

Adenoma apendicular. Hallazgo histológico

Dres. Daniel Lussheimer¹, Ernesto Ormaechea², Mariela Rondán², Carlos Misa³, Marta Chiossoni⁴, Héctor Navarrete⁴

Resumen

Se presenta una observación de adenoma de apéndice. A propósito de la misma se analiza su baja frecuencia, forma de presentación clínica, y se hace hincapié sobre la patología colónica simultánea.

Palabras clave: Apéndice
Anatomía patológica
Adenoma apendicular

Summary

A case of adenoma of the appendix is presented. As regards the case, its low frequency and clinical presentation is analysed, and emphasis is made on simultaneous colonic pathology.

Introducción

El apéndice como parte del colon es susceptible de las mismas influencias que causan neoplasias colorectales⁽¹⁾.

Los tumores apendiculares son raros y representan de 0.3 a 1% de los tumores del tubo digestivo^(2,3). No tenemos cifras comparativas de los neoplasmas del apéndice con los tumores colónicos.

Dada la altísima frecuencia de los tumores carcinoides en el apéndice, Wolff⁽⁴⁾ los divide en tumores carcinoides, que constituyen aproximadamente 85% y no carcinoides; estos últimos podemos dividirlos clásicamente en tumores epiteliales benignos y malignos.

El adenoma de apéndice es una entidad excep-

cional, su incidencia en apendicectomía es 0.1–0.3%⁽⁵⁾.

Caso clínico

Se trata de una paciente T.A. de 30 años que ingresa el día 18 de mayo de 1989 por un cuadro de 72 horas de evolución caracterizado por dolor de comienzo brusco tipo puntada, de intensidad moderada localizado en epigastrio que luego se irradia y permanece en fosa ilíaca derecha acompañado de náuseas, chuchos de frío, astenia y anorexia.

Al examen físico:

Mostraba buen estado general. Temperatura rectal 38.2°C, dolor abdominal con reacción peritoneal en fosa ilíaca derecha. Tacto rectal: fondo saco Douglas doloroso a derecha. Tacto vaginal: dolor en fondo de saco derecho.

Con el diagnóstico probable de apendicitis aguda se intervino de urgencia, constatándose: escaso exudado seroso libre en cavidad peritoneal.

Apéndice laterocecal interno de paredes engrosadas en su tercio proximal y su base. Ciego de paredes edematosas y consistencia firme.

Se realizó la apendicectomía típica, el resto de la exploración fue normal.

El estudio anatomopatológico mostró: apéndice cecal de 70/77 mm de superficie externa lisa, brillante, blanquecina nacarada. A la sección luz puntiforme.

Al examen microscópico: hiperplasia folicular linfocitaria con fibrosis de la capa muscular. El elemento más destacado lo constituye una proliferación exofítica polipoidea con amplia base de implantación integrada por estructuras digitiformes, de aspecto aserrado, que limitan luces amplias e irregulares, constituidas por un eje conjuntivo vascular, rodeado de células con abundante citoplasma, moderado hipercromatismo nuclear, pérdida parcial de su polaridad, y ocasionales mitosis. Las células calciformes

Trabajo de la Clínica Quirúrgica «F» (Director Prof. Dr. Bolívar Delgado). Facultad de Medicina. Montevideo.

¹ Residente de Cirugía. ² Residentes de Anatomía Patológica. ³ Asistente de Clínica Quirúrgica. ⁴ Anatomopatólogo.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 17 de abril de 1991.

Correspondencia: Dr. Daniel Lussheimer.
Abadie Santos 923 ap. 802. Montevideo. CP 11200.

están disminuidas en número y exhiben mucosecreción alcianófila.

En suma: apéndice sin elementos inflamatorios agudos. Pólipo tubulovelloso con ausencia de elementos sospechosos de malignidad.

La paciente presentó buena evolución clínica, alta al tercer día de posoperatorio con control en policlínica.

Anatomía patológica

El adenoma de apéndice es una entidad infrecuente, muy rara, probablemente relacionada a la escasa superficie de mucosa que dispone el apéndice para su transformación ^(1,6).

