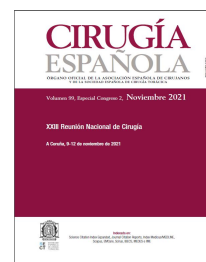




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-317 - ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS CALICIFORMES APENDICULAR. ¿QUÉ DEBEMOS HACER?

Guariglia, Claudio Antonio; Guardia, Natalia; Gómez, Carlos; Farre, Roser; Sanchon, Lorena; Osorio, Alexander; Pardo, Sara; Collera, Pablo

Althaia Xarxa Assistencial de Manresa-Fundació Privada, Manresa.

Resumen

Introducción: Presentamos el caso de una paciente intervenida de urgencia por apendicitis aguda y que la biopsia objetivó adenocarcinoma de células caliciformes. Completado el estudio de extensión y valorado el caso en Comité, se decide hemicolectomía derecha. La conducta a seguir en los casos de neoplasias apendiculares de este tipo histológico sigue siendo controversial y supone un reto para el cirujano.

Caso clínico: Mujer de 30 años, acudió a Urgencias por dolor en fosa ilíaca derecha de 24 horas de evolución. A la exploración presenta dolor en punto de McBurney, con defensa y signo de Blumberg (+) positivo y defensas localizadas. Analítica sanguínea con leucocitosis y PCR elevada. Se solicitó ecografía abdominal que confirmó el diagnóstico de apendicitis aguda. Se realizó apendicectomía laparoscópica hallando apendicitis aguda gangrenosa aplastrada retrocecal. La anatomía patológica de la pieza reportó adenocarcinoma de células caliciformes con márgenes libres, estadio pT2. En Comité se decidió realizar estudio de extensión (colonoscopia y TAC toracoabdominal) los cuales no reportaron alteraciones, y posteriormente intervención quirúrgica programada sin neoadyuvancia. A las tres semanas de la apendicectomía, se realizó hemicolectomía derecha con anastomosis intracorpórea ileocólica. La anatomía patológica confirmó ausencia de tumor residual y ganglios linfáticos regionales libres de infiltración. La paciente presentó correcta evolución posoperatoria y fue dada de alta. Oncología decidió no realizar quimioterapia adyuvante y mantener seguimiento durante 5 años.

Discusión: Los tumores apendiculares son una entidad poco frecuente y se dividen histológicamente en epiteliales y neuroendocrinos, estos últimos los más comunes. Existe una variedad que presenta características tanto de tumor carcinoide como de adenocarcinoma apendicular, que es el adenocarcinoma de células caliciformes. Al ser un tumor con histología mixta su comportamiento es único, teniendo peor pronóstico y mayor potencial metastásico que el carcinoide, pero mejor supervivencia que los adenocarcinomas. Es por esta razón que diversos autores y sociedades proponen clasificar y tratar a este tipo de tumor como si fuese un adenocarcinoma apendicular, con similitudes en manejo y seguimiento. La apendicectomía aislada versus hemicolectomía derecha posapendicectomía ha sido durante muchos años motivo de controversia. Parece existir consenso en que la hemicolectomía derecha posapendicectomía es el tratamiento de elección cuando se cumple una o más de estas premisas: escasa diferenciación

tumoral, alto índice mitótico, afectación tumoral de la base apendicular, metástasis en ganglios linfáticos y tamaño tumoral > 2 cm; por lo tanto, la invasión del mesoapéndice o invasión perineural no son indicativas por sí mismos para la realización de una hemicolectomía. Sin embargo, sociedades como la Sociedad Europea o la Norteamericana del Tumor Neuroendocrino recomiendan la hemicolectomía derecha reglada en todos los casos, sin importar el estadio o subtipo histológico. La duración del seguimiento de estos pacientes no está claramente establecida; la mayoría de los autores recomiendan un seguimiento de 5 años y otros incluso hasta los 10 años como se realiza en otros tumores neuroendocrinos. Al ser una entidad muy poco frecuente, es necesario mayor cantidad de estudios y de mayor nivel de evidencia científica para establecer recomendaciones fuertes en su manejo y seguimiento oncológico.