

112382

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.

ADENOCARCINOMA DE APENDICE CECAL.
REPORTE DE UN CASO ATENDIDO EN LA UNIDAD DE
COLOPROCTOLOGIA DEL HOSPITAL GENERAL DE
MEXICO Y REVISION DE LA LITERATURA.

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

T E S I S



PARA OBTENER EL TITULO DE:

COLOPROCTOLOGO

P R E S E N T A :

DIRECCION DE ENSEÑANZA

DR. SANTANA ALONSO PRIEGO

ASESOR Y DIRECTOR: DR. LUIS CHARUA GUINDIC



HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, O.D.

MEXICO, D.F.

OCTUBRE DEL 2005

m 346704



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

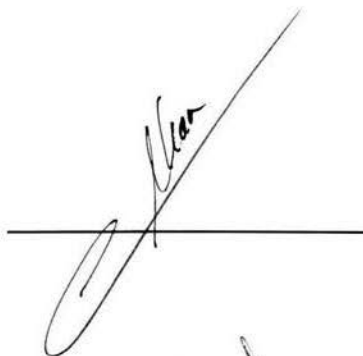
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**ADENOCARCINOMA DE APENDICE CECAL.
REPORTE DE UN CASO ATENDIDO EN LA UNIDAD DE
COLOPROCTOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE
MÉXICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.**

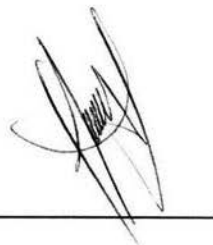
DR. LUIS CHARUA GUINDIC.

Jefe de la Unidad de Coloproctología.
Profesor Adjunto del Curso en
Especialización en Coloproctología.
Asesor de Tesis.
Tel: 55451863.
BIP. 56299800 Clave 4331.



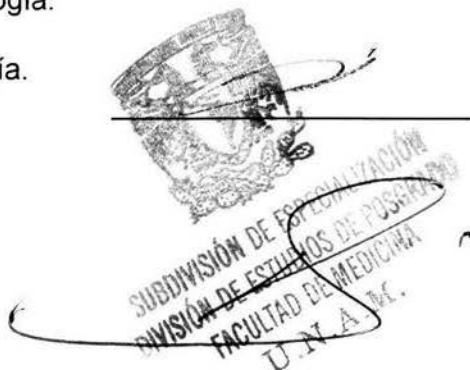
DR. SANTANA ALONSO PRIEGO.

Médico Residente del Curso de
Especialización en Coloproctología 1996-1997.
Celular: 01 99 33 59 10 63
E-mail: santana_alonso61@hotmail.com



DR. OCTAVIO AVENDAÑO ESPINOSA.

Jefe de la Unidad de Coloproctología.
Profesor Titular del Curso de
Especialización en Coloproctología.
Tel. 59996133 Ext. 1045



SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

I. AGRADECIMIENTOS:

A Dios:

**Por darme la vida por estar siempre conmigo y guiarme
en el camino del bien**

A mi Esposa y a mis hijos:

Lucy: Mil gracias por tu apoyo y comprensión durante esta etapa de mi vida sin él no se hubiese logrado nuestro objetivo

**A José, Lupita, Betito y Maricielo: los quiero mucho,
tienen que ser mejor que yo**

Dr. Octavio Avendaño Espinosa:

Su gran acervo académico, su disposición a la enseñanza y ejemplo de hombre recto, dando todo sin esperar nada a cambio, por todo esto y más mi mas sincero agradecimiento.

Dr. Luis Charúa Guindic:

Nuestra formación como cirujanos la debemos a gente con la disciplina y entereza necesaria para moldear una personalidad y un carácter inconfundible, por todas sus enseñanzas no solo en el ámbito académico, sino también en nuestra vivencia diaria reciba mi agradecimiento.

A todos los maestros que participaron de alguna manera en mi formación y que creyeron en mi, gracias y mi agradecimiento.

II. INDICE:	
I. AGRADECIMIENTOS:	3
II. INDICE:	9
III. INTRODUCCIÓN:	10
IV. ANATOMÍA:	12
V. RESUMEN:	15
VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	17
VII. HIPOTESIS:	18
VIII. OBJETIVOS:	19
IX. DISEÑO Y DURACION:	20
X. ANALISIS ESTADÍSTICO:	21
XI. ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD:	22
XII. RELEVANCIAS Y EXPECTATIVAS:	23
XIII. RECURSOS:	24
XIV. MATERIAL Y MÉTODOS:	25
XV. CASO CLÍNICO:	26
XVI. DISCUSIÓN:	28
XVII. CONCLUSIONES:	29
XVIII. FIGURAS:	30
XIX. BIBLIOGRAFÍA:	39

III. INTRODUCCIÓN:

El adenocarcinoma es el tumor maligno de un tejido epitelial glandular, su estructura varía según el tejido de origen, ya sea una mucosa glandular, un órgano sólido o un epitelio de conducto.

