
Adenocarcinoma pobremente diferenciado de apéndice cecal: presentación de un caso clínico y revisión de la literatura

Poorly Differentiated cecal appendix adenocarcinoma: Presentation of Clinical case and the review of literature

Elizabeth Gamarra Cabezas *

Dennis Layana Moreno **

César García Cornejo ***

Resumen

Presentamos un caso infrecuente de adenocarcinoma de apéndice cecal, la evolución de esta enfermedad, sus complicaciones y las expectativas que genera. Enfatizamos sobre el seguimiento en estos casos así como la importancia de contar con un equipo multidisciplinario formado por cirujanos, clínico y radioterapeutas oncológicos.

Palabras clave: Adenocarcinoma de apéndice cecal. Cirugía citorreductora. Irradiación abdominopélvica.

Summary

We present an uncommon case of cecal appendix adenocarcinoma, the evolution of the disease, along with its complications and the expenses that will follow this mortal disease. We will also emphasize which is the conduct to follow in these type of cases as well as the importance of counting with a multidisciplinary specialized oncological team formed by surgeons, clinicians and oncological radiotherapists.

Key words: Cecal appendix adenocarcinoma. Debulking of tumor. Abdominopelvis irradiation.

Introducción

Las enfermedades del apéndice cecal ocupan un lugar destacado en la práctica quirúrgica. La apendicitis es la enfermedad abdominal más frecuente que trata el cirujano, al mismo tiempo es uno de los problemas diagnósticos más difíciles que puede encontrar⁴. En el diagnóstico diferencial se deben considerar casi todos los procesos agudos que pueden ocurrir dentro de la cavidad abdominal. Los tumores del apéndice cecal son raros; el adenocarcinoma primario representa del 0,3 al 0,5% de todas las neoplasias gastrointestinales; entre éstas, el más frecuente es el tumor de células endócrinas (carcinoides), cuya localización más frecuente está a nivel de este tramo intestinal^{1,4,9,11}.

En el apéndice cecal se producen también una serie de lesiones que sólo tienen de común el origen en un epitelio capaz de producir moco; los criterios diagnósticos especialmente anatomopatológicos no están perfectamente delimitados^{10,12,13,17}.

El tratamiento de esta entidad es muy controvertido; algunos se muestran absolutistas ante la hemicolectomía, y otros conformes con la simple apendicectomía⁷.

El pronóstico de estos tumores está dado por el grado de extensión en la pared apendicular, ganglios positivos y metástasis hepáticas³. Si a esto se une el escaso número de diagnósticos preoperatorios y la discusión sobre la mejor forma terapéutica, es fácil comprender la importancia que suscita el tema, lo cual motivó la presentación de este caso.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino, de 45 años de edad, cuyo cuadro se inició en octubre 6/1998 con dolor en flanco y fosa iliaca izquierda, acompañado de náuseas. Ecografía de abdomen y pelvis reveló aparente plastrón apendicular.

* Medicina Interna, Radio-Oncología

** Radio-Oncólogo, Dpto. Radioterapia Instituto Oncológico Nacional - ION SOLCA, Guayaquil - Ecuador

*** R3 Posgrado de Cirugía Oncológica, Instituto Oncológico Nacional - ION SOLCA, Guayaquil - Ecuador

Se le realizó laparotomía exploradora, encontrándose tumoración de aspecto neoplásico a nivel de apéndice, por lo que se realizó resección tumoral y hemicolectomía derecha.

El diagnóstico de anatomía patológica reportó adenocarcinoma mucinoso infiltrante de apéndice cecal.

En octubre de 2001 presenta recidiva pélvica, realizándose histerectomía radical con debulking del tumor, recibiendo 6 ciclos de quimioterapia con 5Fu y leucovorina. En enero de 2003 se realiza nuevo debulking del tumor; se encontró además siembras metastásicas en hígado y se realizó infusión peritoneal intra-operatoria. El 14 de agosto de 2003, es admitida nuevamente al hospital, por presentar cuadro de obstrucción intestinal secundario a presencia de masa pélvica (figura 1).

