

Intususcepción por adenocarcinoma mucinoso del apéndice cecal: a propósito de un caso

Autores María Chaurán¹, Uslar Díaz¹ , Edgar Marciano², Vanessa Rodríguez¹

Afiliación Unidad Biogastrohealth, Anzoátegui, Venezuela
1 Gastroenterólogo
2 Cirujano General

Autor de Correspondencia: Uslar Díaz. Correo: gibrangastro@gmail.com ORCID: [0009-0009-0901-1287](https://orcid.org/0009-0009-0901-1287)

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2024; 78(3):116-119.

© Los Autores. Caracas, Venezuela - ISSN 2477-975X.

<https://doi.org/10.61155/2024.78.3.004>



Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo los términos de la [Licencia Creative Commons Attribution \(CC BY\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Fecha de recepción: 14/06/2024

Fecha de revisión: 10/07/2024

Fecha de aprobación: 09/08/2024

Resumen

Introducción: La intususcepción apendicular es una entidad poco frecuente. Representa únicamente el 0,01% de las indicaciones de apendicetomía, siendo un reto diagnóstico. Se define como la invaginación de una porción del apéndice dentro su propia luz o de la del ciego. Es secundaria a movimientos peristálticos anormales causados por la inflamación del apéndice y favorecida por mesoapéndices laxos con la luz apendicular ancha o por apéndices muy móviles y finos. Aparece más frecuentemente en adultos (76%) que en niños, y en mujeres que en varones con un ratio 2 a 1. La edad más frecuente de aparición es en la cuarta década de la vida. En la edad pediátrica la causa más frecuente es la inflamación del apéndice mientras que en los adultos la etiología más habitual es la endometriosis (33%) seguida de los mucocelos apendiculares (19%) y la inflamación apendicular (19%). En el resto de los casos la etiología es tumoral, habiéndose descrito tumores de tipo carcinoides, metástasis, hamartomas o linfomas. Su clínica es muy variada, pudiendo cursar de manera aguda como un cuadro de dolor en fosa ilíaca derecha que simula una apendicitis aguda o bien con síntomas crónicos intermitentes como dolor, vómitos o rectoraría o incluso cursar de manera asintomática. **Caso clínico:** Paciente femenino de 70 años de edad, presenta episodios de evacuaciones líquidas, dolor abdominal, aparición progresiva, localizado en epigastrio y ambos flancos, tipo cólico, leve moderada intensidad, asociado a distensión abdominal, episodios eméticos, aspecto en borra de café, hipo, sensación de saciedad precoz, persisten las evacuaciones líquidas, pérdida progresiva de peso, motivo por el cual acude. Se realizan paraclínicos evidenciándose leucocitosis con desviación a la izquierda, hematocrito aumentado, pcr y vsg alteradas, LDH elevada, electrolitos séricos normales. Se realiza ecografía abdominal,

evidenciándose engrosamiento de pared a nivel de marco cólonico derecho, con mayor énfasis a nivel de ciego, ascitis leve. Se solicita Rx abdomen simple de pie, francamente patológica, con signos radiológicos sugestivo de Obstrucción Intestinal, motivo por lo que es remitida a servicio de Cirugía General, quienes posterior a evaluación, deciden intervenir, evidenciando TU Apendicular que condiciona intususcepción, zonas hipererémicas, adherencias a epiplón, motivo por el cual realizan hemicolectomía derecha, con evolución clínica posterior favorable. Reporte de anatomía patológica Adenocarcinoma Mucinoso con células en anillo de sello. **Conclusiones:** En esta paciente, el procedimiento quirúrgico con intención curativa resultó efectivo, seguro y sin morbilidad asociada. El seguimiento a largo plazo es fundamental a fin de descartar la aparición de enfermedad a distancia. En el seguimiento de los pacientes es importante la realización de colonoscopias ya que hasta el 20% de los cistoadenomas apendiculares benignos se asocian con cáncer colorrectal.

