

## ADENOCARCINOMA PRIMARIO DE APÉNDICE CECAL. REPORTE DE UN CASO

Torres Castillo, E.\*; Rosas Marroquín, N.\*\*; Torres Vega, J.\*\*\*

### RESUMEN

El adenocarcinoma primario de apéndice cecal es muy raro y frecuentemente es diagnosticado durante o después del acto quirúrgico. Su frecuencia varía entre 0.002 a 0.17 % de los pacientes apendicectomizados, especialmente en mayores de 50 años. Este raro tumor usualmente se presenta clínicamente como apendicitis aguda.

Reportamos un caso de adenocarcinoma primario de apéndice cecal, de paciente varón de 81 años de edad, quien presentó un cuadro de hernia inguinal complicada con apendicitis aguda y el diagnóstico se realizó después del acto quirúrgico. Así mismo, se hace una revisión de la literatura y discutimos algunos aspectos clínicos, quirúrgicos y patológicos de este raro tumor.

**PALABRAS CLAVES:** Neoplasias apendiculares. Etiología de apendicitis

### ABSTRACT

*Primary adenocarcinoma of the vermiform appendix. Report of a case.*

*E.Torres C.,\*; N. Rosas M. \*\*; J.Torres V.\*\*\**

*Primary adenocarcinoma of the vermiform appendix is very rare, and frequently diagnosed during or after surgery. It has an occurrence between 0.002 and 0.17% of all appendectomized patients, specially in patients older than fifty years.*

*This rare tumor usually presents clinically as acute appendicitis.*

*We report one case of primary adenocarcinoma of the vermiform appendix, the patient, an 81 year old male, presented inguinal hernia complicated with acute appendicitis. The diagnosis was made after surgery. We review the literature and discuss some clinical, surgery and pathologic aspects of this rare tumor.*

**KEY WORDS:** Appendiceal neoplasms. Appendicitis etiology.

### INTRODUCCION

Los tumores de apéndice cecal representan aproximadamente el 0.2 a 0.7 % de todos los tumores del tubo digestivo (1, 11, 14).

El adenocarcinoma de apéndice cecal es un tumor raro, la incidencia varía; según las series reportadas desde un 0.002 hasta 0.17% de pacientes apendicectomizados<sup>(4,6,13,18,21)</sup>.

Es más frecuente en hombres que en mujeres (15), y sobretodo en mayores de 50 años (4,5,6,8,10,12). El carcinoma de apéndice cecal fue descrito por primera vez, por Berger en 1882. Entre los tumores malignos de apéndice se encuentra el mucocele maligno, el tumor carcinoide y el adenocarcinoma de tipo quístico y de tipo colónico<sup>(16, 17)</sup>.

\* JEFE DE SERVICIO DE PATOLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL FAP

\*\* PROFESOR DE PATOLOGÍA DE LA UNMSM Y UNFV

\*\*\* MÉDICO RESIDENTE ANT. PATOLÓGICA DEL HCFAP

EX MÉDICO CIRUJANO DEL HCFAP



Se informa el caso de un adenocarcinoma de apéndice en un varón de 81 años de edad, cuyo hallazgo fue completamente casual y estudiado en una clínica privada.

## HISTORIA CLINICA:

Paciente varón de 81 años de edad, con antecedente de hernia inguinal derecha, con innumerables episodios de reducción de dicha hernia y adenoma prostático de 12 años de evolución, quien se hospitaliza por emergencia presentando dolor abdominal difuso de 3 días de evolución, irradiado al escroto y zona inguinal derecha, que calmaba con analgésicos y antiespasmódicos. Concomitantemente vómitos alimentarios frecuentes, astenia y adelgazamiento. La exploración física a su ingreso evidenció deshidratación marcada, dolor abdominal difuso a la palpación profunda, ruidos hidroaéreos disminuidos de intensidad y de frecuencia; además tumoración irreductible en zona inguinal derecha, edema y cambio de coloración en bolsa escrotal del mismo lado, con dolorabilidad exquisita en dicha zona.

