

Tumor carcinoide de apéndice cecal

Carcinoid tumor of the cecal appendix

Dr. Gilberto Collazo Mauri

Hospital General Docente "Comandante Pinares". San Cristóbal. Pinar del Río, Cuba.

RESUMEN

El tumor carcinoide de apéndice cecal es el más frecuente de todos los tumores apendiculares y generalmente no presentan manifestaciones clínicas. El objetivo de este trabajo fue dar a conocer un interesante caso de tumor carcinoide en una paciente de 26 años de edad cuyo cuadro clínico se interpretó como una apendicitis subaguda. Se indicó tratamiento con antibióticoterapia y hospitalización. La evolución fue satisfactoria. Se da el alta a los 10 días, con ausencia de la tumoración abdominal tanto clínica como ecográficamente. A los 3 meses se decide la operación y se realiza apendicectomía cecal, y se recibe como resultado de anatomía patológica argentafinoma del tercio distal del apéndice cecal con infiltración de la mucosa. Se interconsultó con oncología y se realizó seguimiento. La paciente se ha mantenido durante 10 años con evolución satisfactoria, libre de enfermedad. Los exámenes de ultrasonido y tomografía axial computarizada anual informan ausencia de adenopatías regionales y de metástasis hepática.

Palabras clave: tumor carcinoide, apendicitis aguda, apendicetomía.

ABSTRACT

The carcinoid tumors of the cecal appendix are the most frequent of all appendicular tumors, with no clinical manifestations in general. The general objective of this paper was to present an interesting case of carcinoid tumor found in a 26 years-old woman, whose clinical picture was diagnosed as subacute appendicitis. She was hospitalized and treated with antibiotics with good recovery and discharged 10 days later. She had no abdominal tumors confirmed clinically and echographically at that time. Three months later, the patient was operated on

and underwent cecal appendicectomy. The pathological anatomy analysis yielded argentaffinoma in the distal third of the cecal appendix with mucosal infiltration. She was referred to the oncology service to be followed up. She has been free from any complication with good recovery for 10 years. The annual ultrasound and the CT scan show that there is neither regional adenopathy nor hepatic metastasis.

Key words: carcinoid tumor, acute appendicitis, appendicectomy.

INTRODUCCIÓN

Los tumores apendiculares son entidades clínicas poco frecuentes, y es el tumor carcinoide el que con mayor frecuencia se encuentra en el apéndice cecal y el diagnóstico generalmente se realiza incidentalmente en el estudio anatomopatológico de la pieza operatoria por sospecha de apendicitis aguda.¹⁻⁵

Los argentafinomas, como también se les llaman a estas tumoraciones, tienen un comportamiento canceroso que necesita años para manifestarse y se les ha llamado por eso "neoplasias de crecimiento lento", de ahí el nombre de carcinoides.^{2,3}

Aunque estos tumores son potencialmente malignos, su tendencia a mostrar su comportamiento agresivo depende: del lugar de origen, profundidad de la infiltración local y el tamaño del tumor.² En una serie norteamericana⁵ que incluye 28 515 pacientes con tumores neuroendocrinos, la ubicación del tumor también se asoció significativamente a un comportamiento más agresivo. Se observa en los tumores de páncreas y ciego el 64 % y 44 % de metástasis a distancia respectivamente, mientras que los tumores de apéndice sólo presentaron enfermedad diseminada en un 12 %.

Las células tumorales del intestino delgado, el apéndice, el colon y el recto liberan grandes cantidades de serotoninas que van a parar al hígado donde es desactivada. El síndrome carcinoide suele ocurrir cuando las células tumorales llegan al hígado y liberan la serotonina directamente a la circulación antes de que puedan ser desactivadas por las células hepáticas normales, siendo estas sustancias los principales responsables de las manifestaciones clínicas del síndrome carcinoide.^{2,4,7}

Los criterios clínicos predictivos de agresividad tumoral son el tamaño del tumor y la presencia de metástasis regionales y a distancia, pero hasta el momento no han sido claramente identificados los criterios que definen el grado de malignidad de un tumor carcinoide y los estudios histológicos han fallado en predecir con exactitud el comportamiento agresivo y potencial metastásico del tumor.⁸

