

Imágenes en Cirugía General

Apendicectomía definitiva en neoplasia apendicular de gran tamaño

Definitive appendectomy in large appendiceal neoplasia.

García Redondo M, Sánchez Fuentes PA, Rodríguez Alonso JM, Gorostiaga Altuna I, Reina Duarte Á

Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.

RESUMEN

El tratamiento de una neoplasia mucinosa apendicular diagnosticada mediante pruebas radiológicas, sin signos de perforación, sin afectación de la base y sin afectación periapendicular, es la apendicectomía y resección del meso apendicular. Un tamaño tumoral mayor de 6 centímetros se asocia a malignidad, pero, por sí solo, no se ha visto que el pronóstico mejore añadiendo una hemicolectomía derecha.

Se presenta el caso de una neoplasia apendicular de gran tamaño. Debido a los hallazgos intraoperatorios de integridad periapendicular, integridad de la base y ausencia de perforación, independientemente del tamaño, se realiza apendicectomía y resección del meso. Posteriormente el análisis anatomopatológico arroja el diagnóstico

de neoplasia mucinosa apendicular de bajo grado "in situ", por lo que la apendicectomía es considerada curativa.

Palabras clave: tumor apendicular, Neoplasia mucinosa apendicular, Apendicectomía, LAMN.

ABSTRACT

The treatment of an appendiceal mucinous neoplasm diagnosed by radiological evidence, with no signs of perforation, no base involvement and no periappendicular involvement, is appendectomy and resection of the appendiceal mesum. A tumour size larger than 6 centimetres is associated with malignancy, but, on its own, the prognosis has not been shown to be improved by the addition of a right hemicolectomy.

A case of a large appendiceal neoplasm is presented. Due to intraoperative findings of periappendicular integrity, base integrity, and absence of perforation, regardless of size, appendectomy

CORRESPONDENCIA

Manuel García Redondo
Hospital Universitario Torrecárdenas.
04009 Almería.
m.garcia.redondo@outlook.es

XREF

CITA ESTE TRABAJO

García-Redondo M, Sánchez Fuentes PA, Rodríguez Alonso JM, Gorostiaga Altuna I, Reina Duarte Á. Apendicectomía definitiva en neoplasia apendicular de gran tamaño. Cir Andal. 2022;33(2):xxx-xx.

and resection of the mesum is performed. Subsequently, the anatomopathological analysis yielded a diagnosis of low-grade appendicular mucinous neoplasia "in situ", so appendectomy was considered curative.

Key words: appendiceal tumour, Appendiceal mucinous neoplasm, Appendectomy, LAMN.

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente ante una neoplasia mucinosa apendicular se recomienda considerar hemicolectomía derecha si el tamaño es mayor de 2 centímetros. En la actualidad, el tamaño no es una variable independiente para una resección extensa, por lo que la actitud ante una neoplasia mucinosa apendicular sin signos de perforación, sin afectación de la base apendicular y sin afectación periapendicular, independientemente del tamaño tumoral, es la realización de apendicectomía y resección del meso apendicular. Las neoplasias apendiculares pueden ser benignas o malignas, siendo el principal factor de mal pronóstico la presencia de perforación. Por lo que el éxito de la cirugía radica en la exéresis en bloque sin lesionar dicha tumoración.

CASO CLÍNICO

Varón de 76 años que consulta por dolor abdominal continuo, de 3 días de evolución, localizado en fosa ilíaca derecha. Niega síndrome constitucional.

La imagen de la TC demuestra tumoración de 12 x 5.4 centímetros (Figura 1.A), compatible con mucocele apendicular. El estudio de extensión es negativo.

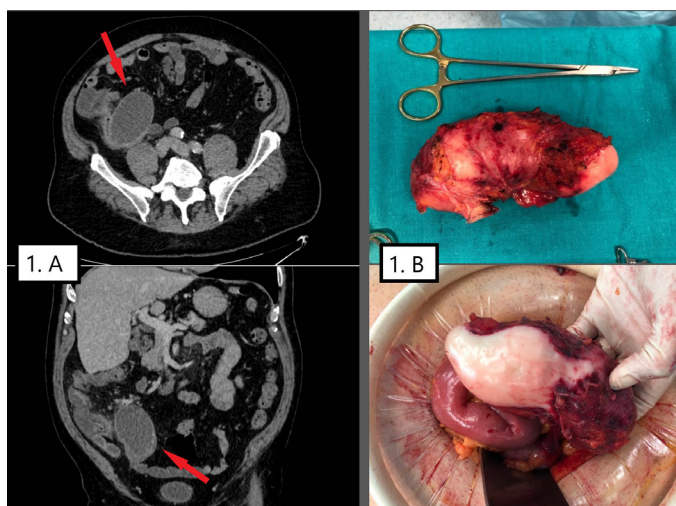


Figura 1

Figura 1: Neoplasia mucinosa apendicular. Figura 1.A: Tomografía computarizada donde se objetiva la tumoración (flechas). Figura 1.B: Imagen macroscópica intraoperatoria de la lesión.