Los exámenes de laboratorio, mostraban hemograma con leucopenia y desviación izquierda, además de granulaciones tóxicas en los neutrófilos, el examen de orina fue patológico con leucocitos degenerados y aglutinados; retención nitrogenada con valores de 3.16 mg. % de creatinina.

Después de realizar todos los exámenes anteriormente mencionados y examinar al paciente se decide practicar una laparatomía exploratoria.

Los hallazgos fueron: saco herniario derecho con colon, apéndice e íleon terminal, apendicitis aguda perforada en su base, pus en escroto con necrosis testicular derecha y peritonitis generalizada con adherencias múltiples de asas intestinales. Se realiza una hemicolectomía derecha con íleo-transversostomía, orquiectomía derecha, ligadura alta del cordón, reparo de la hernia inguinal indirecta y liberación de adherencias.

El informe anatómo-patológico reportó: apendicitis gangrenosa aguda, adenocarcinoma bien diferenciado de tipo colónico de apéndice cecal con compromiso de mucosa y submucosa. Metástasis ganglionar negativa, peritonitis aguda, ileítis y colitis aguda, bordes quirúrgicos libres, epididimitis aguda. El paciente evolucionó con sepsis, retención nitrogenada y trastornos hidroelectrolíticos, me-

yorando paulatinamente; 7 días después del acto operatorio, es dado de alta en buenas condiciones.

## DISCUSION:

El adenocarcinoma de apéndice cecal, es una entidad poco frecuente (4,6,13,18,21), en la mayoría de los casos se presenta como una apendicitis aguda (2,4,5,9,22) y el diagnóstico correcto es realizado durante o después de la cirugía<sup>(9)</sup>. En algunos casos excepcionales hay melena, así mismo puede haber obstrucción<sup>(4,9)</sup>.

La frecuencia varía según la serie estudiada, así como la edad y sexo afectado. Hananel (11) encontró a predominio del sexo femenino con una relación de 5:1; sin embargo en la serie reportada por Nielsen (6) la proporción fue de 5:2 predominando el sexo masculino.

Así mismo la serie reportada por Lenriot (15) da una relación 3:2 en favor del sexo masculino.

El padecimiento que nos ocupa, se encuentra con mayor frecuencia en personas mayores de 50 años, con un promedio de 55.1 años para Nielsen<sup>(6)</sup>, y de 51.8 años para Gattuso<sup>(5)</sup>.

La sintomatología es muy variable, puede simular una apendicitis aguda o puede aparecer como una masa en el cuadrante inferior derecho del abdomen<sup>(6)</sup>; muchos autores reportan que el diagnóstico fue hecho post-operatoriamente<sup>(6,7,12)</sup>.

El adenocarcinoma primario de apéndice es una rareza una vez que uno excluye el cistadenocarcinoma mucinoso y los tumores carcinoides asociados con la producción de glándulas y mucus.

Puede estar localizado en cualquier parte del apéndice, y ser un hallazgo incidental en el examen macroscópico como microscópico. A menudo se encuentra inflamación además del carcinoma (2,4,5,9,22). La apariencia microscópica es esencialmente la misma que la del adenocarcinoma colónico (16,17).

Un tipo excepcionalmente raro de tumor apendicular primario, es el carcinoma en anillo de sello. Este necesita ser diferenciado de una metástasis de una lesión gástrica primaria (una tarea casi imposible en ausencia de necropsia) y del carcinoide de células caliciformes. En contraste con este último, los cánceres en anillo de sello, tienen un compromiso mucoso más extenso, muestran más atipias nucleares y tienen un cuadro invasor más complejo e irregular.



Otro tipo de tumor es el cistadenocarcinoma mucinoso, aquí hay invasión de pared apendicular, por glándulas atípicas o presencia de depósitos mucinosos peritoneales, y estos depósitos contienen células epiteliales claramente identificables (atípicos o no) mezclados con el material mucinoso. Esta última condición, cuando es generalizada se conoce como pseudomixoma peritoneal. Por último los tumores carcinoides se encuentran en 1 : 300 apendicectomías de rutina y representan el tumor más común del apéndice. En los 144 casos publicados por Moertel y Col<sup>(23)</sup>, 71 % estaban localizados en la punta del apéndice, 22% en el cuerpo y 7 % en la base, 70 % de estas lesiones eran menores de 1 cm. de diámetro, y solo 2 medían 2 cms. o más. Amadio y Col<sup>(7)</sup>, concluyen que la baja tasa de diagnóstico antes de la cirugía y las pocas veces que se encuentra el adenocarcinoma en estadios tempranos hace que el pronóstico de supervivencia sea pobre.

