



## Reporte de Caso

## Tumor sincrónico de colon y apéndice. Reporte de caso

## Synchronous colon and appendix tumor. A case report

José Gerardo Chancafe-Rodríguez<sup>1,a</sup>, Angela Gabriela Gil Arroyo-Álvarez<sup>1,b</sup>, Patricia del Rocío Chávarry-Ysla<sup>3,4,c</sup>

DOI

<https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.141.886>

## RESUMEN

**Introducción:** Los tumores sincrónicos son sumamente raros, la coexistencia de cáncer de colon y apéndice es un fenómeno relativamente inusual, que plantea problemas diagnósticos a la hora de discriminar la naturaleza primaria o metastásica de cada uno de ellos. Este hecho se suscita en la mayor parte de los casos ante adenocarcinomas mucosecretorios sincrónicos. **Reporte de caso:** Presentamos el caso de una paciente femenina de 72 años de edad que ingresó al servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo por sintomatología de dolor abdominal agudo, donde se le realizan estudios imagenológicos con diagnóstico presuntivo de neoplasia maligna de recto, ingresando a sala de operaciones. El resultado anatomopatológico evidenció un diagnóstico de Adenocarcinoma tubular con componente mucinoso en recto-sigmoides de bajo grado de malignidad (moderadamente diferenciado), con invasión hasta tejido adiposo peri rectal adyacente, bordes de invasión infiltrativo e invasión perineural, con margen de resección libre y ganglios linfáticos libres de neoplasia maligna; además de, Adenocarcinoma mucinoso de apéndice moderadamente diferenciado (G2), de localización difusa, la neoplasia invade hasta la muscular propia, margen de resección libres de neoplasia maligna. **Conclusión:** La importancia de esta categoría es que la frecuencia de neoplasias malignas a nivel apendicular no es alta, y su asociación simultánea con Adenocarcinoma colorrectal las hace aún más insólitas.

**Palabras Clave:** Adenolinfoma; Colon; Neoplasias del Apéndice (Fuente: DeCS-BIREME).

## ABSTRACT

**Introduction:** Synchronous tumors are extremely rare, the coexistence of colon and appendix cancer is a relatively unusual phenomenon, which poses diagnostic problems when it comes to discriminating the primary or metastatic nature of each of them. This fact occurs in most cases with synchronous mucosecretory adenocarcinomas. **Case report:** We present the case of a 72-year-old female patient who was admitted to the emergency service of the Las Mercedes Regional Teaching Hospital in Chiclayo due to symptoms of acute abdominal pain, where imaging studies were performed with a presumptive diagnosis of malignant neoplasia of the rectum. operations room. The pathological result shows a diagnosis of tubular adenocarcinoma with a mucinous component in the rectus-sigmoid of a low grade of malignancy (moderately differentiated), with invasion to the adjacent peri-rectal adipose tissue, infiltrative invasion borders and perineural invasion, with a free resection margin and lymph nodes. lymphatics free of malignant neoplasm; In addition to moderately differentiated mucinous adenocarcinoma of the appendix (G2), of diffuse location, the neoplasm invades even the muscularis propria, resection margin free of malignant neoplasia. **Conclusion:** The importance of this category is that the frequency of malignant neoplasms at the appendicular level is not high, and their simultaneous association with colorectal adenocarcinoma makes them even more unusual

**Keywords:** Adenolymphoma; Colon; Neoplasms of the Appendix . (Source: DeCS-BIREME).

## FILIACIÓN

1. Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Regional Lambayeque, Chiclayo, Perú.
2. Universidad César Vallejo, Chiclayo, Perú.
3. Universidad Tecnológica del Perú, Chiclayo, Perú.
  - a. Tecnólogo Médico.
  - b. Médico Anatomopatólogo
  - c. Enfermera y Doctora en Gestión Universitaria.

## ORCID

1. José Gerardo Chancafe-Rodríguez / [0000-0003-2581-3350](https://orcid.org/0000-0003-2581-3350)
2. Angela Gabriela Gil-Arroyo-Álvarez / [0000-0002-6396-999X](https://orcid.org/0000-0002-6396-999X)
3. Patricia del Rocío Chávarry-Ysla / [0000-0003-0575-3717](https://orcid.org/0000-0003-0575-3717)

## CORRESPONDENCIA

José Gerardo Chancafe Rodríguez  
Teléfono: 964915555

## EMAIL

[josch7676@gmail.com](mailto:josch7676@gmail.com)

## CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores niegan conflictos de interés.

## FINANCIAMIENTO

Autofinanciamiento.