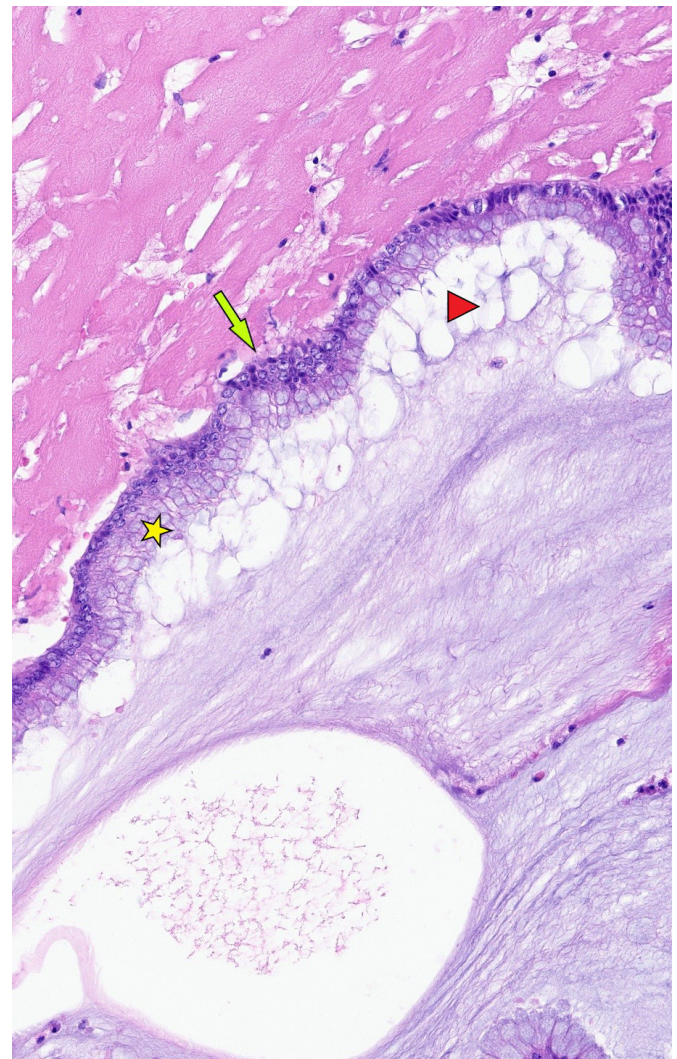


Figura 2

Figura 2: Neoplasia mucinosa apendicular de bajo grado. (20x) Se observa un revestimiento epitelial columnar plano productor de mucina (estrella), con ocasionales prolongaciones papilares, que presenta núcleos con atipia leve (flecha) localizados en el polo basal y un polo apical ocupado por vacuolas de mucina (triángulo).

Se realiza intervención quirúrgica urgente, intentando primero un abordaje laparoscópico. Se convierte a cirugía abierta para prevenir la ruptura del mucocele y la posible siembra, tanto peritoneal como en las incisiones laparoscópicas. Macroscópicamente no presenta afectación del borde proximal, ni material mucoide intraperitoneal, ni invasión de los tejidos adyacentes (Figura 1.B). Se realiza apendicectomía y resección del meso. El resultado anatomopatológico resulta una neoplasia mucinosa apendicular de bajo grado (LAMN) "in situ", con márgenes quirúrgicos libres (Figura 2).

DISCUSIÓN

Los tumores apendiculares menores de 2 centímetros suelen ser benignos, asociándose a malignidad aquellos mayores de 6 centímetros. Tradicionalmente se recomienda considerar hemicolectomía derecha si el tamaño es mayor de 2 centímetros, si hay enfermedad de alto grado, afectación linfática, periapendicular o de la base apendicular¹.

Estudios recientes demuestran, en contraposición a los protocolos asistenciales tradicionales, que realizar una hemicolectomía derecha urgente basándonos solamente en el tamaño tumoral, visto en imagen radiológica, no mejora el pronóstico²⁻³.

Cuando la extirpación total del tumor primario no puede realizarse mediante una apendicectomía simple o radical, situaciones en las que haya afectación de los ganglios linfáticos o cuando se presenta un tipo de neoplasia no mucinosa durante el examen patológico, se recomienda la hemicolectomía derecha como procedimiento estándar⁴.

A pesar de que se suele elegir la cirugía laparoscópica frente al abordaje abierto, la cirugía abierta puede ser más fiable en tumores grandes y gigantes debido al riesgo de rotura iatrogénica y de diseminación de mucina en la cavidad peritoneal⁵⁻⁶.

En base a los hallazgos, ante una tumoración mucinosa apendicular localizada, sin infiltración de tejidos adyacentes ni signos de perforación, una resección cuidadosa del apéndice englobando la tumoración y su meso puede ser curativa, independientemente del tamaño tumoral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shaib WL, Assi R, Shamseddine A, Alese OB, Staley C 3rd, Memis B, Adsay V, Bekaii-Saab T, El-Rayes BF. Appendiceal Mucinous Neoplasms: Diagnosis and Management. *Oncologist*. 2017 Sep;22(9):1107-16.
2. Sugarbaker PH. When and When Not to Perform a Right Colon Resection with Mucinous Appendiceal Neoplasms. *Ann Surg Oncol*. 2017 Mar;24(3):729-32.
3. González-Moreno S, Sugarbaker PH. Radical appendectomy as an alternative to right colon resection in patients with epithelial appendiceal neoplasms. *Surg Oncol*. 2017;26:86-90.
4. Orcutt ST, Anaya DA, Malafa M. Minimally invasive appendectomy for resection of appendiceal mucocele: Case series and review of the literature. *Int J Surg Case Rep*. 2017;37:13-6.
5. Park KB, Park JS, Choi GS, Kim HJ, Park SY, Ryuk JP, Choi WH, Jang YS. Single-incision Laparoscopic Surgery for Appendiceal Mucoceles: Safety and Feasibility in a Series of 16 Consecutive Cases. *J Korean Soc Coloproctol*. 2011;27:287-92.
6. Dhage-Ivatury S, Sugarbaker PH. Update on the surgical approach to mucocele of the appendix. *J Am Coll Surg*. 2006;202:680-4.