Se propugna que la terapia es la cirugía, hemicolectomía derecha (2,3,7,8,9,11,) especialmente en el adenocarcinoma tipo colónico (9), aunque algunos autores como Gamble (19) y Gilhorne y cols. (20) dudan del beneficio de este procedimiento.

Se sugiere apendicectomía sola para los adenocarcinomas mucinosos tipo Dukes A<sup>(9)</sup>; en la serie reportada por Hananel<sup>(11)</sup> todos los adenocarcinomas fueron clasificados histológicamente como estadio Dukes B, necesitando hemicolectomía derecha, ellos recomiendan este procedimiento para todos los pacientes con carcinoma apendicular confirmado. Sin embargo en un estudio hecho en Escocia, refieren que la hemicolectomía no confirió ninguna clara ventaja en supervivencia<sup>(2)</sup>.

La hemicolectomía derecha confiere un rango de supervivencia de 5 años en 50 % de pacientes en comparación a la supervivencia mayor de 5 años en solo el 20 % de pacientes sometidos a apendicectomía únicamente<sup>(7)</sup>.

Se debe resaltar la importancia de hacer estudios histológicos a todos los apéndices después de cualquier tipo de apendicectomía.

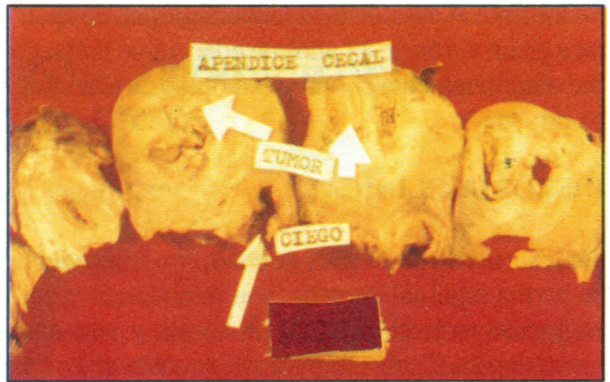


FOTO 1: ADENOCARCINOMA PRIMARIO DE APENDICE CECAL.

