

HOSPITAL CLÍNICO-QUIRÚRGICO DOCENTE  
"COMANDANTE MANUEL FAJARDO RIVERO"  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

CISTADENOCARCINOMA DE APÉNDICE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Por:

Dr. Abraham Dimas Reyes Pérez<sup>1</sup>, Dr. Javier Cruz Rodríguez<sup>2</sup> y Dra. Mildrey Jiménez López<sup>2</sup>

1. Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital Clínico-Quirúrgico Docente "Comandante Manuel Fajardo Rivero". Santa Clara, Villa Clara. Profesor Consultante. ISCM-VC.
2. Médico General. Policlínico "Capitán Roberto Fleites". Santa Clara, Villa Clara.

*Descriptor DeCS:*

CISTADENOCARCINOMA MUCINOSO  
NEOPLASMAS DEL APÉNDICE

*Subject headings:*

CYSTADENOCARCINOMA, MUCINOUS  
APPENDICEAL NEOPLASMS

Las neoplasias malignas apendiculares se encuentran en el 0,5 % de todas las apendicectomías<sup>1</sup>, son asintomáticas y su diagnóstico preoperatorio es raro y difícil<sup>2,3</sup>. Por lo general, los tumores se descubren en el momento de la laparotomía, ya sea como un hallazgo incidental o asociado con inflamación aguda de apéndice. La confirmación histológica de las neoplasias apendiculares incluye: carcinoides (0,27 %), adenocarcinoma (0,14 %), mucocele maligno (0,005 %) y linfoma (0,005 %)<sup>1</sup>.

Los tumores mucinosos del apéndice suelen desarrollarse en los adultos<sup>4</sup>. Los mucoceles, según algunos autores, se encuentran en el 0,29 % de las apendicectomías<sup>5</sup>. Existen cuatro tipos histológicos de mucocele: quistes de retención, hiperplasia mucosa, cistadenomas y cistadenocarcinomas; el tipo de tumor es el que dicta la evolución y pronóstico del paciente<sup>1</sup>.

La neoplasia mucinosa más común del apéndice es el cistadenoma, cuya frecuencia es cinco veces superior a la del cistadenocarcinoma<sup>4</sup>. Los cistadenomas y cistadenocarcinomas pueden presentarse con dolor atribuible a la distensión del apéndice, por la acumulación intraluminal de una sustancia mucoide<sup>1,2,4,5</sup>.

Al realizar el análisis microscópico del cistadenocarcinoma, se observa una dilatación quística del apéndice, que aparece lleno de mucina y de aspecto similar al cistadenoma benigno; sin embargo, son frecuentes la penetración de la pared apendicular por células infiltrantes y la propagación más allá del apéndice en forma de implantes peritoneales localizados o diseminados<sup>4</sup>.

En un pequeño porcentaje de pacientes, el mucocele se produce junto con ascitis gelatinosa, lo que se conoce como pseudomixoma peritoneal<sup>1</sup>. Este proceso forma nódulos gelatinosos, y a veces puede causar la muerte del paciente por una infección u obstrucción intestinal mediante la invasión de estructuras vecinas, como la vejiga, la pared abdominal y los intestinos<sup>7</sup>. Cuando existe pseudomixoma peritoneal, la sobrevivencia disminuye mucho<sup>1</sup>, aunque puede mantenerse controlado durante años con repetidos procesos de reducción en masa, y en la mayoría de los casos, esta variante conduce a un desenlace mortal<sup>4</sup>. Incluso con el tratamiento quirúrgico agresivo, hay una recurrencia local del 57 % del pseudomixoma peritoneal, a partir del sitio primario apendicular<sup>1</sup>.

## Presentación del paciente

Paciente femenina, de 73 años, raza blanca, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, que tiene tratamiento con glibenclamida (3 tabletas por día); es hipertensa, por lo que toma clortalidona (una tableta diaria).

En esta ocasión, fue traída al cuerpo de guardia de Cirugía por presentar, desde hacía dos días, aumento de volumen en la región supraumbilical, irreductible y doloroso, acompañado de vómitos, y refería sensación de peso en bajo vientre.

Se le realizó examen físico, donde se comprobó:

- Piel y mucosa: pálidas y con normal hidratación.
- Temperatura: 37° C.
- Tejido celular subcutáneo: infiltrado en ambos miembros inferiores (edema de fácil godet).
- Abdomen: globuloso, distendido; hay un tumor supraumbilical doloroso a la manipulación e irreductible, así como cambios de coloración en la piel peritumoral, sonoridad mate; no hay signos de irritación peritoneal; los ruidos hidroaéreos se encuentran presentes.
- Tacto rectal: fondo de sacos laterales abombados.
- Tacto vaginal: vagina estrecha, algo dolorosa, no se logra precisar el cuello; los fondos de saco impresionan estar ocupados.
- Complementarios:

Hb: 94 g/L; glicemia: 6,8 mmol/L; ECG: sin alteraciones; el resto del examen fue normal.

El 6 de marzo de 2001 se decide realizar tratamiento quirúrgico de urgencia; se anuncia como hernia supraumbilical complicada (estrangulada), y se propone practicar laparotomía exploradora y herniorrafia.

En el acto operatorio se realiza incisión media supraumbilical, se libera el saco y se reseca el epiplón necrosado. Se encuentra en la cavidad abundante líquido cetrino, de consistencia gelatinosa. Se extraen tres litros y no se logra extraer completo; se localiza el tumor de 10 cm en la proyección del mesoapéndice que se adosa al tercio distal delapéndice cecal. Se realiza exéresis del tumor, apendicectomía y herniorrafia, y se reseca el saco. Hay siembra tumoral en todos los segmentos intestinales y en el hígado. No se logran palpar los genitales internos. Se sutura con puntos subtotales de polisab-2/0.