El apéndice cecal es una rara localización para tumores malignos con una frecuencia de 0.2 a 0.5% de todos los tumores del tubo digestivo; hay pocos reportes con descripción de la historia natural de la enfermedad; la dificultad en el diagnóstico preoperatorio a menudo conlleva a falsos diagnósticos de tumoraciones pélvicas.

Se le acredita a Berger, en 1882, la descripción del primer caso de adenocarcinoma primario del apéndice; en 1943, Vihleien clasificó los carcinomas primarios del apéndice en tumores carcinoides, cistoadenocarcinoma mucinoso y adenocarcinoma primario del apéndice.

En 1956, Sieracki clasificó el adenocarcinoma del apéndice en: Invasivo (extensión mas allá de la mucosa) y no invasivo (limitado a la mucosa).

Collins reporta 57 casos en 71,000 piezas quirúrgicas de apendicectomía con una incidencia de 0.08%.

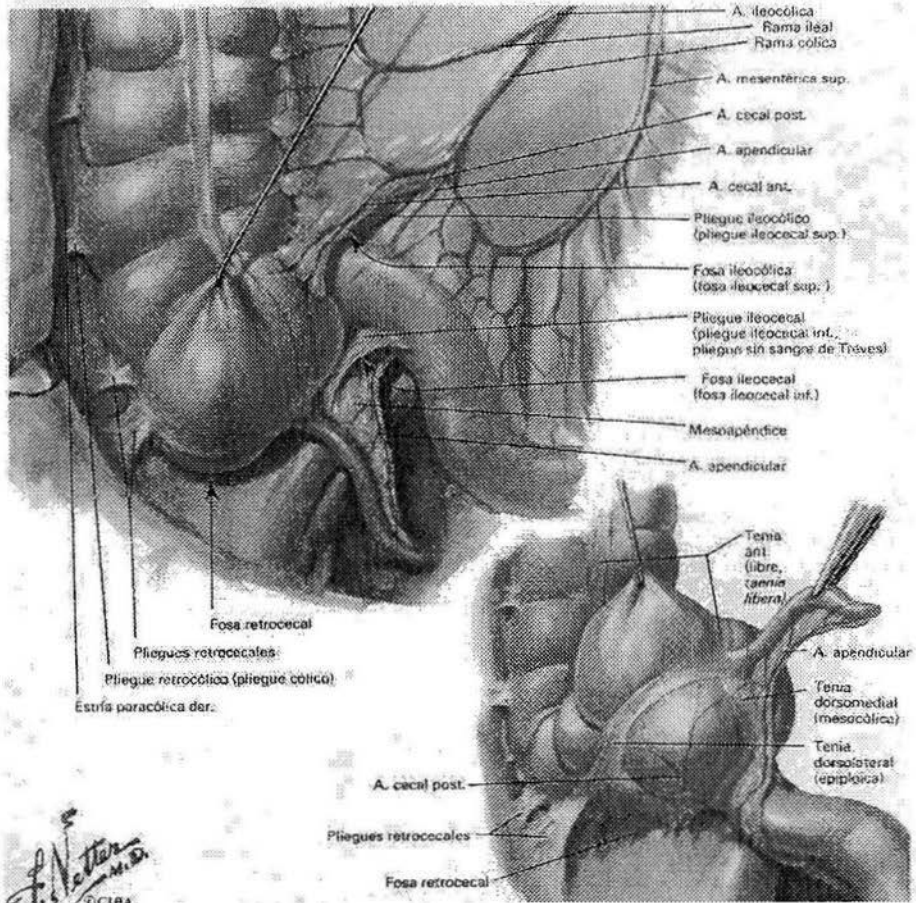
Hasta 1996, se han reportado 450 casos en la literatura mundial, y sólo en el 13% de los casos se sospechó el diagnóstico.

