



Apéndicitis aguda como primera manifestación de cáncer colorrectal

Carlos Cruz-Rubín,* Ulises Rodríguez-Wong,** Javier García-Álvarez,***
José de Jesús Gutiérrez-Baños,* Dulce María Stephanie Díaz-Meza****

RESUMEN

La apéndicitis aguda es un padecimiento frecuente pero su asociación como primer síntoma de cáncer colorrectal (CCR) es inusual con una incidencia reportada de 3.4-15%. Las neoplasias pueden causar una obstrucción de la luz del apéndice y derivar en apéndicitis (particularmente importante en los ancianos). Se reporta el caso de un paciente masculino de 59 años sin antecedentes patológicos significativos, con un cuadro aparente de apéndicitis aguda; se identificó perforación ocurrida en el tumor, alcanzando la pared apendicular, produciendo inflamación y carcinomatosis peritoneal.

Palabras clave: Cáncer de colon, sigmoidectomía.

ABSTRACT

Acute appendicitis is a common disease, but their association as the first symptom of Colorectal Cancer (CRC) is extremely rare with a reported incidence of 3.4-15%. Neoplasms may cause an obstruction of the lumen of the appendix and subsequently result in appendicitis, and this is particularly important in the elderly. We report the case of a male patient of 59 years without significant medical history with symptoms of acute appendicitis in which was identified a perforation occurred in a colorectal tumor, reaching the appendiceal wall, causing inflammation and peritoneal carcinomatosis.

Key words: Colon cancer, sigmoidectomy.

INTRODUCCIÓN

La apéndicitis aguda es un padecimiento frecuente pero su asociación como primer síntoma de cáncer colorrectal (CCR) es inusual, con una incidencia reportada de 3.4-15%. Las neoplasias pueden causar una obstrucción de la luz del apéndice y derivar en apéndicitis (particularmente importante en los ancianos).^{3,4}

La distribución normal del CCR es: 25% en colon derecho (ciego, colon ascendente y transverso), 4% en el ángulo esplénico, 25% en colon izquierdo y 45% en colon sigmoideo y recto.⁵

La distribución del CCR asociado a apéndicitis aguda es: ciego (43.7%), colon ascendente (18.8%), colon transverso (12.5%), colon sigmoideo (12.5%), recto (12.5%); 75% de los casos asociados a CCR son cánceres de colon de lado derecho, con en el ciego como sitio más frecuente.⁵

CASO CLÍNICO

Masculino de 59 años con tabaquismo crónico. Inició con dolor abdominal cólico de tres días de evolución en mesogastrio de intensidad moderada, irradiado a FID e hipogastrio. Náusea y vómito; evacuaciones diarreicas, disuria, poliaquíuria, pujo y tenesmo vesical. Anorexia e hipertermia no cuantificada. Clínicamente con TA 135/80, FC 98x', FR 22x', T 37.2 °C. Abdomen con peristalsis disminuida con puntos apendiculares y ureterales derechos ++. Timpanismo en hemiabdomen inferior. Placas simples de abdomen con asa fija de delgado en hipogastrio y tres niveles hidroaéreos (Figura 1). TAC: recto sigmoideo con imagen envolvente de baja densidad que reduce la luz en relación con proceso inflamatorio vs. neoformación (Figura 2).

Se realizó LAPE, obteniendo 200 cc de líquido de reacción. Con emplastronamiento en hueco pélvico sobre masa tumoral en sigmoideo con natas fibrinopurulentas y absceso de 50 mL adherido a vejiga. Apéndice hiperémico, edematoso y con natas fibrinopurulentas. Se realizó sigmoidectomía radical con márgenes de 10 cm y resección de ganglios. Cierre en Hartmann y colostomía de descendente + apendicectomía.

* Médico residente de Cirugía General, Hospital Juárez de México.
** Médico adscrito al Servicio de Cirugía General, Hospital Juárez de México.
*** Jefe de Servicio de Cirugía General, Hospital Juárez de México.
**** Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, UNAM.