A pesar de ello existen dos tipos diferentes de adenomas ⁽⁷⁾. Unos pocos que son pequeños, localizados, pediculados o sesiles por lo general asintomáticos que se descubren en forma incidental en el estudio microscópico.

Otro grupo, mayoritario que se distribuye en forma difusa en la mucosa, con abundante secreción mucinosa vertida hacia la luz, configurando el característico mucocelo apendicular.

Higa ^(2,7,8) y otros prefieren usar este término en forma descriptiva, macroscópica, ya que el mecanismo patogénico puede representar diferentes entidades:

- Retención quística o ectasia apendicular o mucocelo simple por obstrucción de la luz.
- Hiperplasia mucosa del apéndice.
- Adenoma quístico o cistadenoma con transformación focal o difusa de la mucosa.
- Adenocarcinoma, se diferencia en la infiltración parietal del órgano.

El adenoma apendicular está constituido por epitelio idéntico al de los pólipos adenomatosos y adenomas papilares de cualquier parte del colon, pudiendo presentarse como tubulares túbulo vellosos o vellosos y topografiarse en cualquier sector del apéndice.

La afectación por sexo es similar y el promedio de edad es de 54 años.

En el estudio de Wolff ⁽⁴⁾ sobre un total de 29.000 apendicectomías, encontró 42 casos de tumores benignos epiteliales, 36 casos de cistoadenomas, 4 adenomas papilares, 1 pólipo adenomatoso pediculado y 1 secil (0.14%).

Collins ⁽⁹⁾ en una revisión de 50.000 apendicectomías encontró 36 adenomas (0.072%). (De cada 1000 apendicectomías realizadas un cirujano tiene oportunidad de encontrar 0.72 a 1.4 adenomas).

En nuestro medio quirúrgico a pesar de que existen múltiples trabajos relacionados a lesiones benignas (mucocelo), no conocemos ninguno con rela-

ción a este tipo de patología que acabamos de presentar.

Igual que otros tumores epiteliales colorrectales los adenomas de apéndice tienen el potencial de transformación maligna ^(1,10).

Se destaca además su asociación en forma sincrónica o melanoma con adenomas y carcinomas de colon y recto.

En la serie de Wolff ⁽⁴⁾ 21.4% de los pacientes presentan asociación lesional simultánea con adenocarcinoma de colon representando un incremento de 6 veces respecto a la incidencia esperada en la población en general.

Es por ello que cuando se encuentra un adenoma apendicular se debe examinar toda la lesión cuidadosamente para valorar la existencia de invasión focal en algún sector ⁽¹⁾.

Clínica

Los tumores de apéndice pueden ser asintomáticos pero generalmente su primer manifestación puede corresponder a una apendicitis aguda o a sus complicaciones.

Diagnóstico

El diagnóstico preoperatorio de un tumor apendicular no se realiza nunca y no es clínico pensar en él ⁽¹¹⁾

Por lo general el apéndice se extirpa con diagnóstico de apendicitis aguda o en forma incidental siendo su hallazgo histológico.

Tratamiento

Para los adenomas la apendicectomía es suficiente y su pronóstico bueno ^(4,10).

Conclusiones

Los tumores apendiculares benignos son excepcionales.

No se realiza diagnóstico preoperatorio.

Todos los apéndices deben ser estudiados ya sea por problemas médicos (desconocimiento de un tumor) o legales ⁽¹¹⁾.

Todos estos pacientes deberían ser estudiados exhaustivamente tratando de descartar la coexistencia de patología colónica concomitante.