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica del apéndice cecal siempre que el tumor es menor de 1,5 cm como sucede en la mayor cantidad de estos pacientes.^{4,5} Otro elemento descrito es el pronóstico variable entre los distintos tipos histológicos, condición que determina además la necesidad de efectuar tratamientos complementarios tales como hemicolectomía derecha con criterio oncológico, asociado o no a quimioterapia; se considera para ello el tamaño y localización tumoral, nivel de infiltración en la pared apendicular, existencia o no de ganglios metastásicos y por metástasis a distancia, fundamentalmente hepática.^{5,9}

Si bien la hemicolectomía derecha ha demostrado mejorar la supervivencia en pacientes con adenocarcinomas apendiculares, su beneficio en los carcinomas neuroendocrinos ha sido discutida.^{4,10}

CASO CLÍNICO

Paciente de 26 años de edad con antecedentes de amigdalitis a repetición durante la niñez, que acudió en enero del 2002 al cuerpo de guardia de cirugía general del Hospital «Comandante Pinares», de San Cristóbal por presentar dolor en fosa ilíaca derecha de forma intermitente y sin irradiarse a otro sitio del abdomen ni acompañarse de otros síntomas. Recibió tratamiento médico con lo cual mejoró su dolor. Un mes después se recibió en el cuerpo de guardia con la misma sintomatología pero esta vez acompañada de fiebre de 38⁰ C y frecuencia cardíaca de 104 latidos por minuto. Al examen físico se constató defensa de la pared abdominal en fosa ilíaca derecha con dolor a la palpación profunda y la presencia de una tumoración de bordes no bien definidos, con diámetro mayor de 10 cm. Se realizó hemograma con diferencial con los siguientes resultados: Hb 126 g/L, Leucocitos 13 000/mm³, Polimorfos 83, Linfocitos 17. En la ecografía abdominal se informó: Imagen compleja en fosa ilíaca derecha de 83 x 72 mm de bordes no bien definidos. Se decidió su ingreso con el diagnóstico presuntivo de plastrón apendicular y tratamiento con antibioticoterapia. La evolución fue satisfactoria y a los 10 días fue dada de alta asintomática, con ausencia de la tumoración abdominal tanto clínica como ecográficamente.

A los tres meses de seguimiento asintomático fue ingresada para ser intervenida quirúrgicamente con el diagnóstico de apendicitis subaguda. Se realizó estudio preoperatorio con resultados entre límites normales y se decidió operar de forma electiva, y se encontró apéndice engrosado y tortuoso con adherencia a la pared y al ciego. Se realizó apendicectomía cecal por la técnica clásica y la pieza se envió a Anatomía Patológica para su estudio.

La paciente evoluciona satisfactoriamente y se decidió el alta médica. En la primera consulta de seguimiento se recibió el informe de Anatomía Patológica con el diagnóstico de: argentafinoma del tercio distal del apéndice cecal con infiltración de la mucosa.

Como conducta se decidió interconsultar con Oncología, y se realizó seguimiento por consulta, con estudios imagenológicos de ultrasonido (US) y tomografía axial computarizada (TAC) abdominal.

La paciente se ha mantenido durante 10 años con seguimiento por consulta de Cirugía y Oncología, con evolución satisfactoria, libre de enfermedad. Se realizó exámenes imagenológicos de US que informaron ausencia de metástasis hepática y TAC en el que no se aprecian metástasis hepática ni adenopatías regionales en la pelvis

DISCUSIÓN

Los tumores de apéndice cecal son entidades clínicas poco frecuentes que constituyen un grupo heterogéneo de neoplasias con evolución y pronóstico variable. La mayoría de los enfermos son operados por sospecha de apendicitis

aguda y el diagnóstico del tumor se realiza como un hallazgo anatomopatológico de la pieza quirúrgica, son en una baja proporción sospechados preoperatoriamente y en este caso asociados a mal pronóstico pues representan generalmente etapa avanzada de la enfermedad.^{1,2} En nuestra paciente se realizó el diagnóstico de forma incidental al recibir el informe de anatomía patológica cuyo resultado fue argentafinoma del tercio distal de la apéndice, con lo cual coincidimos con otros autores que obtuvieron los mismos resultados.³⁻⁵ Se observan aproximadamente en el 1 % de las apendicetomías y representan el 95 % de los tumores intestinales. El tumor carcinoide de apéndice cecal representa el 20 % de las neoplasias apendiculares, la mayoría son asintomáticos, aunque en ocasiones pueden provocar obstrucción de la luz y originar un cuadro de apendicitis aguda.⁴