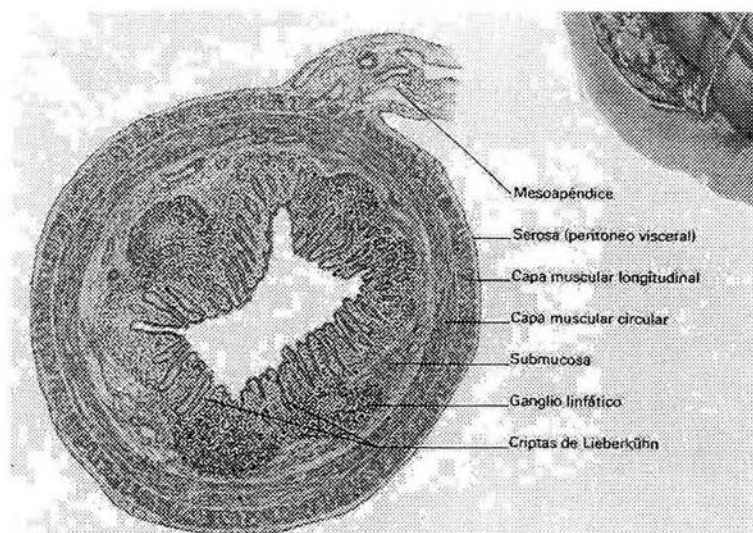
De los tumores del apéndice cecal el tumor carcinoide representa el 82.2%, el cistoadenocarcinoma mucinoso el 8.3% y el adenocarcinoma primario el 3.5%.

El diagnóstico preoperatorio es difícil de realizar, siendo en la mayoría de las veces considerado como un cuadro de apendicitis aguda.

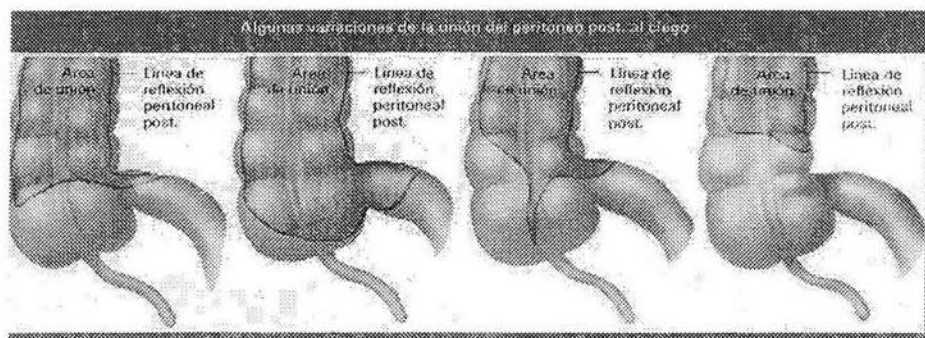
Una revisión de 7 años, en el Hospital "Dr. Gustavo Anderegía Lima", en la Habana, Cuba, en la que se efectuaron 20,057 apendicectomías, 8 pacientes presentaron apendicitis con afección tumoral (0.38%), más frecuente en la edad adulta y con una ligero predominio en el sexo masculino.

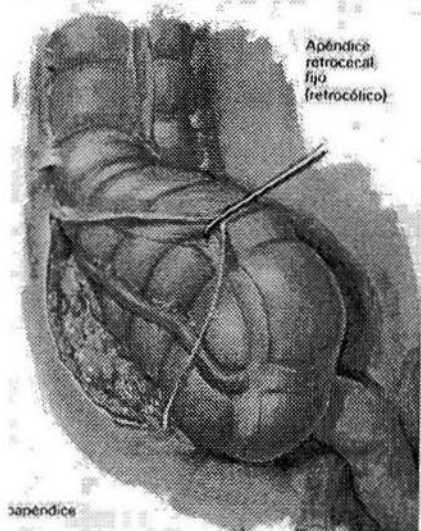
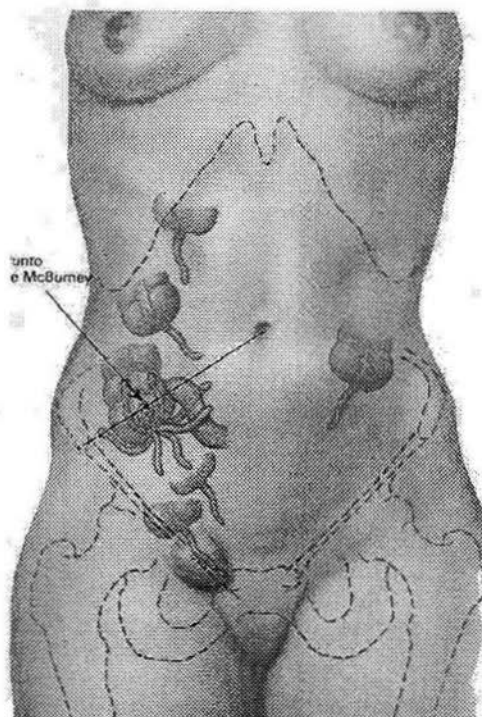
IV. ANATOMÍA:





CORTE MICROSCÓPICO DE APENDICE CECAL





Apéndice más largo de lo habitual, que se extiende hacia la pelvis

V. RESUMEN:

Justificación: No existen registros de la frecuencia, tipo, evolución, complicaciones y morbilidad en el manejo del tumor maligno del apéndice cecal en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D., por lo que es necesario revisar y conocer su sintomatología, evolución y tipo de manejo utilizado.

