

Cartas al Director

Hallazgo incidental de cistoadenocarcinoma apendicular

Palabras clave: Cistoadenocarcinoma incidental. Tumores apendiculares. Cistoadenocarcinoma apendicular.

Key words: Incidental cystadenocarcinoma. Carcinoma of the appendix. Cystadenocarcinoma of the appendix.

Sr. Director:

La incidencia de tumores apendiculares es relativamente baja (0,5%). El diagnóstico preoperatorio es difícil y hasta en la mitad de los casos el aspecto macroscópico del apéndice durante la cirugía sugiere el diagnóstico de neoplasia apendicular.

A continuación describimos el caso de un paciente intervenido de neoplasia infiltrante de vejiga con el hallazgo incidental de adenocarcinoma mucinoso apendicular.

Caso clínico

Varón de 73 años hipertenso, en seguimiento en consultas de urología por hematuria y neoformación vesical a estudio. Los hallazgos en TC abdominal con contraste intravenoso identifican un engrosamiento parietal difuso de la pared vesical que se extiende hasta el triángulo, compatible con neoplasia vesical que infiltra el meato izquierdo y uropatía obstructiva secundaria del riñón izquierdo sin adenopatías afectas ni otros datos de diseminación tumoral. Con el diagnóstico de neoplasia vesical infiltrante se programa cirugía. Durante la intervención se realiza prostatectomía y cistectomía radical con derivación Bricker, el apéndice presenta aspecto macroscópico normal realizándose de forma reglada como parte de la intervención apendicectomía. La anatomía patológica de la lesión confirma el diagnósti-

co de carcinoma vesical de células transicionales y el hallazgo incidental en vértice apendicular de un cistoadenocarcinoma apendicular que infiltra la serosa con márgenes de resección libres y sin adenopatías afectas (Figs. 1 y 2).

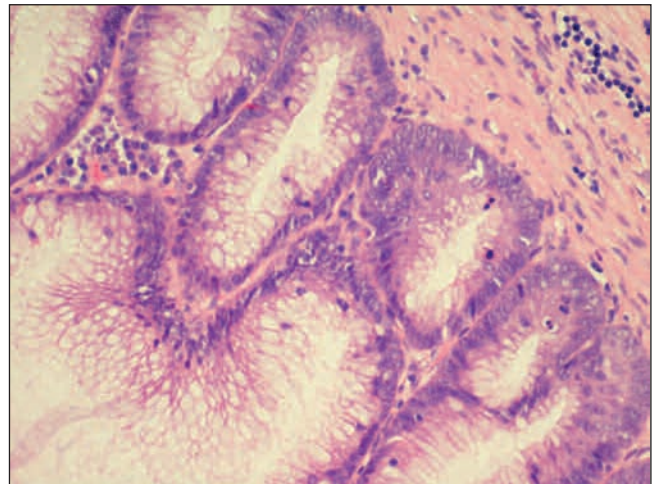


Fig. 1. Revestimiento de la luz apendicular por epitelio mucinoso con displasia adenomatosa de bajo grado (HE 400X).

El postoperatorio transcurre sin complicaciones y el paciente es dado de alta el octavo día postoperatorio. Tras consultar el caso con el Servicio de Cirugía General de nuestro hospital por los hallazgos histológicos del apéndice, se decide realizar colonoscopia y seguimiento clínico del paciente.

Los tumores apendiculares representan el 0,5% de todos los tumores intestinales. Se asocian hasta en un 15-20% a otros tumores malignos del aparato digestivo. Los más frecuentes son los tumores carcinoides (80-90% tumores apendiculares) segui-

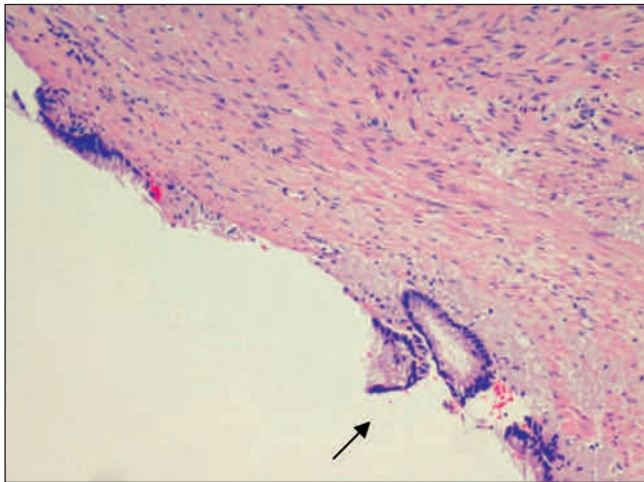


Fig. 2. Infiltración de pared muscular y depósitos en la superficie serosa (flecha) (HE 200X).

dos de cistoadenocarcinomas mucinosos y adenocarcinomas de colon.

