



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-408 - METÁSTASIS ESPLÉNICA DE ADENOCARCINOMA APENDICULAR NO CONOCIDO

Santoyo Villalba, Julio; Triguero Cabrera, Jennifer; Mogollón González, Mónica; Conde Muiño, Raquel; Torres Alcalá, Tomás; Álvarez Martín, María Jesús; Villar del Moral, Jesús María

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Introducción: Los tumores apendiculares son infrecuentes, suponiendo un 0,4% de los tumores gastrointestinales. La variedad más frecuente es el tipo carcinoide (66%), siendo el restante cistoadenocarcinomas mucinosos (20%), adenocarcinomas (10%) u otros. Suelen debutar de manera incidental ya que rara vez producen clínica.

Caso clínico: Mujer de 57 años con antecedentes de cáncer de mama intervenido y tratado en el 2010 (tumorectomía + quimioterapia y radioterapia). En el seguimiento rutinario se detecta aumento de los niveles de antígeno carcinoembrionario (CEA), por lo que se decide realizar colonoscopia y PET-TC con hallazgo de pólipo a nivel del ostium apendicular con biopsia negativa para malignidad y lesión a nivel esplénico sugerente de metástasis. Tras presentar el caso en comité multidisciplinar se decidió realizar cirugía. Fue sometida a cequectomía y esplenectomía mediante abordaje laparoscópico, siendo dada de alta al primer día postoperatorio. El resultado anatomopatológico reveló los siguientes resultados: adenocarcinoma moderadamente diferenciado (G2) de tipo intestinal localizado en el apéndice, con áreas mucosecretoras sobre adenoma tubulovelloso que infiltra la muscular propia (pT2NX). Ciego libre de infiltración. Bazo: Infiltración por adenocarcinoma mucinoso. Tras los resultados, se solicitó nuevo TC tóraco-abdomino-pélvico y RMN de pelvis. En el TC se demuestra la existencia de masas anexiales bilaterales de hasta 7 cm sugestivas de neoformaciones ováricas bilaterales. La RMN confirmó estos hallazgos. En comité multidisciplinar se propuso cirugía citorrreductora + quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC). Intraoperatoriamente se evidenciaron focos de carcinomatosis localizados en pelvis, fondo de saco de Douglas y adyacente a trompa derecha. Se realizó hemicolectomía derecha, resección anterior alta de recto, omentectomía, histerectomía, doble anexectomía, peritonectomía pélvica y HIPEC según protocolo de Elías infundiendo ácido folínico, 5-FU y oxaliplatino intraperitoneal, siendo dada de alta al 12º día postoperatorio. El nuevo estudio anatomopatológico reveló: hemicolectomía derecha, ovario izquierdo y útero libre de enfermedad; ovario derecho con infiltración por adenocarcinoma mucinoso de 6 × 5,3 × 3 cm que infiltraba la trompa. Implantes peritoneales: infiltración por adenocarcinoma. Tras los resultados, se decidió adyuvancia mediante quimioterapia (QT) con esquema FOLFOX, desarrollando a los 3 meses un cuadro de obstrucción intestinal por bridas que precisó intervención quirúrgica urgente. Paralelamente presentó un cuadro de broncoaspiración grave que condicionó un síndrome de distrés respiratorio refractario, siendo *exitus* finalmente.



Discusión: El adenocarcinoma apendicular es una entidad muy poco frecuente, representando aproximadamente el 20% de los tumores primarios apendiculares. Tienen tendencia a la formación de mucina, causando en ocasiones pseudomixomas peritoneales. Existe controversia en su tratamiento. En el caso del adenocarcinoma mucinoso se ha demostrado un aumento de la supervivencia del 73% al 44% si se realiza la hemicolectomía derecha en lugar de la apendicectomía exclusiva. Las metástasis esplénicas son inusuales, representando menos del 1% de todas las metástasis. Que estas estén ocasionadas por carcinomas colorrectales puede considerarse como algo excepcional, más aún siendo el órgano primario el apéndice. En estos casos el tratamiento de elección se considera que es la esplenectomía total. Cuando se presentan generalmente lo hacen en el contexto de una enfermedad diseminada.