Hipótesis: Determinar la frecuencia, tipo, manifestaciones clínicas, evolución y complicaciones del tumor maligno del apéndice cecal en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D.

Objetivo: Conocer la frecuencia, tipo, manifestaciones clínicas, evolución y complicaciones en el tratamiento del tumor maligno del apéndice cecal en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D.

Diseño y duración: Estudio retrospectivo, observacional, longitudinal, iniciado en enero de 1993 y concluido en diciembre de 2002.

Material y métodos: Se revisaron 19,138 expedientes clínicos de pacientes que acudieron por primera vez a la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital

General de México, O. D., de enero de 1993 a diciembre de 2002. Se incluyeron los pacientes a quienes se les diagnosticó tumor maligno de apéndice cecal confirmado por el estudio histopatológico. Se capturaron las variables en hojas de recolección de datos en donde se incluyen las siguientes: edad, sexo, dolor abdominal, tiempo de síntomas, localización de la tumoración, patología asociada, diagnóstico clínico o por estudios de gabinete, evolución, tipo de manejo médico o quirúrgico, complicaciones, manejo de éstas, días de hospitalización y número de consultas de seguimiento hasta su alta.

Análisis de resultados: Se utilizaron tabla de frecuencia y porcentaje de acuerdo a cada variable y gráficos para representar los resultados y se cruzaron las variables en los casos necesarios.

VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Determinar la frecuencia, manifestaciones clínicas, evolución y complicaciones más frecuentes de los pacientes con diagnóstico de tumoración maligna del apéndice cecal en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D.

VII. HIPOTESIS:

¿Encontraremos en este estudio resultados parecidos a los publicados en la literatura con respecto a la frecuencia?

VIII. OBJETIVOS:

1. Determinar la frecuencia del tumor maligno del apéndice cecal en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D.
2. Determinar la localización, manifestaciones clínicas y evolución del tumor maligno de apéndice cecal en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D.
3. Determinar la morbilidad y la mortalidad del tumor maligno del apéndice cecal en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D.

IX. DISEÑO Y DURACION:

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, longitudinal, en los pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma del apéndice cecal en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D., en el período comprendido de enero de 1993 a diciembre de 2002.

X. ANALISIS ESTADÍSTICO:

Los resultados se presentan en tablas de frecuencia y porcentaje de acuerdo a cada variable estudiada.

Se presentan gráficos mostrando los resultados más representativos del estudio y se cruzaron variables en los casos que fueron necesarios.

XI. ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD:

Estudio apegado a los acuerdos de Helsinki de 1964 y sus revisiones por varias asambleas. Por ser de tipo observacional y donde no se compromete la integridad física ni psicológica del paciente, no se requiere de hoja de consentimiento informado para la realización de este protocolo.

XII. RELEVANCIAS Y EXPECTATIVAS:

Este estudio muestra la frecuencia del tumor maligno del apéndice cecal en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D., sus manifestaciones clínicas, enfermedades asociadas, complicaciones, manejo que se les dio y su respuesta al mismo, días de hospitalización y de consultas que requirieron.

XIII. RECURSOS:

En este estudio se revisaron los expedientes clínicos de la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México O. D., de enero de 1993 a diciembre de 2002, con el asesoramiento del Dr. Luis Charúa Guindic, Jefe de la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D. Los materiales y equipos utilizados fueron otorgados por el Hospital General de México, O. D.

Se usó computadora para archivar y procesar los datos con el programa Microsoft Word y Excel 2000.

XIV. MATERIAL Y MÉTODOS:

Se revisaron 19,138 expedientes clínicos de pacientes que acudieron por primera vez a la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D., de enero de 1993 a diciembre de 2002. Se incluyeron los pacientes a quienes se les diagnosticó tumor maligno de apéndice cecal confirmado por el estudio histopatológico. Se captaron las variables en hojas de recolección de datos en donde se incluyen las siguientes: edad, sexo, dolor abdominal, tiempo de síntomas, localización de la tumoración, patología asociada, diagnóstico clínico o por estudios de gabinete, evolución, tipo de manejo médico o quirúrgico, complicaciones, manejo de éstas, días de hospitalización y número de consultas de seguimiento hasta su alta.