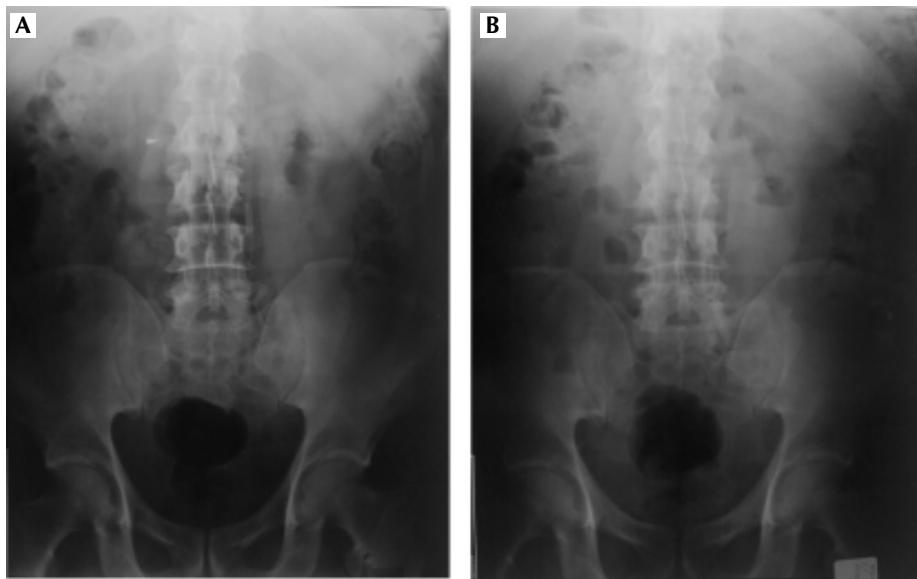


Figura 1. PSA con asa fija de delgado en hipogastrio y tres niveles hidroaéreos.

Reporte de Patología de adenocarcinoma mucinoso moderadamente diferenciado invasor del sigma con lesión de 4 cm, infiltración neoplásica hasta tejido adiposo pericolónico, márgenes negativos. Transición de mucosa neoplásica y no neoplásica con displasia de alto grado difusa. Apéndice con implante seroso de adenocarcinoma, mucosa sin displasia ni neoplasia. Peritonitis difusa. T4N_x M1.

DISCUSIÓN

La fisiopatología de esta presentación atípica se explica por tres situaciones:¹⁻⁵

- Proximidad inmediata del tumor al apéndice con invasión transmural y perforación.
- Cambios inflamatorios del carcinoma en ciego, dando lugar a la obstrucción mecánica de la luz apendicular.
- Aumento de la presión en el ciego de forma retrógrada por carcinoma de colon a cualquier nivel con la consecuente obstrucción de la luz apendicular.

La perforación del CCR como complicación puede ocurrir en el sitio del tumor, proximal o distal al mismo; se debe a la invasión transmural de la neoplasia o a mecanismos obstructivos. Una vez que el CCR se ha perforado existe el riesgo de difusión de células cancerosas y por consiguiente carcinomatosis peritoneal.^{7,6} La perforación no precisamente sugiere un pronóstico malo, pero la supervivencia sí depende de los estadios sin una diferencia significativa en CCR con perforación o CCR no complicados.^{1,5}

Se reporta el caso de un paciente de 59 años sin antecedentes patológicos significativos con un cuadro aparente de apendicitis aguda, identificando perforación ocurrida en el tumor, alcanzando la pared apendicular, produciendo inflamación y carcinomatosis peritoneal.^{1,4,5}

De acuerdo con las series revisadas, la literatura reporta que el CCR se identifica en 18.75-30% de los casos durante la primera cirugía, mientras que en 55-81.25% de los casos se encuentra entre uno a 53 meses posteriores a la cirugía con un retraso promedio de entre 4.6 a 5.8 meses al diagnóstico.^{1,2,5}

