

Revista de la Facultad de Medicina

Volumen
Volume 45

Número
Number 2

Marzo-Abril
March-April 2002

Artículo:

Adenocarcinoma vellosos del apéndice cecal con protrusión al ciego

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Facultad de Medicina, UNAM

**Otras secciones de
este sitio:**

- 👉 [Índice de este número](#)
- 👉 [Más revistas](#)
- 👉 [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

- 👉 [Contents of this number](#)
- 👉 [More journals](#)
- 👉 [Search](#)



www.medigraphic.com

Caso anatomoclínico

Adenocarcinoma vellosa del apéndice cecal con protrusión al ciego

Antonio Corona Bautista,¹ Guillermo Mijares Cruz,¹ Luis Cisneros Sotelo,² Max Toro Ibáñez,¹ Enrique A Sampedro Carrillo²

¹ Servicio de Cirugía General,

² Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", ISSSTE.

Presentación del caso

Paciente del sexo femenino de 82 años de edad, originaria de Oaxaca y residente del D.F., refiere que su padre falleció de cáncer sin especificar más datos, su alimentación es adecuada en cantidad y calidad. Antecedentes gineco-obstétricos: menarca a los 14 años, ritmo normal, gestas 6 para 6. Ingresa al Servicio de Urgencias por presentar dolor abdominal generalizado de 24 horas de evolución, secundario a indigestión; recibió tratamiento sintomático. Posteriormente el dolor se localizó en la fosa ilíaca derecha, sin irradiaciones, acompañado de náusea sin llegar al vómito, de mayor intensidad al día previo. A la exploración física, el abdomen se encontró globoso por distensión abdominal, con dolor franco en el punto de Mc Burney, signo de Rovsing positivo, la peristalsis era normal. Los exámenes de laboratorio reportaron: hemoglobina 11.3 g/dL, hematocrito 34.8, leucocitos totales de 8,900 mm³, plaquetas 330,000; la radiografía de abdomen mostró un claro nivel hidroaéreo en la fosa ilíaca derecha. Con estos datos clínicos se integró el diagnóstico de apendicitis del anciano y se programó para cirugía de urgencia. Durante el acto quirúrgico se encontró el apéndice cecal aumentado de tamaño en toda su extensión con una superficie de aspecto fibroso y blanquecino. Durante la liberación del ciego se palpó una tumoración intraluminal, por lo que se decidió realizar hemicolectomía derecha. En el servicio de anatomía patológica se recibió un segmento de intestino grueso que incluyó colon ascendente, ciego y apéndice cecal y 8 cm de íleon terminal. El apéndice cecal tenía una longitud de 8 cm y diámetro mayor de 2.5 cm. En la grasa pericólica se identificaron ocho nódulos linfáticos, ovoideos de consistencia semi firme y con dimensiones de 0.5 y 2.0 cm. El corte de la pieza muestra la mucosa del íleon con pliegues conservados de aspecto congestivo moderado y, en el ciego, a nivel de la salida del apéndice cecal se identificó un tumor de superficie vellosa con dimensiones de 7.0 x 4.0 x 4.0 cm. Al continuar el corte incluyendo al apéndice se aprecia que la luz de éste está

completamente ocluida por un tumor blanquecino que dilata su diámetro (figura 1). El estudio histológico mostró que tanto la lesión polipoide del ciego como la que ocluía la luz del apéndice cecal correspondían a un adenocarcinoma originado de un adenoma vellosa del apéndice cecal con metástasis en 4 de 8 ganglios linfáticos regionales (figura 2).

Discusión

Por razones hasta hoy no bien claras, las neoplasias primarias del apéndice cecal tienen una baja frecuencia de presentación, reportándose una frecuencia del 0.2% al 0.5% de todos los tumores del tubo digestivo,¹ el primer caso se reportó en 1882 por Beger.¹ Su presentación clínica más común es la de apendicitis aguda y en pocas ocasiones se llega a sospechar como tumor primario del apéndice.¹ Las neoplasias más comunes son las de tipo neuroendocrino (tumor carcinoide) que constituye el 95% de todas las neoplasias del apéndice, el restante 5% está constituido por el grupo de adenocarcinomas primarios que incluyen a los cistadenocarcinomas mucinosos (mucocoele), los tumores carcinoideos con diferenciación de glándulas y secreción de moco (adenocarcinoides) y los adenomas de tipo colónico.^{1,2} Los adenocarcinomas se pueden encontrar a cualquier nivel del apéndice cecal. El estadio del tumor se refleja significativamente en la supervivencia a 5 años según la clasificación de Dukes con un rango del 100% para la etapa A y un 6% para la etapa D.^{3,4} La hemicolectomía derecha es el tratamiento de elección, excepto para los casos en que el tumor es muy localizado o bien diferenciado, en cuyo caso la apendicectomía puede ser curativa.¹⁻⁴