XV. CASO CLÍNICO:

Femenina de 42 años de edad, que ingresa a la Unidad de Coloproctología del Hospital General de México, por presentar síndrome doloroso abdominal de más de 6 hrs. de evolución. La paciente es originaria de Veracruz, Ver. y reside en el D.F. desde hace 20 años, dedicada al hogar, casada, con regulares hábitos higiénico-dietéticos, niega toxicomanías, alergias y enfermedad metabólica. Antecedentes gineco-obstétricos: menarca a los 13 años; ritmo menstrual 28 X 4, gesta 3, partos 3, abortos 0, cesáreas 0, control de la natalidad con DIU. A la exploración física consciente, orientada, quejumbrosa, integra, sin movimientos anormales, cardiorrespiratorio sin compromiso. Abdomen ligeramente distendido con dolor a la palpación media y profunda sobre todo en fosa iliaca derecha, no se palpa tumoración, Von Blumber positivo, no visceromegalias. Peristalsis presente normal. Estudios de Laboratorio: Hb. 14.2 g/dl. Leucocitos totales de 13,900 mm³, con 3 bandas, resto reportado como normal. Las placas simples de abdomen en dos posiciones prácticamente normales, por lo que se solicita ultrasonido abdominal con reporte de imagen hipoecoica en cuadrante inferior derecho, pobremente definida, de aproximadamente 3 x 4 cm. Con todos estos datos, aunado a la exploración física, se integró el diagnóstico de abdomen agudo probablemente secundario a apendicitis aguda. Se programa de urgencia para cirugía. Los hallazgos operatorios fueron: masa circunscrita al cuerpo del apéndice, aproximadamente de 3 x 2 cm,

ligeramente móvil, con adherencias a epiplón, el resto de la cavidad abdominal normal. Se practica apendicectomía tipo Halsted. Se envió la pieza a patología y el reporte histopatológico fue adenocarcinoma mucinoso moderadamente diferenciado con crecimiento exofítico localizado en la porción distal del apéndice cecal, con invasión focal a la capa muscular interna; la porción proximal del apéndice cecal, el tejido adiposo, la serosa y la muscular externa se reporta libre de neoplasia. Por el diagnóstico histopatológico, 15 días posteriores a la cirugía se solicitaron TAC abdominal, colonoscopia y marcadores tumorales, todos estos estudios se reportaron dentro de límites normales.

No obstante de estar confinada la tumoración al apéndice cecal y estar libre la porción proximal, se programó para hemicolectomía derecha 21 días posteriores a la apendicectomía, de acuerdo a los criterios del Dr. Sieracki, que dice que la simple apendicectomía podría ser suficiente para el carcinoma no invasor, y para las formas invasivas la hemicolectomía. La paciente evolucionó satisfactoriamente y fue dada de alta hospitalaria a los 6 días. El reporte de la pieza quirúrgica fue colon ascendente y ciego libres de tumor, 8 de 8 ganglios libres de tumor. La paciente tiene un seguimiento de 4 años y se encuentra asintomática.

XVI. DISCUSIÓN:

El tumor de apéndice cecal casi siempre es un hallazgo transoperatorio y por lo regular se le interviene quirúrgicamente por otro diagnóstico y el reporte por parte del patólogo generalmente sorprende al cirujano. En cuanto al tratamiento de esta entidad es muy controvertido, algunos se muestran renuentes ante la hemicolectomía, y otros, a favor de ella. En este caso, la paciente fue clasificada de acuerdo al TNM, como un T 2, N 0, M 0, y el criterio quirúrgico fue practicarle una hemicolectomía derecha.

El adenocarcinoma del apéndice cecal es una variante inusual del cáncer del colon, esta patología se presenta en edades más tempranas comparado con el cáncer colorrectal, y probablemente es secundaria a las características de la arquitectura de las paredes del apéndice. El diagnóstico es raramente sospechado en forma preoperatoria y clásicamente se presenta como una enfermedad inflamatoria; es por mucho el tumor del tubo digestivo que más frecuentemente se perfora, aunque esto no necesariamente supone un mal pronóstico, como ocurre en otro tipo de tumores gastrointestinales. Los tumores sincrónicos del apéndice cecal ocurren con una frecuencia similar a los tumores colorrectales. Al igual que el carcinoma cecal, debe de ser tratado con una hemicolectomía derecha.

