



P-635 - ENDOMETRIOSIS APENDICULAR COMO ORIGEN DE APENDICITIS AGUDA. EXPERIENCIA EN NUESTRO HOSPITAL

Buitrago Ruiz, Manuel; García García, María Luisa; Moreno Abenza, Gema; Lucas Zamorano, Isabel; Piñera Morcillo, Clara; Filardi Fernández, Laura; Abellán López, María; Soria Aledo, Victoriano

Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Resumen

Introducción: La endometriosis apendicular aparece en el 3% de los casos de endometriosis con localización digestiva y representa entre el 12-37% de las endometriosis extrauterinas. Esta suele permanecer asintomática, pero se han descrito casos de apendicitis aguda, perforación, intususcepción, dolor pélvico crónico, dismenorrea y hemorragia digestiva baja. En caso de manifestarse como apendicitis aguda suele producirse por dos causas: bien por la oclusión de la luz parcial o completa o bien por hemorragias endometriales dentro de la capa seromuscular seguidas de edema, obstrucción e inflamación. Para el diagnóstico podemos apoyarnos en la ecografía y la laparoscopia, no obstante, el diagnóstico definitivo es el análisis histopatológico de la pieza.

Objetivos: Describir las principales características clínicas, anatomopatológicas, terapéuticas y evolutivas de una serie de pacientes diagnosticadas de endometriosis apendicular.

Métodos: Presentamos un estudio observacional retrospectivo de todas las pacientes diagnosticadas de endometriosis apendicular durante los años 2015 a 2024 tras apendicetomía por sospecha de apendicitis aguda. De ellas obtuvimos datos demográficos, clínicos y marcadores de resultado mediante revisión de la historia clínica electrónica. Se realiza un análisis descriptivo de la muestra.

Resultados: De las 1.673 apendicectomías que se realizaron en ese periodo, se detectaron 11 pacientes (0,6%), en los que el informe anatomopatológico detectó endometriosis apendicular y su localización fue en 6 casos en la muscular propia (54,5%) en 4 de ellos fue en toda la pared (36,3%), y en un caso en la mucosa (9,1%). Solo 2 de las pacientes (18,1%) tenían historia de endometriosis conocida previa. Se intervinieron de manera urgente las 11 pacientes. El acceso fue laparoscópico en 6 (54,5%) de las pacientes, siendo convertida una a abierta (9,1%). El apéndice tenía un aspecto macroscópicamente normal en 2 (18,1%) de las pacientes, en otras 7 (63,6%), el apéndice estaba inflamado, sugerente de apendicitis aguda, mientras que en una de ellas el hallazgo principal fue una endometriosis ovárica (9,1%) y en otra un absceso tubárico (9,1%). El posoperatorio de todas las pacientes fue normal y sin complicaciones. Dos de ellas (18,1%) requirieron tratamiento ginecológico posterior.

Conclusiones: La endometriosis apendicular es una causa poco frecuente de apendicitis aguda. Es de difícil diagnóstico en caso de permanecer asintomática, y aunque la ecografía ayuda, su presencia

suele ser solo valorable en escala microscópica frecuentemente. En nuestra serie, las pacientes presentaban focos subcentimétricos. Además, la localización de estos focos de endometriosis suele ser la submucosa y/o la muscular del apéndice, por lo que es frecuente que el apéndice sea macroscópicamente normal en la laparoscopia. En nuestra serie esta es la localización principal. Por lo tanto, el diagnóstico suele ser casual tras el análisis anatomopatológico de una muestra de apendicitis, considerándose el diagnóstico preoperatorio prácticamente imposible.