



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-425 - TUMOR CARCINOIDE APENDICULAR DE CÉLULAS CALICIFORMES (*GOBLET CELLS CARCINOID*), HALLAZGO INCIDENTAL EN UNA APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Andrade Yagual, Aldo Andrés; Mendía Conde, Elena; Juez Sáez, Luz; Ortega Ferrete, Ana; Oto González, Diego; Nieto Martos, Rocio; Fernández Cebrián, José María; Die Trill, Javier

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción: El tumor carcinoide de células caliciformes (*goblet cells carcinoid*, GCC) es una neoplasia de diferenciación mixta exoendocrina que se sitúa de manera casi exclusiva en el apéndice cecal. Es una patología poco frecuente, constituyendo menos de 5% de los tumores primarios de esta región. La importancia del correcto diagnóstico radica en la agresividad de este tipo de tumor, más cercana al adenocarcinoma que al tumor carcinoide clásico. Se presenta el caso clínico de un tumor carcinoide de células caliciformes.

Caso clínico: Varón, 56 años de edad, sin antecedentes patológicos personales relevantes y antecedentes patológicos familiares de padre y hermano con diagnóstico de cáncer gástrico a los 53 y 46 años respectivamente, y 3 familiares de segundo grado con diagnóstico de cáncer de colon. Acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal de 4 días de evolución y sensación distérmica, con hallazgo a la exploración de probable plastrón en fosa iliaca derecha (FID); se realiza TC abdominopélvico que evidencia extensos cambios inflamatorios en el apéndice cecal, con engrosamiento mural de ciego e íleon distal, además de colección de 2,5 cm en polo cecal, motivo por el cual se cursa ingreso hospitalario para manejo conservador, mantiene ingreso durante 10 días, tras lo cual es dado de alta con evolución clínica favorable para realización de apendicectomía diferida. Tras 3 meses el paciente es intervenido de apendicectomía laparoscópica programada sin incidencias, sin hallazgos durante la revisión del resto de cavidad abdominal, siendo dado de alta al segundo día posoperatorio con evolución favorable, con resultado de anatomía patológica de adenocarcinoma de células caliciformes de alto grado (G3), TNM T4a, con bordes quirúrgico proximal libre de tumor y borde mesentérico con nidos a 0,1 cm. Se presenta el caso en Comité de Tumores Colorrectales y se decide hemicolectomía derecha, que se realiza en los 45 días posteriores de la apendicectomía laparoscópica. La hemicolectomía derecha laparoscópica cursa sin incidencias, siendo el paciente dado de alta al 5º día posoperatorio con proteína C reactiva al 3º y 5º día de 36 y 23 mg/L respectivamente. Como resultado de anatomía patológica de pieza quirúrgica sin evidencia de neoplasia residual, 14 ganglios linfáticos sin evidencia de tumor, bordes libres. Actualmente el paciente permanece en seguimiento activo por parte del Servicio de Oncología, sin precisar tratamiento quimioterápico posterior.

Discusión: El GCC constituye un subtipo raro de neoplasia apendicular. Con respecto al tratamiento, existe controversia en torno al abordaje óptimo para CCG no metastásicos, específicamente si la apendicectomía es suficiente o si se requiere una hemicolectomía derecha oncológica. La hemicolectomía derecha dentro de los 3 meses posteriores a la apendicectomía es definida como el enfoque quirúrgico estándar por la Sociedad

Europea de Tumores Neuroendocrinos (ENETS) y la Sociedad Norteamericana de Tumores Neuroendocrinos (NANETS). Para el seguimiento se recomienda estadificación en intervalos de 3 meses, aunque la modalidad de imagen óptima no está clara, siendo la PET 18-FDG la de mayor utilidad clínica. En casos seleccionados de diseminación peritoneal se puede considerar la cirugía citorreductora con quimioterapia o HIPEC.