Figura 1



Fig.1: Rx. Simple de abdomen, revela cuadro dilatación de asas intestinales y niveles hidroaéreos. Fuente: Departamento de Radiología ION SOLCA "Dr. Juan Tanca Marengo", Guayaquil – Ecuador.

La tomografía computada de abdomen y pelvis reveló presencia de gran masa a nivel rectal e hidronefrosis derecha (figuras 2 y 3).

Figura 2



Fig.2: TAC de abdomen y pelvis, revela presencia de gran masa a nivel rectal. Fuente: Departamento de Radiología ION SOLCA "Dr. Juan Tanca Marengo", Guayaquil – Ecuador.

Figura 3



Fig.3: TAC de abdomen, presencia de gran hidronefrosis derecha. Fuente: Departamento de Radiología ION SOLCA "Dr. Juan Tanca Marengo", Guayaquil – Ecuador.

La resonancia magnética contrastada reveló masa invasiva desde los 7cm hasta los 20cm de margen anal.

Se realiza colostomía, y se decide iniciar tratamiento con intenciones paliativas con xeloda 900mg/m² P.O. bid, y radioterapia pélvica fraccionamiento de 300cGy/d hasta 30Gy (figura 4), y luego radioterapia abdomino-pélvica hasta

completar 22Gy en abdomen y 54Gy sobre tumor (figura 5).

Figura 4

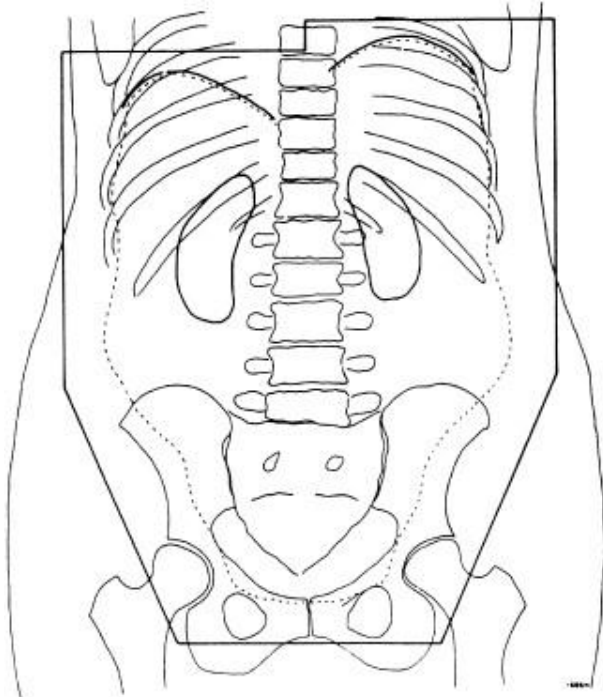


Fig.4: Volumen de tratamiento con radioterapia abdomino-pélvica. Campos antero-posteriores y postero-anteriores. Fuente: Radiation Oncology, Management Decisions Chao, Pérez, Brady, 3ª ed, 1999.

Figura 5

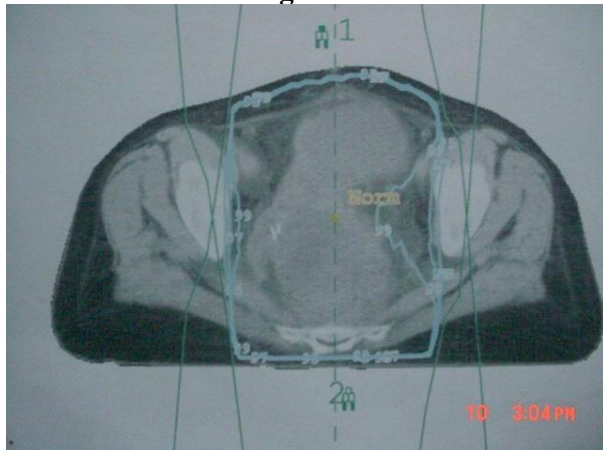


Fig.5: Curvas de isodosis a nivel del campo de tratamiento con radioterapia pélvica englobando completamente el volumen blanco.