La mayor incidencia de tumores neuroendocrinos apendiculares lo vemos en el sexo femenino y en la tercera década de la vida.^{1,5,8} Coincidimos con estos autores pues la paciente que operamos tenía 26 años de edad.

El tamaño del tumor es el mejor predictor para determinar el comportamiento clínico y establecer el pronóstico, los tumores menores de 2 cm se observan en el 95 % de los casos y en rara ocasión presentan metástasis, sin embargo, cuando tienen más de 2 cm la presencia de metástasis ganglionar es más frecuente, por lo que el tratamiento está en dependencia también del tamaño, de la localización y la profundidad de la infiltración, para lo cual muchos autores^{1,5,9,10} proponen la hemicolectomía derecha con vaciamiento ganglionar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Buchholtz M, Zúñiga JM, Valdés F, Fernández R, Neveu R, Trujillo C, et al. Carcinoide gastrointestinal. Experiencia de 7 años en el Instituto Nacional del Cáncer (2000-2006). *Rev Chil de Cir.* 2010;62(5):480-5.
2. Chen L, Crawford JM. Tracto gastrointestinal. En: Robbins y Cotran, directores. *Patología Estructural y Funcional.* 7ma ed. Madrid: Elsevier; 2005. p. 801-79.
3. Moirtel CG. Karnofsky memorial lectura. An Odyssey in the land of small tumors. *J ClinOncol.* 1987;5(10):1502-22.
4. Libutti SK, Saltz LB, Tepper JE. Cancers of the Gastrointestinal Tract. En: DeVita, Vincent T. Lawrence, Theodore S.; Rosenberg, Steven A, editors. *Cancer: Principles & Practice of Oncology.* 8th ed. Lippincott: Williams & Wilkins; 2008. p. 1233-79.
5. Landry CS, Woodall C, Scoiggins C, McMasters KM, Martin RC. Analysis of 900 Appendiceal carcinoid tumors for a Proposed Predictive Staging System. *Arch Surg.* 2008;143:644-70.
6. Yao J, Hassan M, Alexandria P, Dagohoy C, Leary C, Maris JE, et al. One Hundred years after «Carcinoid» Epidemiology of and Prognostic Factors for neuroendocrine tumors in 35 825 cases in the United States. *J ClinOncol.* 2008;26:3063-72.
7. Teulé A, Arrazubi V, Biondo S, Salazar R. Tumores neuroendocrinos gastroenteropancreaticos. En: Cortes-Funes H, Colomer R, editores. *Tratado de Oncología.* Barcelona: Permanyer; 2009. p. 433-68.

8. Li AF, Hsu CY, Li A, Tai LC, Liang WY, et al. A 35 Years Retrospective Study of Carcinoid Tumors in Taiwan. *Cáncer*. 2008; 112: 274-83.
9. Formaro R, Frascio M, Sticchi C, De Salvo L, Stabilini C, Mandolino F, et al. Appendectomy or right hemi-colectomy in the treatment of appendiceal carcinoid tumors? *Tumori*. 2007;93:587-90.
10. Tapia O, Manterola C, Villaseca M, Araya JC, Guzmán Py Roa JC. Descripción clínico- morfológico y factores pronósticos en carcinoma de apéndice cecal: Estudio de cohorte. *Rev.Chil de Cir*. 2010;62.(3):255-61.

Recibido: 12 de agosto de 2012.

Aprobado: 28 de septiembre de 2012.

Dr. Gilberto Collazo Mauri. Hospital General Docente "Comandante Pinares". San Cristóbal. Pinar del Río, Cuba. Correo electrónico: gcollazo@princesa.pri.sld.cu