

ADENOCARCINOMA APENDICULAR DIAGNOSTICADO MEDIANTE COLONOSCOPIA

J.M. Pérez-Pozo, F. Martínez-Alcalá, F. Martínez-Alcalá García

Centro Andaluz de Gastroenterología Integral. Sevilla.

Resumen

Las neoplasias apendiculares son lesiones raras, siendo excepcional su diagnóstico mediante colonoscopia. Presentamos el caso de una paciente asintomática, en la que se detecta en colonoscopia una lesión submucosa en área apendicular, que resultó ser un adenocarcinoma de apéndice. Se comentan las particularidades de esta lesión, así como su seguimiento.

Caso clínico

Mujer de 61 años, asintomática, con antecedentes de pólipos adenomatosos de colon (adenomas tubulares con displasia de bajo grado), extirpados endoscópicamente, sin presentar antecedentes familiares ni médico-quirúrgicos de interés. En colonoscopia, realizada para seguimiento de pólipos adenomatosos, se aprecia en la zona apendicular una lesión de aspecto submucoso, de morfología nodular, de unos 8-9 mms, recubierta de mucosa aparentemente normal (**Figura 1**). Presentaba una consistencia pétreo, siendo imposible atrapar mediante asa de polipectomía. La biopsia tomada durante la colonoscopia no muestra hallazgos

relevantes. Se realiza finalmente resección de apéndice y polo cecal mediante laparoscopia asistida mediante colonoscopia, apreciando en la base del apéndice una lesión dura, con áreas de calcificación y abundante producción de moco (**Figura 2**). El examen anatomopatológico mostró la presencia de un adenocarcinoma apendicular bien diferenciado, limitado a la submucosa (**Figura 3**). No existían adenopatías ni metástasis a distancia.



Figura 1

Lesión de aspecto submucoso en área apendicular apreciada durante colonoscopia.

CORRESPONDENCIA

José Manuel Pérez Pozo
Calle María Auxiliadora nº 7 pta 5
Carmona 41410, Sevilla

jmperezpozo@terra.es

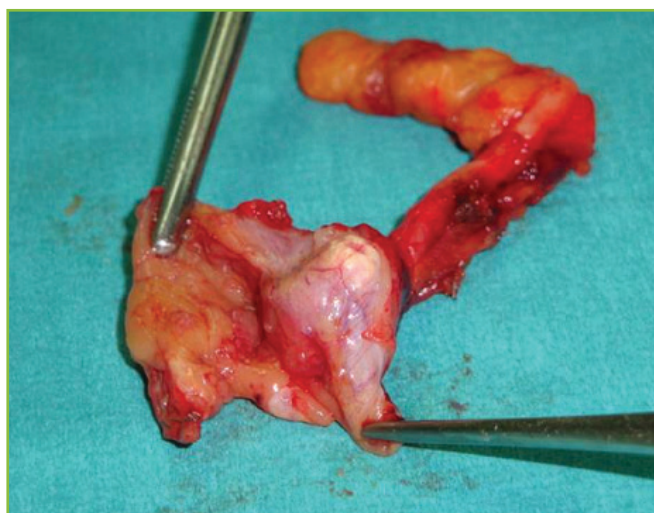


Figura 2

Pieza de apendicectomía. Lesión en base apendicular, con áreas de calcificación y abundante producción de moco.

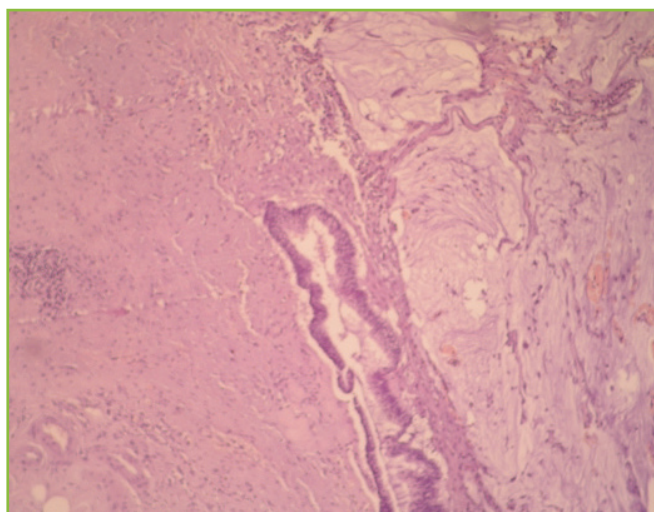


Figura 3

Anatomía patológica de pieza quirúrgica. Adenocarcinoma bien diferenciado. Estructura tubular tapizada por epitelio con núcleos pseudoestratificados y atipia de bajo grado, con abundante moco extracelular.