Fuente: Departamento de Radio-Oncología ION SOLCA "Dr. Juan Tanca Marengo", Guayaquil – Ecuador.

Luego de la tercera sesión de radioterapia, el dolor y el tenesmo rectal habían disminuido; Karnofsky 90%. Durante el tratamiento presentó neutropenia y toxicidad gastrointestinal grado II/IV, por lo que el tratamiento fue suspendido durante una semana,

recuperándose de su cuadro. Una semana antes de terminar el tratamiento, la paciente presentó trombosis venosa profunda a nivel de vasos ilíacos con edema y dolor de miembro inferior izquierdo, siendo manejada con anticoagulantes y falleció 2 semanas después con fallo multiorgánico.

Discusión

Aunque se le acredita a Beger en 1882 la descripción del primer caso de adenocarcinoma del apéndice³, no es sino hasta 1943 cuando Vihlein²⁰ clasifica por primera vez los carcinomas primarios del apéndice en: a) tumores carcinoides representan el 82,2%, b) cistoadenocarcinoma mucinoso el 8,3% y c) adenocarcinoma el 3.5%.

Más tarde, en 1956 Sieracky¹⁸ clasifica entonces el adenocarcinoma primario del apéndice como:

1. Invasivo, aquel que se extendía más allá de la mucosa;
2. No invasivo, a aquella lesión limitada a la mucosa.

Estas lesiones pueden aparecer a cualquier edad; no obstante, se indica que su frecuencia aumenta en grupos etarios avanzados, aunque algunos autores plantean una mayor frecuencia durante la cuarta o quinta década de la vida, como es el caso presentado^{1,9,11,18}.

El diagnóstico preoperatorio raramente se hace, lo cual propicia un elevado porcentaje de mortalidad para una lesión considerada por algunos, como de bajo grado de malignidad¹⁹. En nuestro caso, el diagnóstico se hizo, como ocurre en la mayoría de las ocasiones, durante el acto operatorio⁸, con el diagnóstico previo de un plastrón apendicular. El examen histórico de la pieza anatómica, es lo que reporta el diagnóstico definitivo; sin embargo, resulta preocupante que en ocasiones ha pasado inadvertido según lo encontrado por Corpron y Rodríguez^{6,14}.

El tratamiento es muy discutido; algunos se muestran absolutistas ante la hemicolectomía^{5,16,19}. En este caso, luego de estudiar el tema y revisar las series publicadas con escasos números, consideramos como válidos y eficaces los argumentos de Sieraki¹⁸, el cual plantea que la simple apendicectomía podría ser suficiente para el carcinoma no invasivo y para la forma invasiva, siempre la hemicolectomía derecha. Cuando el

diagnóstico intraoperatorio no se realiza en la primera intervención, se aconseja la hemicolectomía derecha a las 2 semanas de la primera intervención¹⁴. Coinciden con lo enunciado por Sieraki, Shackelford¹⁷, Rosai¹⁵.

El pronóstico de estos tumores está dado por:^{15,19}

- a) El grado de extensión en la pared apendicular
- b) Existencia o no de ganglios metastásicos
- c) Metástasis a distancia, fundamentalmente hepática

El adenocarcinoma apendicular puede diseminarse por extensión directa o por metástasis linfáticas o sanguíneas, aunque las 2 últimas parecen ser menos frecuentes que en el carcinoma de colon^{2,17}.

Para Anderson y colaboradores¹, la supervivencia de 5 años era del 60%, para aquellos a los que se les realizó hemicolectomía derecha; y 40% para los que se les realizó apendicectomía sola. En el caso presentado han pasado 5 años desde el diagnóstico, documentándose 3 recidivas pélvicas y la presencia de metástasis hepáticas.

Sugarbarker¹⁹ plantea los beneficios de la cirugía citorrreductora y la quimioterapia intraperitoneal en una importante serie de 130 pacientes. Procedimientos que han sido realizados, pero con pobre respuesta en el caso de la paciente; por lo que se decidió utilizar una nueva línea de quimioterapia, concomitante con radioterapia paliativa.