Por tanto, la falta de reconocimiento del carcinoma de colon en el momento de la apendicectomía significa que estos pacientes requerirán múltiples operaciones y tendrán peor pronóstico. Con una tasa de supervivencia a cinco años de sólo 8.44%, contra una tasa de supervivencia a cinco años de hasta 42% en aquéllos en los que no se asocia la apendicitis aguda como primer síntoma de CCR.^{1,5}

La relación entre la apendicitis aguda y el CCR se ha discutido y se mantiene en protocolo de estudio. Arnbjornsson, et al. informaron que 2.9% de 561 pacientes con apendicitis aguda mayores de 40 años fueron readmitidos por CCR dentro de tres años posteriores a su egreso. Los suecos reportaron una incidencia de 0.1%, y los asiáticos de 0.84% de 1873 en pacientes en el mismo grupo etario.²

Otra cuestión interesante es que la apendicectomía aumenta la incidencia del CCR, planteando preguntas sobre los mecanismos de la apendicitis aguda para inducir el CCR, que se han estudiado por diferentes autores con re-

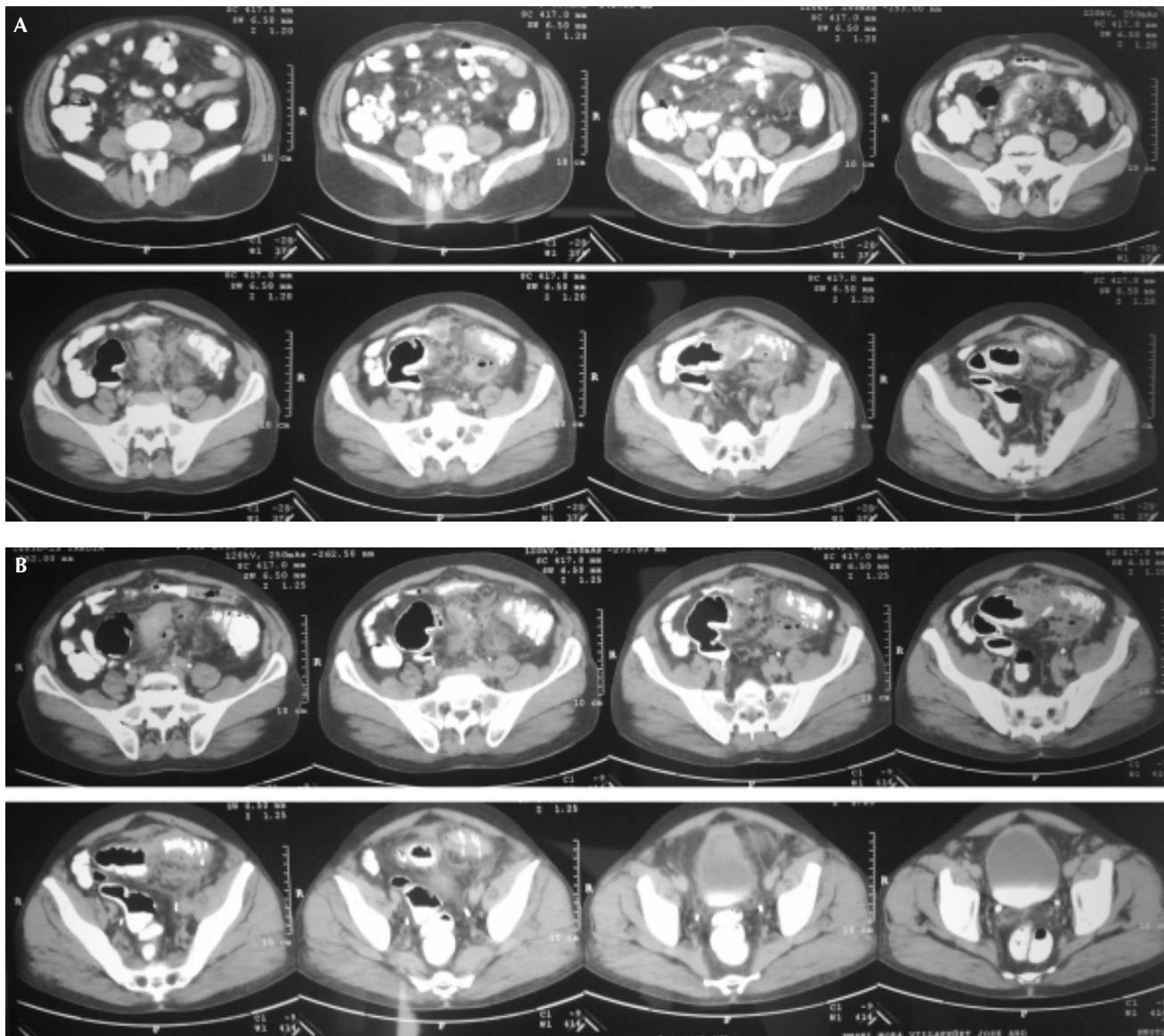


Figura 2. Recto sigmoides con imagen envolvente de baja densidad que reduce la luz en relación con el proceso inflamatorio vs. neoformación.

sultados contradictorios y poco concluyentes. Recientemente Calvet (2011) perfiló al *Fusobacterium* como la causa en casos relacionados de apendicitis aguda y CCR.^{1,2,5}

La coexistencia de CCR en un caso de apendicitis aguda puede sospecharse en pacientes mayores a 40 años con un cuadro atípico de dolor abdominal en cuadrante inferior derecho, pérdida de peso, anemia, masa palpable o cuadros de constipación; mientras que en pacientes menores de 40 años la posibilidad de este cuadro es menos sugestiva. Si se presentan síntomas o signos una tomografía abdominal preoperatoria apoyará al diagnóstico así

como una incisión por línea media o un abordaje por laparoscopia.^{1,5,8}

CONCLUSIÓN

