



# Cirugía Española

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



## P-562 - ENDOMETRIOSIS APENDICULAR: UN DILEMA DIAGNÓSTICO CON LA APENDICITIS AGUDA

Santos Rancaño, Rocío<sup>1</sup>; Delgado Morales, Mariela<sup>2</sup>; Guadalajara Jurado, Juan Francisco<sup>2</sup>; Manzanares Ferrer, Clara<sup>1</sup>; Kassimi Choho, Kawthar<sup>1</sup>; de Elena Soto, María del Mar<sup>1</sup>; Alonso Guillén, Ramón<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Comarcal de Melilla, Melilla; <sup>2</sup>Hospital Infanta Elena, Huelva.

### Resumen

**Introducción:** La endometriosis se define como la presencia de glándulas endometriales y estroma en un sitio extrauterino. La incidencia de endometriosis localizada en el apéndice es extremadamente baja (< 1% del total de casos de endometriosis). La endometriosis apendicular imita el cuadro clínico de la apendicitis aguda, lo que dificulta enormemente el diagnóstico preoperatorio y se convierte en un dilema. Presentamos un caso de endometriosis con afectación apendicular aislada, sin diseminación pélvica, que se presentó como apendicitis aguda. Muy pocos casos han sido publicados hasta el momento en la literatura.

**Caso clínico:** Paciente mujer de 48 años, nulípara y sin antecedentes personales de interés, acude a Urgencias con cuadro de náuseas, vómitos y dolor abdominal intenso en cuadrante inferior derecho de 4 días de evolución. Al comienzo el dolor tenía una localización periumbilical, desplazándose a la fosa iliaca posteriormente. En la exploración física el abdomen es blando y depresible, doloroso a la palpación en la fosa iliaca derecha, sobre todo en el punto de Mc Burney. Blumberg +. La analítica mostraba leucocitosis y la proteína C reactiva ligeramente elevada. La puntuación de Alvarado se calculó en 9. Se realizó un CT abdominopélvico que describió un apéndice irregular muy engrosado, sospechoso de apendicitis, sin líquido libre ni abscesos asociados. Se realizó una apendicectomía laparoscópica y se observó un apéndice hiperémico y edematoso, así como una masa tumoral de 1,5 cm en la punta del apéndice. No se evidenció la presencia de otros implantes peritoneales ni pélvicos. El examen histopatológico demostró el lumen apendicular revestido por una mucosa sin signos de apendicitis aguda, pero sí presentaba glándulas y estroma de tipo endometrial. El posoperatorio transcurrió sin incidencias y la paciente fue dada de alta al tercer día posoperatorio, remitiéndose a su ginecólogo para valoración.

**Discusión:** La endometriosis apendicular suele ser asintomática, aunque a veces causa calambres abdominales, náuseas, dolor pélvico crónico, hemorragia digestiva baja, invaginación intestinal, perforación o clínica de apendicitis aguda. Se teoriza que los síntomas no son causados por una verdadera obstrucción luminal del apéndice, sino más bien es debido a la compresión del plexo neural, al tener lugar la expansión y el crecimiento del tejido endometrial en la pared del apéndice. El diagnóstico preoperatorio es difícil, ya que los hallazgos por imágenes suelen ser indistinguibles de la apendicitis aguda. El diagnóstico definitivo suele establecerse mediante un examen histopatológico del apéndice. La endometriosis apendicular es una entidad rara, y su diagnóstico

preoperatorio basado en características clínicas y/o pruebas de imagen, es extremadamente difícil. Se necesita un alto índice de sospecha para un diagnóstico preciso, y esta entidad se debe incluir en el diagnóstico diferencial en mujeres que presenten un dolor agudo en el cuadrante inferior derecho. El manejo quirúrgico con evaluación histológica es el estándar de oro para tratar e identificar la endometriosis apendicular.