CISTOADENOCARCINOMA MUCINOSO DE APÉNDICE: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN URGENCIAS

CISTOADENOCARCINOMA OF APPENDIX: DIAGNOSIS AND TREATMENT AT EMERGENCY ROOM

*Dr. Ruben Dominguez¹, Dr. Denis Servín², Dra. Jazmín Coronel³,
Dr. Gerson Nayar⁴, Dr. Ernesto Martínez⁵*

RESUMEN

Tumor Cistoadenocarcinomamucinoso de apéndice es una patología poco frecuente, de baja prevalencia a la fecha con un estimado de menos de 0,5%. Usualmente el hallazgo se da alrededor de la sexta década de la vida, durante una intervención por sospecha de una Apendicitis aguda, puesto que clínicamente simula dicha patología. El objetivo de este estudio es reportar el caso clínico de un paciente de 55 años con hallazgo de Cistoadenocarcinomamucinoso de apéndice.

Palabras clave: Cistoadenocarcinomamucinoso de apéndice, Apendicitis Aguda.

ABSTRACT

Cystadenocarcinoma of the appendix is a rare pathology, of low prevalence to date with an estimate of less than 0.5%. Usually the finding occurs around the sixth decade of life, during an intervention due to suspicion of an acute appendicitis, since it clinically simulates this pathology. The objective of this study is to report the clinical case of a 55-year-old patient with a Cystadenocarcinoma mucinous of the appendix.

Key words: Cystadenocarcinoma mucinous of appendix, Mucinous, Acute appendicitis.

INTRODUCCIÓN

Los tumores denominados Cistoadenocarcinomamucinoso de apéndice son una patología poco frecuente, de baja prevalencia a la fecha con un estimado de menos de 0,5% de todas las neoplasias intestinales, y se pueden hallar relacionados a otras neoplasias como pseudomixoma peritoneal, aun que dicha afirmación se encuentra actualmente en discusión. De difícil diagnóstico preoperatorio, e incluso algunos diagnosticados por anatomía patológica, por lo que requieren de un segundo tiempo para completar la cirugía. Las guías

actuales son basadas en revisiones sistemáticas de casos documentados, ya que, la misma al ser una patología rara, no cuenta con series amplias.

En el presente reporte discutimos un caso de una paciente femenina con Cistoadenocarcinomamucinoso de apéndice que es intervenida en la urgencia por sospecha de abdomen agudo quirúrgico. En la pieza operatoria obtenida se constataba invasión de todas las capas del apéndice llegando hasta la serosa. Márgenes ileales y colónicos sin evidencia de lesión, ganglios sin evidencia de metástasis.

REPORTE DE CASO

Paciente femenina de 52 años, por el servicio de urgencias del Hospital de Clínicas – San Lorenzo, por un cuadro de 5 días de evolución que inicia con dolor en fosa iliaca derecha intenso que no irradia y que cedió parcialmente tras el consumo de analgésicos vía oral y que 24 hs antes del ingreso se intensifica. Al cuadro acompañan náuseas y vómitos de contenido alimentario durante episodios de dolor.

La paciente ingresa hemodinámicamente estable, afebril, buena mecánica respiratoria, con dolor espontáneo en fosa iliaca derecha. Al Examen físico se constataba un abdomen globuloso, simétrico, que excursionaba bien, cicatriz umbilical no evértida, blando depresible con dolor, defensa e irritación en fosa iliaca derecha (Blumberg y Rovsing +). Al tacto rectal, fondo de saco de Douglas que impresiona abombado, no doloroso. Sin particularidades al tacto vaginal.

Se realiza vía periférica e Hidratación con cristaloides.

1. Coloproctólogo – Jefe de Guardia del Servicio de Urgencias de Cirugía
2. Cirujano General – Jefe Adjunto de Guardia del Servicio de Urgencias de Cirugía
3. Residente de 3° año de Cirugía General de la II Cátedra de Clínica Quirúrgica.
4. Residente de 2° año de Cirugía General de la II Cátedra de Clínica Quirúrgica.
5. Residente de 1° año de Cátedra de Imágenes

Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción. FCM-UNA. Paraguay

Autor correspondiente: Dr. Gerson Nayar. Correo electrónico: gersonnayar@gmail.com

Artículo recibido: 5.04.18 - Artículo aceptado: 07.04.18

Autofinanciado por los autores. Los autores no declaran ningún conflicto de interés.