Dentro de la clasificación de los tumores malignos del apéndice cecal, se considera extremadamente rara la estirpe de tipo vellosa, por lo que este caso se considera relevante ya que el carcinoma protruyó hacia la luz del ciego dando el aspecto de ser un adenoma vellosa del ciego, cuando realmente fue el crecimiento exagerado del tumor lo que provocó su protrusión hacia el ciego.

Figura 1. Aspecto macroscópico del ciego al corte. **A)** Muestra el tumor fugante con superficie multinodular. **B)** Permite apreciar el apéndice cecal dilatado con la luz ocluida por un tumor sólido y blanquecino que se continúa con la lesión fugante en la luz cecal.

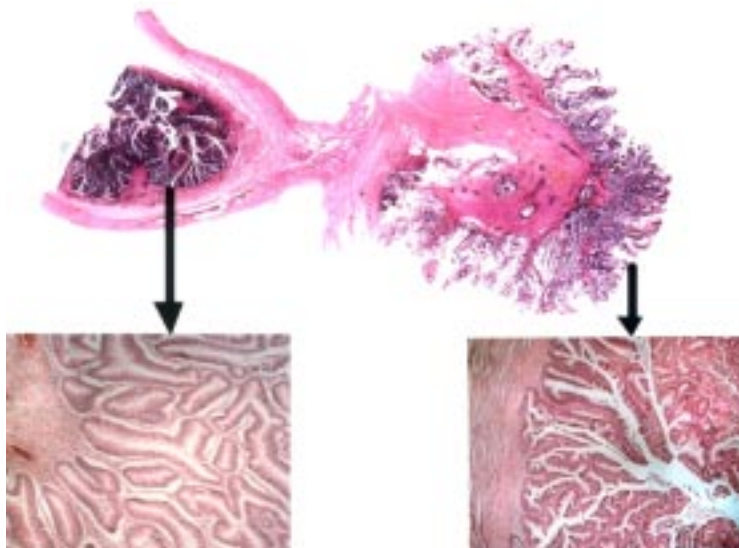
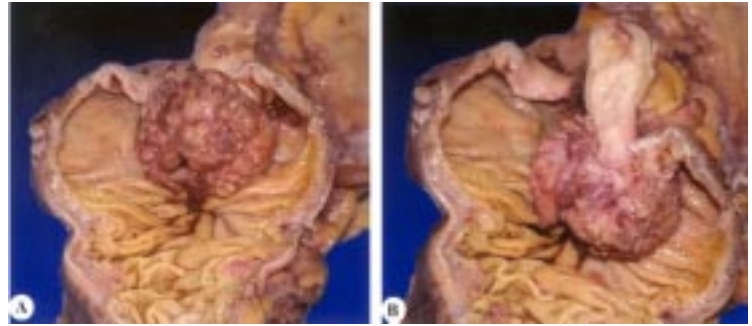


Figura 2. Fotomontaje. En la porción superior se observa un corte holóptico que en el extremo izquierdo corresponde a la base del apéndice cecal y que muestra continuidad con la lesión en ciego, hacia el extremo derecho. Los recuadros señalados con flecha muestran el aspecto histológico correspondiente.

Referencias

1. Cortina R, McCormick J, Kolm P, Perry R. Management and prognosis of adenocarcinoma of the appendix. *Dis Colon Rectum* 1995; 38(8): 848-52.
2. Bak M, Asschenfeldt P. Adenocarcinoid of the vermiform appendix. *Dis Colon Rectum* 1988; 31(8): 605-612.
3. Nitecki S, Wolff B, Schlinkert R, Sarr M. The natural history or surgically treated primary adenocarcinoma of the appendix. *Ann Surg* 1994; 219(1): 51-57.
4. Deans G, Spence AJ. Neoplastic lesion of the appendix. *Br J Surg* 1995; 82: 299-306.