



## P-328 - ENDOMETRIOSIS APENDICULAR: UNA CAUSA ATÍPICA DE APENDICITIS AGUDA

*Díaz Pérez, David; Vieiro Medina, Victoria; de la Fuente Bartolomé, Marta; Moreno Bargeiras, Alejandro; Gómez Sanz, Ramón; Ferrero Herrero, Eduardo; de la Cruz Vigo, Felipe*

*Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.*

### Resumen

**Introducción:** La endometriosis es una enfermedad ginecológica bien conocida. Se entiende por ella a la presencia de glándulas endometriales y estroma fuera del útero. Su prevalencia oscila entre 4-50% de las mujeres en edad fértil y suele cursar con dolor pélvico e infertilidad. Es infrecuente la afectación fuera del sistema genital, y más rara todavía la afectación del apéndice cecal. Se presenta el caso de una paciente que debutó con apendicitis aguda de causa endometriósica.

**Caso clínico:** Paciente mujer de 58 años con antecedente de histerectomía y ligadura de trompas hace años sin saber especificar el motivo, acude a Urgencias por cuadro de dolor en fosa ilíaca derecha (FID) sin datos de alarma y que cede espontáneamente. Días más tarde presenta leve sangrado vaginal y dolor hipogástrico/FID, por lo que acude a Urgencias ginecológicas sin patología urgente por su parte; Valorada por Cirugía General, refiere dolor urente y presenta defensa voluntaria en FID. La analítica muestra PCR de 7,21 mg/dl y neutrofilia leve. Se solicita ecografía que se informa como plastrón inflamatorio en relación con apendicitis aguda perforada. Se decide intervención quirúrgica urgente. Incisión de McBurney. Apéndice cecal gangrenoso y perforado con plastrón inflamatorio circundante y escaso líquido libre. La anatomía patológica macroscópica de la pieza observa intensa trama vascular mural y fibrina, así como solución de continuidad en la pared. Histológicamente se ve infiltrado inflamatorio agudo y estructuras glandulares en mesoapéndice compatibles con endometriosis. Se realiza inmunohistoquímica que confirma la presencia de mucosa endometrial.

**Discusión:** La apendicitis aguda es una de las urgencias quirúrgicas más frecuentes, en cuya patogenia parece esencial la obstrucción de la luz apendicular. Los fecalitos o la hiperplasia linfoide son las causas más comunes de dicha obstrucción, no así la endometriosis apendicular (EA) que representa una causa muy infrecuente. La endometriosis gastrointestinal (EGI) supone entre 3-37% de los casos. En el apéndice asienta en sólo alrededor del 3% de las EGI, constituyendo menos del 1% de las endometriosis totales. Los síntomas pueden incluir dolor agudo o crónico en cuadrante inferior derecho, sangrado digestivo bajo, intususcepción cecal o perforación. Es muy infrecuente su expresión como apendicitis aguda; cuando sucede, puede coincidir con la menstruación. En el caso que se presenta, la paciente tenía clínica de varios días de evolución de dolor abdominal intermitente con mejoría espontánea, lo cual no haría sospechar como primera opción en un cuadro de apendicitis aguda. No había un diagnóstico previo de endometriosis conocido. El diagnóstico

diferencial incluye la enfermedad intestinal inflamatoria, la diverticulitis o infecciones. Se puede realizar una batería de pruebas de imagen pero el verdadero diagnóstico es histológico, a través de laparotomía o laparoscopia. La apendicitis aguda endometriósica es una variante muy inusual que suele ser un hallazgo incidental, pero en pacientes con historias no concluyentes o con antecedentes de esta patología ginecológica, es un diagnóstico a tener en cuenta.