XVII. CONCLUSIONES:

1. Es un tumor maligno de localización muy rara.
2. Por lo regular el diagnóstico es un hallazgo quirúrgico e histopatológico.
3. El manejo quirúrgico es todavía controvertido.
4. La tendencia actual es ser radical.

XVIII. FIGURAS:

Figura 1 Imagen macroscópica de adenocarcinoma del apéndice cecal



Figura 2. Imagen macroscópica del adenocarcinoma de apéndice cecal en un corte trasversal



Figura 3. Imagen macroscópica de adenocarcinoma del apéndice cecal

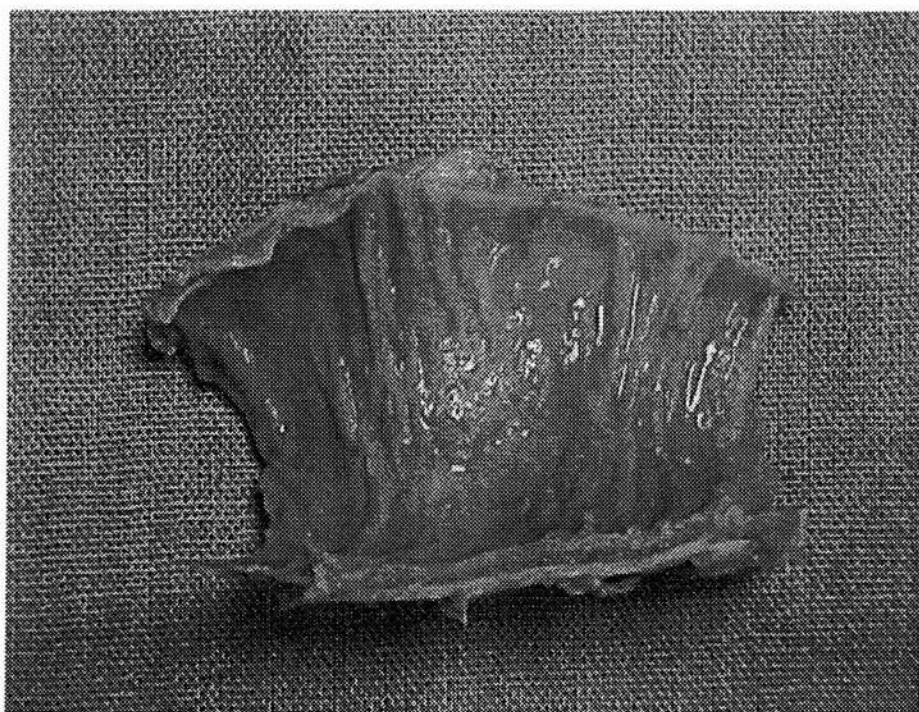


Figura 4. Imagen de ciego con datos de infiltración por adenocarcinoma del apéndice cecal, vista macroscópica en un corte transversal vista anterior

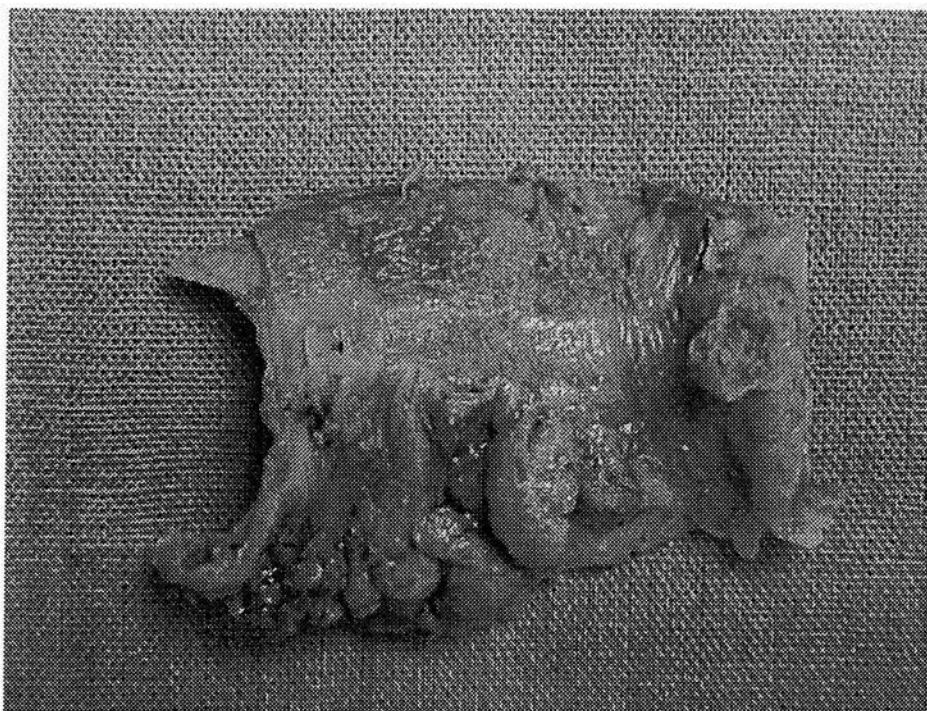


Figura 5. Imagen de ciego con datos de infiltración por adenocarcinoma del apéndice cecal, vista macroscópica en un corte transversal vista posterior