Diagnóstico definitivo:

Hernia supraumbilical estrangulada, carcinosis peritoneal, posiblemente por tumor carcinoide.

El 9 de marzo de 2001 se realiza ultrasonido abdominal, donde se informa la existencia de líquido libre en la cavidad. Vesícula acodada y septada. Los segmentos visualizados del hígado impresionan ser normales; no se logró visualizar el páncreas. El bazo y los riñones son normales. No se precisan asas dilatadas en estos momentos.

El 4 de marzo de 2001 se realiza biopsia 292-01; donde se describe:

Pieza: tumor de mesoapéndice:

Análisis macroscópico: Fragmento de tejido que mide 4 x 1 cm, blanco amarillento, consistencia dura; al corte, similares características.

Diagnóstico histológico: Fragmento de tejido que muestra infiltración de células tumorales de origen: cistadenocarcinoma mucinoso delapéndice.

En la biopsia 293-01 se describe:

Pieza: epiplón.

Estudio macroscópico: Fragmento de epiplón blanquecino, abundante material mucoso.

Diagnóstico histológico: Fragmento de tejido necrosado, con proceso inflamatorio inespecífico.

Ingresa el 7 de septiembre de 2005 por dolor abdominal, que resultó ser una litiasis vesicular. Al ingreso, se palpa masa tumoral en fosa iliaca derecha no dolorosa, no movable, adherida a plano profundo; ruidos hidroaéreos presentes.

Se realiza ultrasonido abdominal el 8 de septiembre de 2005 donde se informa: vesícula con gruesa imagen de litiasis en su interior que mide 19 mm, con estasis biliar en su interior, colédoco que mide 12 mm, con conglomerado de litiasis de 13 y 9 mm hacia su media distal. No existe dilatación de las vías biliares intrahepáticas. Hígado, páncreas y bazo de tamaños normales. A nivel de la tumoración palpable, se observa imagen ecogénica de contornos mal definidos, que mide aproximadamente 8,7 x 6,7 cm; no se puede definir si emerge del retroperitoneo bajo o de la cavidad abdominal.

Se le realizan los siguientes exámenes complementarios:

Hb: 118 g/L; eritrosedimentación: 10 mm; leucograma:  $9 \times 10^9/L$ ; glicemia: 9,8 mmol/L; proteínas totales: 62,5 g/L; tiempo de protrombina: control: 12 s/paciente: 12 s; TGP: 61 U; creatinina: 109 mmol/L.

Se anuncia como litiasis coledociana y tumoración en la fosa ilíaca derecha, con laparotomía exploradora.

En el acto quirúrgico, se comprueba la dilatación del colédoco y se palpan múltiples cálculos en su interior. Se deja sonda en T y se explora el colédoco; se realiza colecistectomía, y no se observan alteraciones hepáticas; la masa tumoral descrita era epiplón que, al corte, tenía líquido cetrino; en asas y cavidad no se encuentran las alteraciones de la primera operación.

Biopsia 1272-05: Se recibe pieza de vesícula biliar y fragmentos de epiplón mayor.

Diagnóstico histológico:

- Colecistitis crónica litiásica
- Fragmento de epiplón que no muestra alteraciones histológicas.

Comentario

Cuando las lesiones tumorales se limitan a la pieza extirpada (apéndice o una extirpación más radical) el pronóstico suele ser excelente<sup>4</sup>, aunque se plantea que la remoción del tumor, tanto como sea posible, puede ser útil para prolongar la vida durante varios años<sup>7</sup>. Consideramos asombrosa la evolución de esta paciente, teniendo en cuenta lo plasmado en el informe operatorio, el diagnóstico histopatológico del tumor y el hecho de que no tuvo seguimiento por la especialidad de Oncología.

### **Referencias bibliográficas**

1. Kozar RA, Roslyn JJ. El apéndice. En: Schwartz SI, editor. Principios de cirugía. 7<sup>ma</sup> ed. México: McGraw-Hill; 2000. p. 1475-86.
2. Rampone B, Roviello F, Marrelli D, Pinto E. Giantappendiceal mucocele: report of a case and brief review. World J Gastroenterol. 2005;11(30):4761-3.
3. Lo NS, Sarr MG. Mucinous Cystadenocarcinoma of the appendix. The controversy persists: a review. Hepatogastroenterology. 2003;50(50):432-7.
4. Crawford JM. Aparato gastrointestinal. En: Cotran RS, Kumar V, Collins T. Patología estructural y funcional. 6<sup>ta</sup> ed. Madrid: McGraw-Hill; 2000. p. 809-80.

5. Pitiakoudis M, Tsaroucha AK, Mimidis K, Polychronidis A, Minopoulos G, Simopoulos C. Mucocele of the appendix: a report of five cases. *Tech Coloproctol.* 2004;8(2):109-12.
6. Hamilton SR, Farber JL, Rubin E. The gastrointestinal tract. In: Farber JL, Rubin E. editors. *Pathology.* 3<sup>ra</sup> ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1999. p. 669-755.
7. Rosal J. Tubo digestivo. En: *Patología quirúrgica de Ackermann.* La Habana: Científico Técnica; 1986. p. 416-583.

Recibido: 10 de diciembre de 2006

Aprobado: 22 de julio de 2008