



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-525 - Adenocarcinoide apendicular: Hallazgo casual de tumor infrecuente del apéndice cecal

Sánchez Corral, Julio; Garrido, Beatriz; Ruiz, Rocío; Castiñeiras, José Ramón; Calado, Carlos; Ripoll, Roberto; Ots, José Ramón; Oliver, Israel

Hospital Marina Baixa, Villajoyosa.

Resumen

Introducción: Los tumores del apéndice cecal suelen ser hallados durante la exploración quirúrgica o bien durante el estudio histopatológico posterior. El adenocarcinoide apendicular es una entidad de escasa frecuencia (2-3% de los tumores malignos apendiculares). Cuando da síntomas, suele manifestarse como un cuadro de apendicitis aguda o como dolor crónico, con o sin tumoración palpable en FID. Este tumor fue descrito por Gagne et al en 1969 y se considera una entidad entre el carcinoide y el adenocarcinoma. Presentamos un caso clínico sobre un tumor infrecuente como es el adenocarcinoide apendicular.

Caso clínico: Mujer 81 años. Antecedentes: HTA, DLP. Histerectomía con doble anexectomía y linfadenectomía pélvica por adenocarcinoma endometrial. Consulta por dolor abdominal de 48 horas de evolución asociado a vómitos, distensión y ausencia de deposiciones. No fiebre ni otra sintomatología. A la exploración no presenta signos de irritación peritoneal aunque sí muestra dolor abdominal difuso, timpanismo y ruidos metálicos. En la analítica llama la atención una Creatinina de 2,5, PCR 21 y discreta leucocitosis. Rx abdomen: dilatación asas intestino delgado junto a niveles hidroaéreos generalizados. Debido al antecedente oncológico se solicita TAC abdomino-pélvico, que se realiza sin contraste intravenoso debido a la insuficiencia renal. TAC: dilatación de asas intestinales, fundamentalmente yeyunales e ileales con marco cólico de calibre normal. En hemiabdomen inferior se aprecian asas de hasta 55 mm junto con imagen sutil de “remolino” en íleon terminal que podría justificar la oclusión. Resto normal. Intervenimos a la paciente realizando laparotomía media supra-infraumbilical apreciándose gran cuadro adherencial de características laxas y brida firme entre pared anterior de pelvis e íleon preterminal la cual condicionaba la oclusión. Se realizó adhesiolisis y revisión de la cavidad hallándose apéndice cecal con pared discretamente engrosada. Se realizó apendicectomía reglada y se realizó cierre de pared en monopiano. Tras 5 días de ingreso y con evolución satisfactoria fue dada de alta. Resultado anatomopatológico: adenocarcinoide de células caliciformes que infiltra toda la pared con embolización linfática e invasión perineural. Índice proliferativo bajo. Borde quirúrgico afecto. Tras presentar el caso en el comité de tumores digestivos se decidió completar el tratamiento con hemicolectomía derecha. Hasta el día de hoy la paciente se encuentra asintomática y sin signos de extensión tumoral en las pruebas complementarias.

Discusión: Las neoplasias malignas apendiculares representan el 0,5% de los tumores intestinales constituyendo el adenocarcinoide el 2-3% de estos. Presenta una mayor incidencia entre la década sexta y séptima y afecta por igual a ambos sexos. Se clasifica en 2 tipos histológicos (tubular y caliciforme) y puede presentar invasión linfática y perineural. A pesar de ser considerada una neoplasia de buen pronóstico, puede causar metástasis hepáticas, ováricas y carcinomatosis peritoneal. El tratamiento varía desde la

apendicectomía simple hasta la hemicolectomía derecha en los casos de gran número de mitosis, infiltración de base apendicular, invasión linfática o perineural y tumores mayores de 2 cm. El adenocarcinoide un tumor de muy baja frecuencia y de malignidad moderada que debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de los tumores apendiculares.