Figura 6. Imagen de corte histológico del apéndice cecal con datos de adenocarcinoma, muestra la infiltración glandular a los tejidos

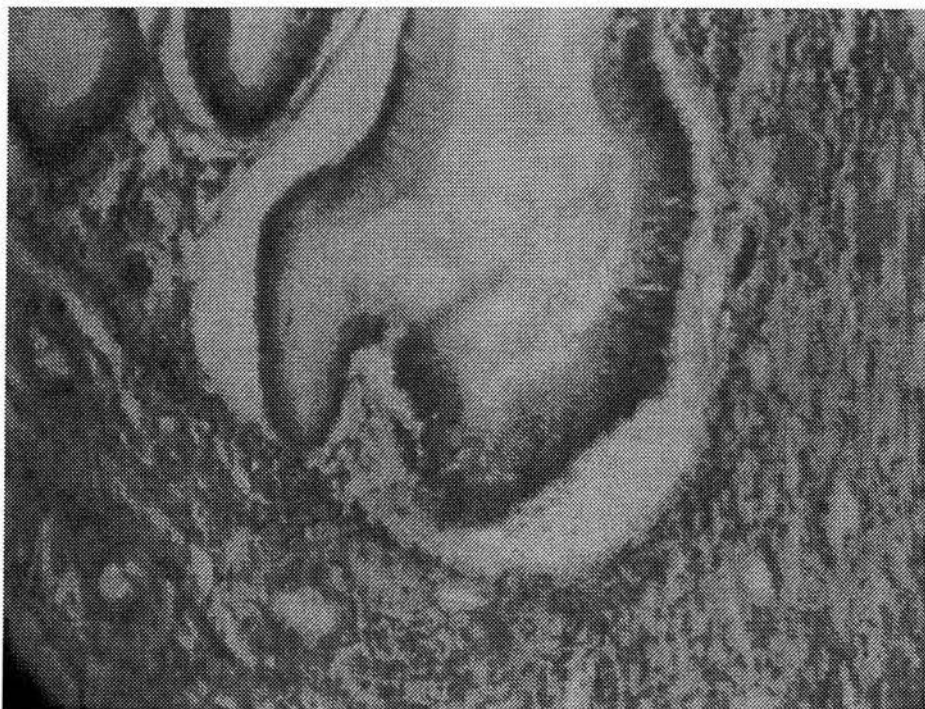


Figura 7. Imagen de corte histológico del apéndice cecal con datos de adenocarcinoma, muestra el aumento de proliferación de varias líneas celulares a nivel glandular