Figura 1

Figura 2

Se toman muestras de laboratorio que informan leucocitosis con neutrofilia y anemia leve (Globulos Blancos 24.000, neutrofilo 78%, Hemoglobina 10,5 Hematocrito 33%) y una albumina de 3,4 mg/dL, resto de estudios en rango. Se realizan Radiografías de Abdomen de pie y de Tórax, en las cuales no se constatan datos de valor, y una ecografía abdominal donde se informa *“Enhemi abdomen inferior, en relación a zona dolorosa, aumento de la ecogenicidad de la grasa. En fondo de saco de Douglas se observa una imagen hipoeoica, inhomogénea, de bordes mal definidos, con ecos móviles en su interior (mide 13x58x60 cm de diámetro, volumen aproximado de 233 cc); en relación con imagen tubular, aperistáltica, incompresible, sugestiva de proceso apendicular perforado.”*

Se decide Laparotomía exploradora, donde se constata a la celiotomía en fosa iliaca derecha una tumoración a nivel del apéndice solida elástica, blanca con depósito de fibrina, que abarca sus 2/3 externos (Figura 1) líquido libre en escasa cantidad que es tomada para citoquímico y citología, frotis y cultivo. Se realiza ligadura de la cólica derecha, resección de 7,5 cm del ileon terminal, apéndice cecal, ciego, 9,5 cm de colon ascendente que se envía a estudio por Anatomía patológica (Figura 2). Se realiza posteriormente anastomosis ileo-colonica término lateral con sutura manual, lavado, aspirado, secado, cierre por planos.

Paciente presenta buena evolución, y es dada de alta al 6 día pos operatorio con buena tolerancia a la vía oral, sin algias espontaneas, hábitos conservados con seguimiento por consultorio.

La pieza operatoria revela aspecto histológico compatible con neoplasia mucinosa apendicular de bajo grado (11,5 x 5 cm). Márgenes quirúrgicos proximal (ileal) y distal (colónico) viables sin evidencia de lesión. Ganglios linfáticos pericolicos sin evidencia de metástasis. El líquido libre retorna sin crecimiento bacteriano, con células mesoteliales reactivas, células inflamatorias y macrófagos. La citología retorna negativa para células neoplásicas.

DISCUSIÓN

El Cistoadenocarcinoma mucinoso de apéndice es una patología de difícil diagnóstico preoperatorio, frecuentemente hallada de manera casual o incidental en el intraoperatorio, hecho presentado en nuestra paciente. Es una patología poco frecuente, se estima su prevalencia en menos del 0,5%; a pesar de dichos datos se han publicado estudios que indican que dicha patología se haya en aumento. Si bien se estima que la edad promedio de presentación ronda la sexta década de la vida, en nuestro caso se dio en la quinta (52 años), y coincidiendo en la prevalencia por sexo (estudios describen prevalencia del sexo femenino 62% sobre el masculino 38%^(1, 2).

Cabe destacar que también se reportaron casos que fueron diagnosticados por anatomía patológica, por lo que requirieron de un segundo tiempo para completar la cirugía⁽³⁾.

Como es bien descrito, esta patología simula un cuadro de Apendicitis Aguda. Nuestro caso no es la excepción a dicha presentación clásica, puesto que incluso el diagnóstico preoperatorio fue el de una Peritonitis Aguda de probable etiología Apendicular^(4, 5, 6).

Estudios actuales indican que existe una asociación entre los Tumores Mucinosos de Apéndice y otros tumores como el Tumor Mucinoso de Ovario, o el Pseudomixoma Peritoneal. Si bien estas patologías fueron buscadas en nuestra paciente, al inventario de cavidad ninguna pudo ser constatada^(7, 8, 9, 10).