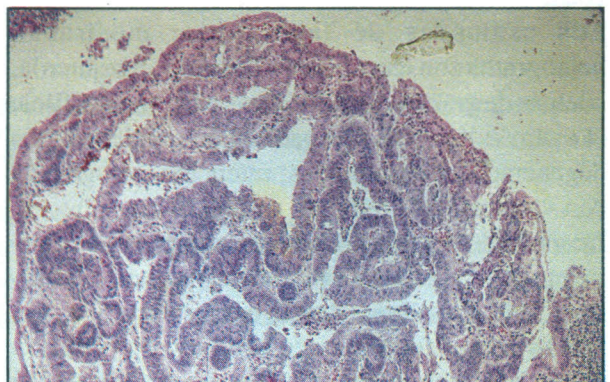


FOTO 2: ADENOCARCINOMA TIPO COLONICO, ZONA DE TRANSFORMACION MALIGNA DE LA MUCOSA NORMAL. 10X. H.E.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1.- Lampertico, P. *Clinico-pathologic considerations on 9,952 appendices removed at the Busto Arsizio Hospital from 1966 to 1989*. Pathologica. 1990 Nov-Dec; 82(1082): 719-32.
- 2.- Evans-DA; Hamid-BN; Hoare-EM. *Primary Adenocarcinoma of the Appendix*. J-R-Coll-Surg-Edinb. 1990 Feb; 35 (1): 33-5.
- 3.- Harris-GJ; Urdaneta-LF; Mitros-FA. *Adenocarcinoma of the Vermiform appendix*. J-Surg-Oncol. 1990 Aug; 44(4): 218-24.
- 4.- Quintos-G; Athie-A; Jimenez-MA; Santamaría-E. *Cystadenocarcinoma of the Appendix*. Report of a case. Rev- Invest-Clin. 1990 Apr-Jun; 42 (2): 138-41.
- 5.- Gattuso-P; Reddy-V; Kathuria-S; Abraham-KP. *Primary Adenocarcinoma of the Appendix: a review*. Mil-Med. 1990 Aug; 155 (8): 343-5.
- 6.- Nielsen-GP; Isaksson-HJ; Finnbogason-H; Gunnlaugsson-GH. *Adenocarcinoma of the Vermiform Appendix. A Population Study*. APMIS. 1991 Jul; 99 (7): 653-6.
- 7.- Amadio-M; Lucarelli-L; Bellone-M. *Cancer of the Appendix. A report of 2 cases*. Minerva-Chir. 1991 Oct 15; 46 (19): 1067-70.
- 8.- Vecchio-R; Ferrara-M; Pucci-L, D'Arrigo-M; Consoli-A. *Primary Adenocarcinoma of the Appendix*. Minerva-Chir. 1992 Feb; 47 (3-4): 157-60.
- 9.- Kopecky-J; Jelen-S; Kysela-T; Horacek-J. *Primary Adenocarcinoma of the Appendix*. Rozhl-Chir. 1992 Apr; 71 (3-4): 159-63.
- 10.- Kraus-T; Vogel-CU; Stolte-M. *Adenocarcinoma of the vermiform appendix*. Leber-Magen-Darm. 1993 Jan; 23 (1): 36-9.
- 11.- Hananel-N; Powsner-E; Wolloch-Y. *Primary Appendiceal Neoplasms*. Isr-J-Med-Sci. 1993 Nov; 29 (11): 733-4.
- 12.- Scaravilli-F; Giordano-T; Quartarone-AP; Papalia-A; Bronzetti-B. *Adenocarcinoma of the Cecal Appendix*. Minerva-Chir. 1993 Dec; 48 (23-24): 1467-70.
- 13.- Anderson A, Bergdahl L. *Primary Carcinoma of the Appendix*. Ann Surg 1976; 183: 53-7
- 14.- Steinberg M, Cohn I. *Primary Adenocarcinoma of the Appendix*. Surgery 1967; 61: 644-60.
- 15.- Lenriot JP, Longjumeau F, Huguier M. *Adenocarcinoma of the Appendix*. Am J Surg 1988; 155: 470-5.
- 16.- Gibbs NM. *Mucinous Cistadenoma and Cistadenocarcinoma of the Vermiform appendix with particular refrence to Mucocele and Pseudomyxoma Peritonei*. J Clin Pathol 1973; 26: 413-21.
- 17.- Higa E, Rosai J, Pizzinbono CA, Wise L. *Mucosal Hyperplasia Mucinous Cistadenocarcinoma of the Appendix. A reevaluation of appendiceal mucocele*. Cancer 1974; 32:1525-41.
- 18.- Hilsabeck JR. *Carcinoma of the Appendix*. Proc Mayo Clinic 1953; 28: 11-6.
- 19.- Gamble RA. *Adenocarcinoma of the appendix: An Unusual Review*. Dis Colon Rect 1976; 19: 621-5.
- 20.- Gilhorne RW, Johnston DH, Clark J, Kyle J. *Primary Adenocarcinoma of the Appendix: report of a serie of ten cases and review of the literature*. Br J Surg 1984; 71: 553-5.
- 21.- Albuja B. Pedro. *Registro de Neoplasias Malignas de Trujillo 1971-1980*.
- 22.- Tejada D, Sánchez J, Rebaza R. *Adenocarcinoma del Apéndice Cecal; A Propósito de un caso*. Diagnóstico 1984; Vol 13 Num 5.
- 23.- Ackerman - Rosai. *Surgical Pathology. Sixth Edition*. The C.V. Mosby Company. 1981; Volume One. Page 496-7.