



P-349 - ADENOMA TUBULOVELLOSO APENDICULAR CON DISPLASIA DE ALTO GRADO: HALLAZGO ANATOMOPATOLÓGICO EN LA APENDICECTOMÍA URGENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Marañés Azulay, Raquel; de Armas Conde, María; Hernández Alonso, Ricardo; Camarasa, Ángel; Sánchez-Migallón, Elena; Nicolás del Cabo, Sara; Pérez Álvarez, Antonio; Barrera Gómez, Manuel Ángel

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Tenerife.

Resumen

Introducción: Las neoplasias epiteliales del apéndice cecal son infrecuentes, presentándose en un 0,2-0,3% de las apendicectomías realizadas. Solamente un 0,02% de estos, son adenomas tubulovelloso. Presentamos un caso de adenoma tubulovelloso degenerado que afecta a la totalidad del apéndice.

Caso clínico: Mujer de 62 años acude a urgencias por dolor en fosa ilíaca derecha de dos días de evolución, analítica con elevación de reactantes de fase aguda y ecografía compatible con apendicitis aguda. Se decide intervención quirúrgica urgente, evidenciando apéndice cecal gangrenoso y perforado con un absceso periapendicular. Se realiza apendicectomía con sección de la base con grapadora mecánica y se extrae la pieza. La paciente es dada de alta al segundo día posoperatorio con buena evolución. En la anatomía patológica de la pieza se describe un adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado que afecta a la totalidad de la luz y al margen de resección. Se completa estudio con colonoscopia y tomografía computarizada, descartando enfermedad sincrónica y a distancia. Los marcadores tumorales fueron negativos. Tras ser presentado el caso en comité oncológico, se decide realizar cirugía programada para ampliación de margen de resección. Se accede por laparoscopia evidenciando la línea de grapas en base apendicular sin hallazgos patológicos. Se amplía margen con sección del muñón apendicular y base cecal con grapadora mecánica. Intraoperatoriamente, se procede a la apertura de la pieza objetivando el pólipo en muñón apendicular con márgenes preservados. Anatomopatológicamente se describe: muñón apendicular con adenoma tubulovelloso con displasia focal de alto grado sin afectación del margen de resección proximal. La paciente es dada de alta sin incidencias, continuando seguimiento en consultas externas de Cirugía General. Habitualmente las lesiones tumorales del apéndice cecal son asintomáticas; sin embargo, la forma clínica más frecuente de presentación es la apendicitis aguda (30-50%). Por tanto, la mayoría son diagnosticadas en el estudio anatomopatológico tras la intervención quirúrgica. La paciente de nuestro caso presentaba clínica sugestiva de apendicitis aguda, confirmada con ecografía. No se evidenciaron signos sugestivos de neoplasia ni en la prueba de imagen ni durante la cirugía. No es hasta el estudio anatomopatológico, cuando se describe el adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado. La prueba más sensible para el diagnóstico de adenoma es la tomografía computarizada. La colonoscopia no es útil como método de *screening* para las neoplasias a este nivel, pues es difícil que el colonoscopio valore la luz apendicular

correctamente. Sin embargo, debe realizarse tras el diagnóstico de adenoma para descartar lesiones sincrónicas. En nuestro caso, la ampliación del margen de resección fue suficiente para el tratamiento de esta lesión. La hemicolectomía derecha está indicada en tumores malignos > 2 cm, margen afecto, degeneración maligna, invasión del mesoapéndice o afectación linfovascular. El seguimiento con controles periódicos es necesario en estos pacientes.

Discusión: En conclusión, los adenomas tubulovelloso apendiculares son lesiones premalignas muy infrecuentes, siendo diagnosticados habitualmente tras la cirugía. El diagnóstico preoperatorio es limitado al ser lesiones asintomáticas. La apendicitis aguda es la forma más frecuente de presentación y el tratamiento, en cualquier caso, es quirúrgico.