Palabras clave: Tumor Apendicular, Intususcepción, Tumor Mucinoso, Adenocarcinoma.

INTUSSUSCEPTION DUE TO MUCINOUS ADENOCARCINOMA OF THE CECAL APPENDIX. ABOUT A CASE

Summary

Introduction: Appendiceal intussusception is a rare entity. It represents only 0.01% of the indications for appendectomy, being a diagnostic challenge. It is defined as the invagination of a portion of the appendix into its own lumen or that of the cecum. It is secondary to abnormal peristaltic movements caused by

inflammation of the appendix and favored by loose mesoappendices with a wide appendiceal lumen or by very mobile and thin appendages. It appears more frequently in adults (76%) than in children, and in women than in men with a 2:1 ratio. The most frequent age of onset is in the fourth decade of life. In children, the most common cause is inflammation of the appendix, while in adults the most common etiology is endometriosis (33%), followed by appendiceal mucocoeles (19%) and appendiceal inflammation (19%). In the rest of the cases the etiology is tumoral, having described tumors of the carcinoid type, metastases, hamartomas or lymphomas. Its symptoms are very varied, being able to present acutely as a picture of pain in the right iliac fossa that simulates acute appendicitis or with intermittent chronic symptoms such as pain, vomiting or rectal or even present asymptotically. **Clinical case:** A 70-year-old female patient presented episodes of liquid evacuations, abdominal pain, progressive onset, located in the epigastrium and both flanks, colicky, mild to moderate intensity, associated with abdominal distension, emetic episodes, coffee grounds appearance, hiccups, feeling of early satiety, liquid evacuations persist, progressive weight loss, which is why he comes. Paraclinical tests were performed showing leukocytosis with a shift to the left, increased hematocrit, altered pcr and vsg, elevated LDH, normal serum electrolytes. An abdominal ultrasound was performed, showing thickening of the wall at the level of the right colonic frame, with greater emphasis at the level of the cecum, mild ascites. A simple standing abdominal X-ray was requested, frankly pathological, with radiological signs suggestive of Intestinal Obstruction, which is why it was referred to the General Surgery service, who after evaluation decided to intervene, evidencing Appendicular UT that conditions intussusception, hypereremic areas, adhesions to the omentum, which is why they performed a right hemicolectomy, with favorable subsequent clinical evolution. Pathology report Mucinous adenocarcinoma with signet ring cells. **Conclusions:** In this patient, the surgical procedure with curative intent was effective, safe and without associated morbidity. Long-term follow-up is essential in order to rule out the appearance of distant disease. In the follow-up of patients, colonoscopies are important since up to 20% of benign appendiceal cystadenomas are associated with colorectal cancer.

Key words: Appendicular Tumor, Intussusception, Mucinous Tumor, Adenocarcinoma.

Introducción

La intususcepción apendicular está definida como la invaginación del apéndice o una porción del mismo y parte de mesenterio correspondiente dentro de la luz del intestino contiguo. El primer caso reportado en la literatura fue un paciente de 7 años de edad en 1858 por McKidd. Es una entidad poco común y cuenta con escasos reportes en la literatura, con una incidencia del 0,01 % según un estudio de cohortes realizado por Collins, que contó con 71 000 pacientes llevados a apendicectomía en un período de 40 años. Es más

frecuente en mujeres hacia la cuarta o quinta décadas de la vida. El diagnóstico de esta entidad es complejo, debido a su clínica no específica y su baja incidencia.