Referencias bibliográficas

1. Anderson A, Bergdahl L, Boguist L: Primary carcinoma of the appendix. *Ann Surg* 183 (1): 53-7, 1976
2. Argani P, Van Hoeven KH, Artymyshyn RL: Diagnosis of metastatic appendiceal adenocarcinoid in liver by fine-needle aspiration cytology. *Diagn Cytopathol* 12 (1): 59-61, 1995
3. Beger A: Ein Fall Von Krebs des Wurmfortsatzes. *Klin Wochenschr* 9: 616-19, 1982
4. Borrajero Martínez I, Fernández-Britto Rodríguez JE, Rivero Arocha JE, Cabrera Arregoitia J: Elementos de Anatomía Patológica General, La Habana: CNICM 415-6, 1982
5. Chuang MT, Liaw WS: Psoas abscess due to mucinous cystoadenocarcinoma of the appendix: a case report. *Chuan Hua I Hsueh Tsa Chih (Taipei)* 55 (5): 412-6, 1995
6. Corpron CA, Black CT: A half century of experience with carcinoid tumors in children. *Ann J Surg* 170 (6): 606-8, 1995
7. Cortina R, Mc Cormick J, Kolm P, Perry RR: Division of surgical oncology, Eastern Virginia Medical School, Norfolk 23507-1912, USA: Management and prognosis of adenocarcinoma of the appendix. *Dis Colon Rectum* 38 (8): 848-52, 1995
8. Cubillos L, Labarca ME: Adenocarcinoma primitivo del apéndice. *Rev Chil Cir* 39 (1): 43-9, 1987
9. Deans GT, Spence RA: Department of surgery, Belfast city Hospital, UK. Neoplastic lesions of the appendix. *Br J Surg* 82 (3): 299-306, 1995
10. Hernández Hernández P, Symarski Gómez J, Gómez Díaz J, Hernández M, Ramos Martínez E: Carcinoides del apéndice cecal. *Rev Gastroenterol* 47 (4): 217-22, 1982
11. Jordán PT: Primary adenocarcinoma of the vermiform appendix. Can preoperative or intraoperative diagnosis be made?. *Ann Surg* 49 (5): 278-81, 1983
12. Medere H, Conrad A, Brink V, Rath W, Kuhn W: Universitäts Frauenklinik, Universität Göttingen. Pathologische Appendixbefunde bei gynäkologischen Operationen. *Zentralbl Gynakol* 116(8):456-60, 1994
13. Nitecki SS: The natural history of surgically treated primary adenocarcinoma of the appendix. *Ann Surg* 219 (1): 51-7, 1994
14. Rodríguez Saíz F, Aparicio Dagne R: Adenocarcinoma primario del apéndice. *Cir Esp* 36 (6): 392-5, 1982
15. Rosai J: Patología quirúrgica. 1ª ed, Ed Científico Técnica, La Habana – Cuba T1: 511, 1986
16. Schmutler KJ, Bayer M: Tumors of the appendix. *Dis Colon Rectum* 18 (4): 324-31, 1975
17. Shackelford TR: Diagnóstico quirúrgico. 2ª ed, Salvat, Barcelona – España t2: 1196, 1971
18. Sieracki JC, Tesluck H: Primary adenocarcinoma of the vermiform appendix. *Cáncer* 5: 997-1011, 1956
19. Sugarbarker PH, Jablonski KA: Prognostic features of carcinomatosis treated by cytoreductive surgery and intraperitoneal chemotherapy (see comments). *Ann Surg* 221 (2): 124-32, 1995
20. Vihlein A, Mc Donald JR: Primary Carcinoma of the appendix resembling carcinoma of the colon. *Surg Gynecol Obst* 76: 711-14, 1943

Dr. Dennis Layana Moreno
Departamento de Radio-Oncología ION SOLCA "Dr. Juan Tanca Marengo"
P.O. Box (09-01) 15028 Guayaquil, Ecuador
Teléfono: 593-04-2288088
Fecha de presentación: 8 de Septiembre de 2004
Fecha de publicación: 31 de octubre de 2005
Traducido por: Janet J. Moreno E.