas evidencias radiológicas, se decide intervenir al paciente mediante apendicectomía radical laparoscópica. Esta técnica quirúrgica se basa en una disección circular alejada de la base apendicular, reseca la mayor cantidad posible de tejido linfograso y manteniendo la integridad del apéndice. La disección comienza con la apertura del peritoneo parietal en fosa ilíaca derecha, continuando medialmente hacia el íleon terminal y el repliegue ileocecal, reseca el tejido graso de la cara anterior de la válvula de Bauhin. Posteriormente, se diseña el mesoíleon terminal y se secciona la arteria apendicular en su raíz, en la cara posterior del ciego. Finalmente, se reseca el peritoneo visceral y tejido graso de la cara anterior del polo cecal, exponiendo la base apendicular para su posterior sección mediante endograpadora. Tras una evolución inicial favorable, el paciente inicia cuadro de dolor en fosa ilíaca derecha en el segundo día postoperatorio, asociado a fiebre y alteración analítica, por lo que se solicita TC abdominal, que muestra cambios secundarios a isquemia focal del polo cecal, sin signos de necrosis transmural. Se instaura tratamiento conservador mediante reposo digestivo y antibioterapia intravenosa, con buena evolución posterior. El resultado de la anatomía patológica demuestra finalmente ausencia de malignidad tanto en el apéndice como en los tres ganglios linfáticos aislados en el mesoapéndice.

**Discusión:** La apendicectomía radical podría considerarse una alternativa segura en el tratamiento de los tumores apendiculares, ya que tiene resultados oncológicos similares a la hemicolectomía derecha. La exéresis del tejido linfograso periapendicular posibilita el estudio de las adenopatías presentes en el mesoapéndice y grasa pericecal, permitiendo una adecuada estadificación tumoral. Asimismo, presenta bajo riesgo de márgenes quirúrgicos afectos, al realizarse una disección alejada de la base apendicular. La principal complicación es la isquemia del ciego, que obligaría a realizar una resección ileocecal en caso de falta de respuesta a tratamiento conservador.