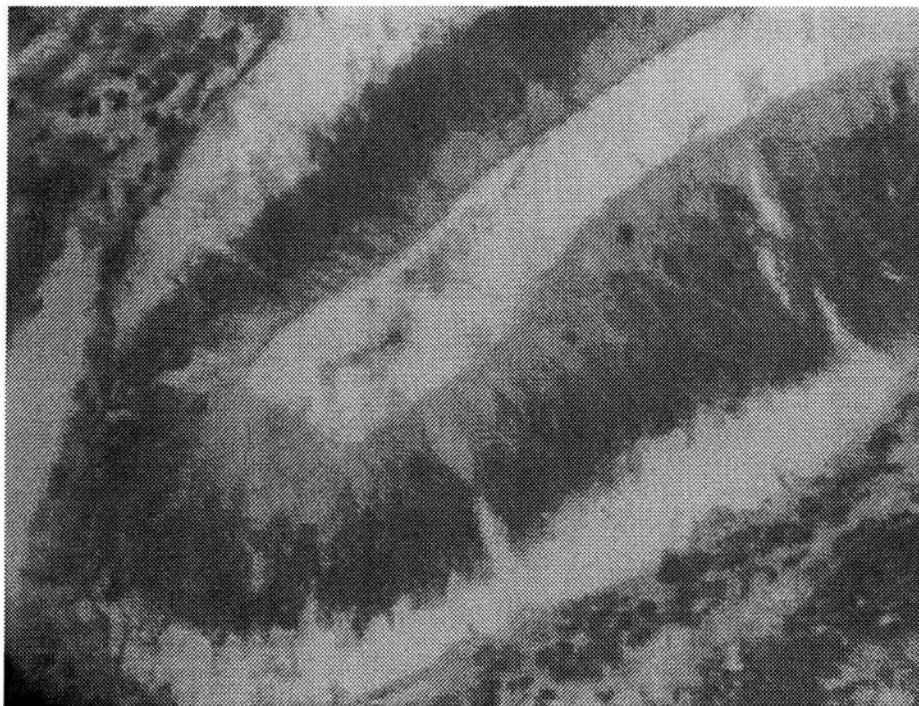


Figura 8. Imagen de corte histológico del apéndice cecal con datos de adenocarcinoma, muestra el aumento de proliferación de varias líneas celulares a nivel glandular con acumulo de núcleos y varias mitosis celulares

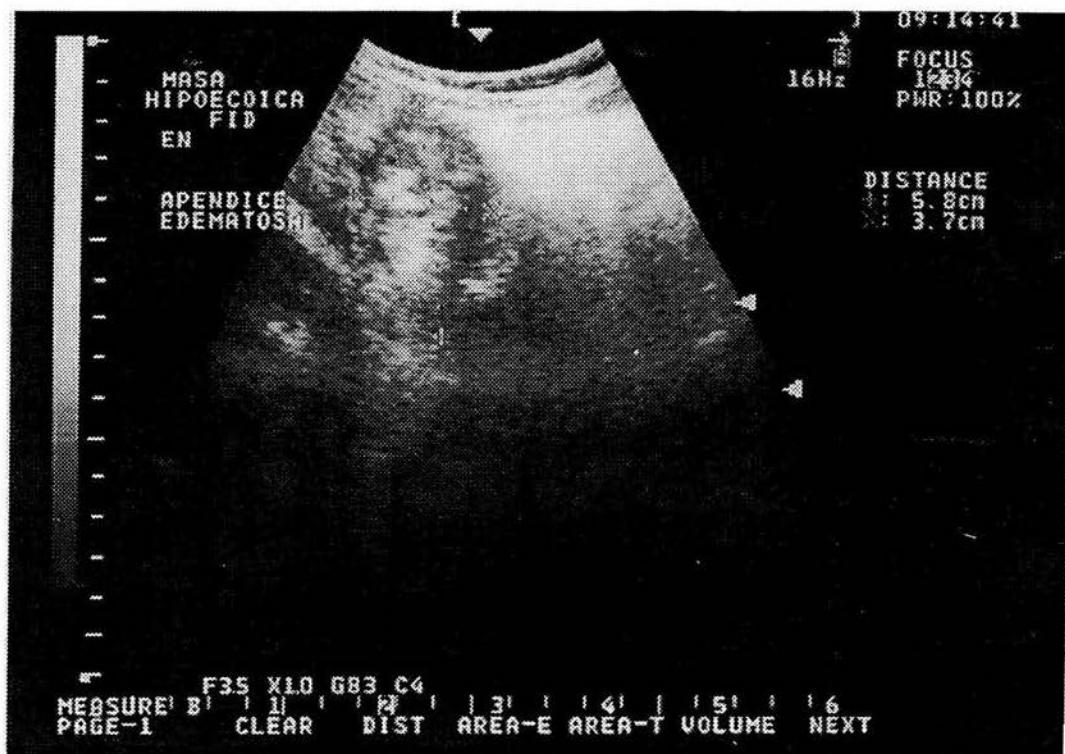


Imagen hipocóica en cuadrante inferior derecha compatible con apendicitis aguda

XIX. BIBLIOGRAFÍA:

1. Bembilibre T, Jiménez CJ. Tumores de apéndice cecal. Rev. Cubana Cir 1998; 37(2):5-9.
2. Cortina R, Mc Cormick J, Kolm P, Perry R. Magement and prognosis of adenocarcinoma of the appendix. Dis Colon Rectum 1995; 38 (8):848-52.
3. Bak M, Asschenfeldt P. Adenocarcinoid of the vermiform appendix. Dis Colon Rectum 1988; 31(8): 605-612.
4. Nitecki S, Wolff B, Schlinkert R, Sarr M. The natuiral history or surgically treated primary adenocarcinoma of the appendix. Ann Surg 1994; 219 (1): 51-57.
5. Collins DC. 71,000 human appendix specimens: a final report, summarizing fifty years´ study. Am J Proctol 1963; 14: 265-81.