Considerando las dimensiones de dicho tumor la conducta empleada fue la colectomía derecha, Aunque existen estudios en los que dicha conducta es realizada en menos de la mitad de ellos, puesto que el tamaño es generalmente pequeño del tumor y sin compromiso colónico, o por que presentan diseminación (metástasis hepáticas). Las reintervenciones para completar la colectomía por lo general son la minoría, representan a casos de compromiso de los márgenes^(11, 12).

BIBLIOGRAFÍA

1. Nutu OA, et al. Mucinous appendiceal neoplasms: Incidence, diagnosis and surgical treatment *Cir Esp*. 2017 Jun-Jul; 95(6):321-27. doi:10.1016/j.ciresp.2017.05.008.Epub 2017 Jun24.
2. Janczak D, Szponder M, Janczak D, Leśniak M, Ziomek A, Chabowski M. Mucinous cystadenoma of the appendix - case report. *Pol Przegl Chir*. 2017 Apr 30;89(2):65-68 doi: 10.5604/01.3001.0009.9160.
3. Carr NJ, Bibeau F, Bradley RF, Dartigues P, Feakins RM, Geisinger KR, et al. The histopathological classification, diagnosis and differential diagnosis of mucinous appendiceal neoplasms, appendiceal adenocarcinomas and pseudomyxoma peritonei. *Histopathology*. 2017;71:847-58. Epub 2017 Sep 19.
4. Leonards LM, Pahwa A, Patel MK, Petersen J, Nguyen MJ, Jude CM. Neoplasms of the Appendix: Pictorial Review with Clinical and Pathologic Correlation. *Radiographics*. 2017 Jul-Aug;37(4):1059-83. doi: 10.1148/rg.2017160150.Epub 2017 Jun 9.
5. Handler M, Anand N, Wei L, Snieckus P. Adenocarcinoma of the Appendix Presenting as a Palpable Right Thigh Mass. *J Radiol Case Rep*. 2017; 11(4):20-29. doi: 10.3941/jrcr.v11i4.
6. Abuoglu H, Yildiz MK, Kaya B. Clinicopathological analysis of patients operated for appendiceal mucocoele. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2017; 23(3): 230-40. doi: 10.5505/tjtes.2016.30276
7. Morera Ocón FJ, Camps Vilata B, Muñoz Forner E, Navarro Campoy C, Gallego Plazas J, Navarro Fos S. Adenocarcinoma of the appendix with extra-appendicular spread: Clinico-surgical and histologic analysis of 27 cases. *Med Clin (Barc)*. 2017; 149(4):153-6. doi: 10.1016/j.medcli.2017.03.031. Epub 2017 May 23
8. Valasek MA, Thung I, Gollapalle E, Hodkoff AA, Kelly KJ, Baumgartner JM. Overinterpretation is common in pathological diagnosis of appendix cancer during patient referral for oncologic care. *PLoS One*. 2017 Jun 7;12(6):e0179216. doi:10.1371/journal.pone.0179216. eCollection 2017.
9. Mehta AM, Bignell MB, Alves S, Dayal SP, Mohamed F, Cecil TD, et al. Risk of Ovarian Involvement in Advanced Colorectal or Appendiceal Tumors Involving the Peritoneum. *Dis Colon Rectum*. 2017 Jul;60(7):691-6. doi: 10.1097/DCR.0000000000000791.
10. Suh DS, Song YJ, Kwon BS, Lee S, Lee NK, Choi KU, et al. An unusual case of pseudomyxoma peritonei associated with synchronous primary mucinous tumors of the ovary and appendix: A case report. *Oncol Lett*. 2017; 13(6): 4813-7. Doi:10.3892/ol.2017.6079.Epub 2017 Apr 24.
11. Shaib WL, Assi R, Shamseddine A, Alese OB, Staley C, Memis B. Appendiceal Mucinous Neoplasms: Diagnosis and Management. *Oncologist*. 2017 sep;22(9):1107-16. doi:10.1634/theoncologist.2017-0081.Epub 2017 Jun 29.
12. Suárez-Grau JM, García-Ruiz S, Rubio-Chaves C, Bustos-Jiménez M, Docobo-Durantez F, Padillo-Ruiz FJ. Appendiceal carcinoid tumors. Evaluation of long-term outcomes in a tertiary level. *Cir Cir*. 2014 Mar-Apr; 82(2):142-9.