Bibliografía

1. Morson BC, Dalsen MP. Tumors of the appendix gastrointestinal pathology. 2ª ed Oxford: Blackwell 1979.
2. Aranha GV, Reyes CV. Primary epithelial tumors of the appendix. *Dis Colon Rectum* 1979; 22: 472.
3. Uihlein A, MC Donald JR. Primary carcinoma of the appendix resembling. *Carcinoma* of the colon. *Surg Gynecol Obstet* 1943; 76: 711.
4. Wolff M, Ahmed N. Epithelial neoplasm of the vermiform appendix (exclusive of cacinoïd) II Cystadenoma Papillary adenoma and adenomatous polyps of the appendix. *Cancer* 1976; 37: 2511.
5. Melcher DH, Rayon AS. Colunar-cell (non carcinoid). Tumors of the appendix. *Br J Surg* 1968; 55: 693.
6. Ellis H. Maingot Operaciones abdominales. Sec. VIII Tumores de apéndice. 1986.
7. Whitehead E. Gastrointestinal and Oesophageal Pathology. Philadelphia: Churchill Livingstone, 1989 (42).
8. Higa E, Rosai J, Pizzimbona CA et al. Mucosae hiperplasia, mucinos cystadenomas and mucinos cystadenocarcinoma of the appendix. *Cancer* 1973; 32: 1525.
9. Collins DC. A study of 50.000 specimens of the human vermiform appendix. *Surg Gynecol Obstet* 1955; 101: 437.
10. Collins DC. Adenomatons popylps of the vermiform appendix. *Surg Clin North Am* 1932; 12: 1063.
11. Estrugo R, Bowley H, Acosta G, Chevalier N, Iraola M. Tumores malignos del apéndice cecal. Pautas quirúrgicas. *Cir Uruguay* 1985; 55: 259.

Lista de eventos científicos quirúrgicos

6-9 de setiembre de 1994

VI Conferencia sobre cáncer de mama
EORTC

RAI Congress Centre. Amsterdam (Pays-Bas)

Lengua oficial: inglés

Informes: Mrs. J.H.M. Rohof. Postgraduate Medical Education Amsterdam, Tafelbergweg 25, 1105 BC Amsterdam (P.B.). 020-566 4803.

29-30 de setiembre 1994

I Simposio Rioplatense de Infectología Quirúrgica

Centro de Conferencias IMM.

Informes: Meetings. Cerro Largo 1582.

Tel. 48 22 99. Fax 48 23 98

octubre de 1994

96º Congreso Francés de Cirugía

A.F.C. '94

Palais des Congrès. Paris (France)

Secretariado general: Convergences A.F.C. '94. 120, avenue Gambetta, 75020 Paris. (33-1) 43 64 77 77. Télefax (33-1) 40 31 01 65.

14-15 octubre de 1994

Congrès Angio Genève '94

Reunión común de la Sociedad de Angiología de Lengua Francesa, la Sociedad Suiza de Angiología, las Sociedades Francesa y Suiza de Microcirculación y la AFFCA

Genève (Suisse)

Temas: Trombosis y antitrombóticos.

Presidente: Pr. H. Bounameaux, Hôpital Cantonal Universitaire Unité d'Angiologie. Département de Médecine, CH 1211 Genève 4. (41-22) 372 92 92.

Telefax (41-22) 372 92 99.

Exposición científica, de productos, técnica.

13-16 de noviembre de 1994

29º Congreso Mundial del Colegio Internacional de Cirujanos

Queen Elisabeth Congress Center. Londres (Gran Bretaña)

Lengua oficial: inglés.

Presidente: Pr. I.N. Lumley, St. Bartholomew's Hospital, ECIA 2BE 071 601 8695. 071 601 8694.

Informes: Jackie Webber Associates, 22, Farm Park Road, Surrey KT2 5TQ Kensington on Thames. 081 541 0093.

Exposición científica, de libros, técnica.

4-8 de diciembre de 1994

XLV Congreso Uruguayo de Ciurgia

Centro de Conferencias IMM.

Informes: Meetings. Cerro Largo 1582.

Tel. 48 22 99. Fax 48 23 98

Marzo de 1995

23º Congreso de la Sociedad de Angiología de Lengua Francesa en el marco del 19º Congreso del Colegio Francés de Patología Vasculat

Universidad René Descartes. Paris (Francia)

Temas: Colesterol y prevención de las enfermedades arteriales

Lengua oficial: francés.

Presidente: Pr. L. Capron, Hôpital Broussais Service de Médecine. IV 96 rue Didot, 75674. Paris Cx 14. 43 95 91 90. Telefax 43 95 91 94.

Exposición científica, de productos, técnica.