La asociación de apendicitis aguda y CCR es importante e inusual, se debe sospechar en mayores de 40 años en quienes se sugiere realizar una colonoscopia seis semanas posteriores a la cirugía para excluir esta posibilidad. Reconocer esta entidad es más difícil en pacientes jóvenes debido a que la malignidad no se sospecha, encontrando carci-

nomas con etapas clínicas más avanzadas y con mayor incidencia de metástasis, en comparación de pacientes con la misma edad sin presentación de apendicitis aguda.^{1,2,5}

REFERENCIAS

1. Arjona A, Tordera E, Cecilia D, Rufian S. Colon cancer presenting as an appendiceal abscess in a young patient. *Can J Surg* 2008; 51(1): E15-E16.
2. Arnbjornson E. Acute appendicitis as a sign of colorectal carcinoma. *J Surg Oncol* 1982; 20: 17-20.
3. Sumpio BE, Ballantyne GH, Zdon MJ, Modlin IM. Perforated appendicitis and obstructing colonic carcinoma in the elderly. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 668-70.
4. Friedman GD, Fireman BH. Appendectomy, appendicitis, and large bowel cancer. *Cancer Res* 1990; 50: 7549-51.
5. Hung-Wen Lai, Che-Chuan Loong. Incidence and Odds Ratio of Appendicitis as First Manifestation of Colon Cancer: A Retrospective Analysis of 1873 Patients. *J Gastroenterol Hepatol* 2006; 21(11): 1693-6.
6. Bizer LS. Acute appendicitis is rarely the initial presentation of cecal cancer in the elderly patient. *J Surg Oncol* 1993; 54: 45-6.
7. Fiume I, Napolitano V. Cecum cancer underlying appendicular abscess. Case report and review of literature. *W J Emerg Surg* 2006; 1: 11.
8. Watchorn Liina R, Poder Zhen J, Wang Benjamin M, Yeh Emily M, Webb Fergus V. Coakley. Computed tomography findings mimicking appendicitis as a manifestation of colorectal cancer. *Clin Imaging* 2009; 33(6): 430-2.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Carlos Cruz-Rubín
Hospital Juárez de México
Av. Instituto Politécnico Nacional, Núm. 5160
Col. Magdalena de las Salinas
Del. Gustavo A. Madero
C.P. 06770, México D.F.