Presentación de Caso

Paciente femenino de 70 años de edad, presenta episodios de evacuaciones líquidas, dolor abdominal, aparición progresiva, localizado en epigastrio y ambos flancos, tipo cólico, leve moderada intensidad, asociado a distensión abdominal, episodios eméticos, aspecto en borra de café, hipo, sensación de saciedad precoz, persisten las evacuaciones líquidas, pérdida progresiva de peso, motivo por el cual acude. Se realizan paraclínicos evidenciándose leucocitosis con desviación a la izquierda, hematocrito aumentado, pcr y vsg alteradas, LDH elevada, electrolitos séricos normales. Se realiza ecografía abdominal, evidenciándose engrosamiento de pared a nivel de marco colónico derecho, con mayor énfasis a nivel de ciego, ascitis leve. Se solicita Rx abdomen simple de pie (Figura 1), francamente patológica, con signos radiológicos sugestivo de Obstrucción Intestinal, motivo por lo que es remitida a servicio de Cirugía General, quienes posterior a evaluación, deciden intervenir, evidenciando TU Apendicular que condiciona intususcepción, zonas hipererémicas, adherencias a epiplón (Figuras 2,3,4), motivo por el cual realizan hemicolectomía derecha, con evolución clínica posterior favorable. Reporte de anatomía patológica Adenocarcinoma Mucinoso con células en anillo de sello (Figura 5).



Figura 1. RX Abdomen Simple de Pie

Discusión

La fisiopatología de esta entidad no es clara; sin embargo, está asociada con la presencia de alteraciones apendiculares, principalmente con la existencia de masa a ese nivel.

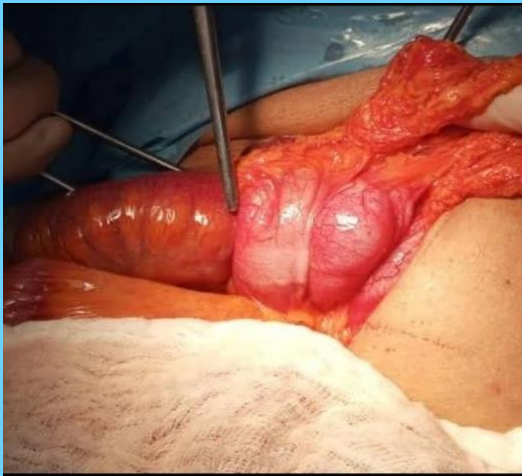


Figura 2



Figura 3



Figura 4

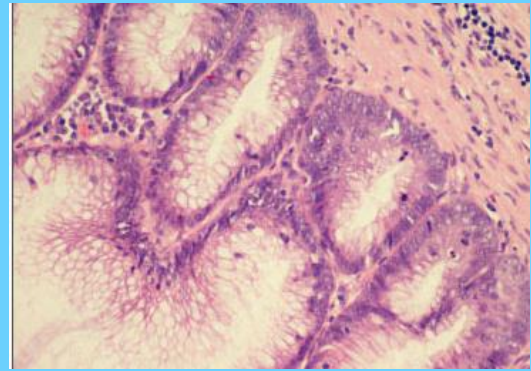


Figura 5

Se cree que se presenta peristaltismo alterado, y se encuentra asociado con inflamación, cuerpo extraño, enfermedad de Crohn, parásitos, pólipos, hiperplasia linfoide, hematoma, linfoma de tejido linfoide asociado a mucosas (MALT), adenoma, papiloma, adenocarcinoma, endometriosis y mucocele; estas 2 últimas son las causas principales en adultos, mientras que los procesos inflamatorios son los más comunes en edad pediátrica

Dada su baja incidencia, clínica variada y poco específica, el diagnóstico de esta entidad implica un reto para el médico. Se han descrito 3 tipos de sintomatología en estos pacientes:

- El paciente que cursa con síntomas de apendicitis aguda típica;
- Síntomas de intususcepción (dolor abdominal grave, vómito, diarrea y melenas) que son inespecíficos; y
- Sensación de masa, dolor en el cuadrante inferior derecho y melenas de varios meses de evolución.

La mayoría de los pacientes son asintomáticas con hallazgo incidental en un estudio colonoscópico, también se puede encontrar como hallazgo intraoperatorio en una cirugía (57%) o por parte de patología (11%).