El diagnóstico preoperatorio es difícil y la mayoría de los pacientes debutan con una clínica de apendicitis aguda. Otros síntomas son el dolor abdominal, masa palpable en flanco fosa ilíaca derecha o rectorragia. Los hallazgos en la tomografía de una masa sólido-quística dependiente del apéndice con realce periférico o irregularidades en la pared y adenopatías locorreccionales pueden orientar al diagnóstico preoperatorio de tumor apendicular (1,2).

Los tumores carcinoides de < 1 cm rara vez metastatizan y es suficiente la apendicectomía simple. En los tumores de más de 2 cm localizados macroscópicamente durante la apendicectomía, deben buscarse adenopatías y extraerlas. En caso de que histológicamente se confirmen las metástasis ganglionares, está recomendada la hemicolectomía (3). En los adenocarcinomas de origen colónico la hemicolectomía derecha debe realizarse de forma sistemática.

El cistoadenocarcinoma mucinoso rara vez disemina por vía linfática, su crecimiento es más lento que el de adenocarcinomas de origen colónico, sin embargo hasta un 50% de pacientes presenta diseminación intraabdominal, metástasis o pseudomioma peritoneal. El diagnóstico incidental como en el citado

caso, es un hallazgo infrecuente y a diferencia de los tumores carcinoides, no existe consenso respecto a su tratamiento (4,5).

González-Moreno y Sugarbaker PH (5) analizan retrospectivamente la supervivencia a largo plazo en una serie de 501 pacientes con tumores epiteliales del apéndice. En 198 pacientes la técnica quirúrgica realizada fue la apendicectomía (AP); en 280 (55,9%) se realizó hemicolectomía derecha (HD). Según este estudio, no se encontraron diferencias significativas entre la supervivencia y la técnica quirúrgica (ap. vs. hd.) y la supervivencia fue mayor en los casos en los que se aplicó quimioterapia intraoperatoria tras apendicectomía o hemicolectomía derecha. Los autores concluyen que la hemicolectomía derecha debería reservarse en los casos de afectación ganglionar iliocolica o del mesoapéndice o en caso de márgenes de resección afectados.

En el caso descrito, el tumor se encontraba localizado en el ápex, no se identificaron adenopatías afectas y el margen de resección fue libre. Consideramos que la cirugía oncológica es óptima y deberá descartarse otro tumor sincrónico gastrointestinal.

M. J. Cases-Baldó, D. de Alcalá Martínez-Gómez,
M. L. García-García, M. Pérez Ramos¹ y
J. L. Aguayo-Albasini²

Servicio de ¹Anatomía Patológica y ²Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia

Bibliografía

1. Pickhardt PJ, Levy AP, Rohmann CA Jr, Dende AI. Primary neoplasm of the appendix: radiologic spectrum of disease with pathologic correlation. *Radiographics* 2003; 23: 645-62.
2. Pitiakoudis M, Argyropoulou PI, Tsaroucha AK, Prassopoulos P, Simopoulos C. Cystadenocarcinoma of the appendix: an incidental imaging finding in a patient with adenocarcinomas of the ascending and the sigmoid colon. *BMC Gastroenterology* 2003; 3: 30.
3. Marrie A. Chirurgie de l'appendice iléo-caecal. France: *Encycl. Méd. Chir. Elsevier*; 1991.
4. Lee J, Gardiner KR, Wilson BG. Incidental mucinous cystadenocarcinoma of the appendix. *Postgrad Med J* 1996; 72: 55-6.
5. González-Moreno S, Sugarbaker PH. Right hemicolectomy does not confer a survival advantage in patients with mucinous carcinoma of the appendix and peritoneal seeding. *BJ Surg* 2004; 91: 304-11.