Discusión

La presencia de una lesión de aspecto submucoso en la zona del orificio apendicular obliga a descartar la presencia de una neoplasia, en especial si presenta erosiones en su superficie, aconsejando algunos autores traccionar la lesión con pinza o asa de polipectomía, para facilitar su visualización¹. En nuestro caso, en una paciente en seguimiento por pólipos adenomatosos de colon, se identificó una lesión de aspecto submucoso en el orificio apendicular, que se resecó en quirófano mediante laparoscopia asistida con colonoscopia. El adenocarcinoma apendicular es muy infrecuente. Se observa en el 0.11-0.80 % de las apendicectomías^{2,5}. Tan sólo en el 11%

de los pacientes con adenocarcinoma apendicular de la serie de Trivedi y colaboradores se observaron signos endoscópicos que permitían sospecharlo⁶. Aunque posiblemente sólo los casos de afectación del extremo cecal del apéndice o los estadios avanzados, probablemente sintomáticos, sean posibles diagnosticarlos mediante colonoscopia, es probable que la observación cuidadosa del orificio apendicular pueda detectar un mayor porcentaje de casos. La apendicectomía simple, con resección del polo cecal, permite, como en nuestro caso, la curación en casos de adenocarcinomas intramucosos, así como en tumores bien diferenciados limitados a la submucosa⁷. Es obligado en estos casos un adecuado seguimiento y tratamiento oncológico posterior, igual que en otras localizaciones. Algunos autores aconsejan realizar hemicolectomía derecha y extirpación ganglionar^{8, 9}. En el 43% de los pacientes con adenocarcinoma apendicular se observan otros adenomas sincrónicos en colon⁶ y en un 18% neoplasias sincrónicas o metacrónicas (17 %)¹⁰. Estos datos refuerzan el criterio de una exploración cuidadosa del área apendicular, especialmente en el seguimiento de pacientes con adenomas de colon.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Sakamoto I, Watanabe S, Sakuma T et al. Intramucosal adenocarcinoma of the appendix. How to find and how to treat. *Endoscopy* 2003; 35 (9): 785-787
- 2 Shami VM, Yerian LM, Waxman I. Adenoma and early stage adenocarcinoma of the appendix: diagnosis by colonoscopy. *Gastrointest Endosc* 2004; 59: 731-733
- 3 Connor SJ, Hanna GB, Frizelle FA. Appendiceal tumors. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 75-80
- 4 Morrison JG, Llaneza PP, Potts JR. Preoperative colonoscopic diagnosis of villous adenoma of the appendix. Report a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 1988; 31: 398-400
- 5 Taylor JV, Thomas MG, Kelly S et al. Villous adenoma of the distal appendix. *Eur J Surg Oncol* 1997; 23: 185-186
- 6 Trivedi AN, Levine EA, Mishra G. Adenocarcinoma of the appendix is rarely detected by colonoscopy. *J Gastrointest Surg* 2009; 13: 668-675
- 7 Hata K, Tanaka N, Nombra et al. Early appendiceal adenocarcinoma. A review of the literatura with special referente to optimal surgical procedures. *J Gastroenterol* 2002; 37: 210-214
- 8 Tonsekar KS, Cacdac R, Ashare E et al. Villous adenoma of the vermiform appendix with cecal intussusception: a case report and review of the literature. *Am Surg* 1994; 60: 982-984
- 9 Weitzner S. Villous adenoma of the appendix: report of a case. *Dis Colon Rectum* 1974; 17: 672-675
- 10 Nitecki SS, Wolf BG, Schlinkert E et al. The natural history or surgically treated primary adenocarcinoma of the appendix. *Ann Surg* 1994; 219: 51-57