Semergen. 2015;41 (Espec Congr):678

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/2703 - ADENOCARCINOMA DE APÉNDICE CECAL: NEOPLASIA INFRECUENTE

S. del Amo Cachán[a], A. Sauto Gutiérrez[b], G. Mediavilla Tris[c], L. Bastida Eizaguirre[c], J. Iturralde Iriso[d], I. de la Cruz Couto[e], E. Muro Torres[f], E. López de Uralde Pérez de Albéniz[c], J. Polo Periáñez[g] y M. López Miralles[h]

[a]Médico del Servicio de Urgencias. HUA Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz. Álava. [b]Médico de Familia. Urgencias. Hospital Universitario Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz. Álava. [c]Médico de Familia. Comarca Araba. Vitoria-Gasteiz. Álava. [d]Médico de Familia. Centro de Salud Casco Viejo. Vitoria-Gasteiz. Álava. [e]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Comarca Araba. Vitoria-Gasteiz. Álava. [f]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zaramaga. Vitoria. Álava. [g]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gazalbide. Vitoria-Gasteiz. Álava. [h]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zalbalgana. Vitoria. Álava.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 57 años. Fumador 40 cig/día. HTA.HBP en control. No IQ. Tratamiento habitual: enalapril, tamsulosina. Vuelta viaje a Bolivia hace 15 días. Acude a urgencias por estreñimiento de 2 meses de evolución, astenia, perdida de 10 Kg de peso y dolor hemiabdomen inferior con vómitos alimentarios hace 2 dias. Distermia los días previos. No síndrome miccional. No erupciones cutáneas, artralgias, mareo ni cefalea. Refería estudio en Bolivia, sin llegar a diagnostico. En Urgencias, analítica con PCR elevada, enzimas hepáticos normales, con neutrofilia, sin anemia ni alteraciones en la coagulación. Ag palúdico (-). Analítica de orina y gasometría venosa normales. Rx tórax y abdomen; normal. Ante dolor en FID con descompresión (+) y sd. constitucional, se realiza TAC abdominal con hallazgo de masa de 9 × 6 × 5 cm dependiente de apéndice cecal, que engloba uréter y anulación función renal derecha, sugestivo de neoplasia cecal. Se realiza consulta con Cirugía, que sugiere ingreso para estudio. Durante ingreso se realiza gastroscopia (normal), y colonoscopia donde se confirma adenocarcinoma cecal, con afectación ganglionar. Se programa intervención quirúrgica, con éxito y pasa a cargo de oncología médica.

Exploración y pruebas complementarias: Urgencias: Tª 37,5 ºC, TA 137/85, FC 85, Sat 97%. ACP: rítmica; MVC, sin ruidos. Abdomen: blando y depresible, dolor a la palpación en hemiabdomen inferior y fosa iliaca derecha, Blumberg (+).Murphy (-), peristaltismo presente, PPRB (-). BQ: PCR 129, resto ok; Ag palúdico (-). Hemograma: Hb 13, neutrofilia 83,5%. Resto normal. Coagulación normal. RX tórax y abdomen: sin alteraciones. TAC abdominal: masa de 9 × 6 × 5 cm dependiente de apéndice cecal, que engloba uréter y anulación función renal derecha, sugestivo de neoplasia cecal. Planta Digestivo: gastroscopia, sin hallazgos significativos. H. pylori (-). Colonoscopia: masa dependiente de apéndice cecal con infiltración ganglionar. AP: adenocarcinoma cecal. Se realiza IQ (hemicolectomía derecha con linfadenectomía asociada), con control posterior en Oncología medica, para valorar tratamiento adyuvante con radioterapia o quimioterapia.

Juicio clínico: Adenocarcinoma primario de apéndice.

Diagnóstico diferencial: Apendicitis aguda. Colecistitis aguda, Pancreatitis, Perforación gástrica/duodenal. Tumores abdominales. Obstrucción intestinal. Síndrome carcinoide.

Comentario final: Los tumores de apéndice cecal son poco frecuentes y constituyen un grupo heterogéneo de neoplasias con evolución y pronóstico variable. El adenocarcinoma de apéndice es una neoplasia poco frecuente (< 0,5% de los tumores gastrointestinales). La mayoría de los enfermos son operados por sospecha de apendicitis aguda y el diagnóstico del tumor se realiza con la AP de la pieza quirúrgica, Una baja proporción son sospechados preoperatoriamente y en este caso asociados a mal pronóstico, pues representan generalmente etapa avanzada de la enfermedad. Otras veces el diagnóstico se realiza en pacientes asintomáticos en el transcurso de cirugía o pruebas de imagen. El tratamiento de elección es la hemicolectomía derecha. El tratamiento adyuvante con radioterapia o quimioterapia mejora la supervivencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rivera Vaquerizo PA, Albaladejo Ortiz C, Blasco Colmenarejo M, Vicente Gutiérrez M, Mayor López J. Cistoadenocarcinoma mucinoso de apéndice. Rev Esp Enferm Dig. 2005;97(10).

2. McCusker ME, Coté TR, Clegg S. Primary malignant neoplasms of the appendix: a population-study from the surveillance. Cancer 2002;94 (12).

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.