En cuanto a la etiología, la causa más común de intususcepción apendicular en adultos es la endometriosis, una entidad benigna descrita por primera vez en 1860 por Von Rokitsansky. Se define como la presencia de glándulas y estroma endometrial fuera de la cavidad uterina. La endometriosis afecta a las mujeres en un 10% a 15%. El recto y el sigmoide son los principales sitios de implantación intestinal, seguidos por colon ascendente, intestino delgado y el apéndice, que abarca del 0,08% al 8% de los casos.

Histológicamente, se caracteriza por la presencia de glándulas y estroma tipo endometriode, que puede estar asociado con macrófagos. Dentro de los cambios benignos atípicos se pueden encontrar nódulos pseudoxantomatosos necróticos; afección vascular, perineural y ganglionar; y cambios metaplásicos tanto en las glándulas como en el estroma.

Además, puede contener cambios premalignos como endometriosis polipoide, endometriosis estromal, hiperplasia mesotelial asociado con endometriosis y endometriosis atípica con un riesgo de conversión a cáncer del 1%.

Dentro de los métodos diagnósticos utilizados se encuentran la tomografía de abdomen contrastada y el colon por enema, seguido de la ecografía, que tiene una gran utilidad en la población pediátrica. En la colonoscopia en adultos realizada por diferentes indicaciones se llega a describir como un pólipo pseudopediculad, o masa a nivel del meato apendicular, como fue en este caso. No se han reportado más de 200 casos en la literatura; sin embargo, es imposible conocer la incidencia de dicho hallazgo. Si se enfoca como lesión polipoide, la realización de una polipectomía puede generar el riesgo de perforación y peritonitis. Es importante pensar que puede existir esta entidad cuando se evalúen lesiones a nivel del meato apendicular. Un reporte de McSwain planteó una clasificación de la intususcepción dependiendo de la anatomía encontrada, simplificada años después por Langsman:

- Tipo I: invaginación de la punta del apéndice sobre la porción proximal del apéndice,
- Tipo II: la intususcepción se generada en algún punto a lo largo del apéndice diferente a la punta y la base del mismo,
- Tipo III: inicio de la intususcepción a nivel de la base apendicular que se introduce dentro de la parte más distal del ciego,
- Tipo IV: invaginación retrógrada de un segmento proximal dentro de un segmento distal del mismo apéndice,
- Tipo V: invaginación completa del apéndice en el ciego (este caso).

El tratamiento quirúrgico es el manejo estándar, teniendo en cuenta que siempre existe la probabilidad de patología maligna como causante de la invaginación. En la gran mayoría de los casos, los pacientes son llevados a cecectomía y, en algunos casos, a hemicolectomía derecha.

Conclusión:

En este caso, el procedimiento quirúrgico con intención curativa resultó efectivo, seguro y sin morbilidad asociada. El seguimiento a largo plazo es fundamental a fin de descartar la aparición de enfermedad a distancia. En el seguimiento de los pacientes es importante la realización de colonoscopias ya que hasta el 20% de los cistoadenomas apendiculares benignos se asocian con cáncer colorrectal.

Conflictos de interés

El autor declara que no tiene conflicto de interés.

Fuente de financiamiento

No se recibió financiamiento.

Referencias

1. Appendiceal intussusception mistaken for a polyp at colonoscopy: case report and review of literature A Salehzadeh, A Scala, JN Simson Ann R Coll Surg Engl, 6: W46-W48, 2010.
2. Abdomen agudo secundario a invaginación apendicular JE Betancourth-Alvarenga, F Vázquez-Rueda, FJ Murcia-Pascual, J Ayala-Montoro An Pediatr (Barc), 82: e56-e59, 2015.
3. Invaginación apendicular C Suazo, P Burdiles, A Larach Revista Chilena de Cirugía, 64: 76-78, 201
4. Invaginación del apéndice: un hallazgo poco frecuente en colonoscopia. Informe de caso. Luis Jorge Lombana-Amaya, Saúl Rugeles Jorge Alejandro González-González. 08 Jul 2021 in Revista colombiana de Gastroenterología.