## REVISIÓN DE PARES

Recibido: 10/12/2020  
Aceptado: 25/02/2021

## COMO CITAR

Chancafe-Rodríguez, J., Gil-Arroyo-Álvarez, A., & Chávarry-Ysla, P. Tumor sincrónico de colon y apéndice. Reporte de caso. Revista Del Cuerpo Médico Del HNAAA, 2021, 14(1), 71 - 74. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.141.886>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.  
Versión Impresa: ISSN: 2225-5109  
Versión Electrónica: ISSN: 2227-4731  
Cross Ref. DOI: 10.35434/rcmhnaaa  
OJS: <https://cmhnaaa.org.pe/ojs>

## INTRODUCCIÓN

Billroth describió el sincronismo tumoral en 1889. Actualmente, los tumores primarios múltiples (TPM) o sincrónicos se definen como la presencia simultánea de más de una neoplasia primaria en diferentes órganos o diferentes tipos histológicos en un mismo órgano. Los TPM tienen un patrón de malignidad e histológico diferente y si están en el mismo órgano no presentan conexión<sup>(1-3)</sup>.

El cáncer colorrectal (CCR) es la tercera neoplasia más frecuente y representa la segunda causa de muerte por cáncer en el mundo<sup>(4-6)</sup>. En el Perú, las neoplasias digestivas son responsables de 21,1% de las muertes por neoplasias, siendo el CCR la cuarta en frecuencia luego del cáncer gástrico, la mortalidad por cáncer de colon ha aumentado en la última década a 7,2%<sup>(4,7)</sup>.

Un área que rara vez se explora en pacientes con CCR es la presencia de tumores sincrónicos fuera del colon. Su incidencia ha sido descrita en escasas publicaciones, varían entre 0,9% a 4,5%. Se ha notificado una incidencia de neoplasias sincrónicas extracolónicas en 0,35% de pacientes asintomáticos sujetos a tamizaje mediante colonoscopia virtual<sup>(5,8)</sup>.

Los tumores del apéndice cecal constituyen un grupo heterogéneo de neoplasias con diferente evolución y pronóstico. Su incidencia es muy baja, se estima que representan el 0,5% de todas las neoplasias gastrointestinales y se hallan en el 1% de las apendicectomías. La mayoría de los pacientes se someten a cirugía por sospecha de Apendicitis aguda y el diagnóstico del tumor suele representar un hallazgo fortuito en el estudio anatomopatológico de muestras de apendicectomía<sup>(9-12)</sup>.

Se presenta el caso de una paciente femenina de 72 años de edad que ingresó al servicio de emergencia por dolor abdominal agudo, con sospecha de neoplasia maligna de recto. Se confirma el diagnóstico por estudios anatomopatológico de Adenocarcinoma tubular con componente mucinoso en recto-sigmoides de bajo grado y Adenocarcinoma mucinoso de apéndice de bajo grado.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 72 años, sin antecedentes de interés que acude a consulta de servicios de urgencias por dolor abdominal intermitente de tipo cólico, pérdida de peso, sin otra sintomatología asociada. La paciente presenta dolor a la palpación en hemiabdomen inferior, con intensidad aumentada en fosa iliaca derecha, con defensa y signo de Blumberg positivo. Se solicitó estudios de laboratorio: leucocitos  $8,8 \times 10^9 /L$ , neutrófilos 70%, no mostrando leucocitosis ni neutrofilia.

Se plantea una hipótesis diagnóstica de neoplasia maligna de recto, ingresando a sala de operaciones de emergencia, se realiza una laparotomía exploratoria más resección anterior bajo de recto más anastomosis colorrectal, hallando una tumoración en recto medio-superior de +/- 6 x 6 cm con adenopatías perirrectales y tumor en apéndice cecal de +/- 8 x 10 cm sin adenopatías peritumorales, presencia de

adherencias epiploparietales y enteroparietales. El curso postoperatorio transcurre con mal pronóstico, falleciendo a las 48 horas. El resultado final se dio con el estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica, reportando un Adenocarcinoma tubular con componente mucinoso en recto-sigmoides de bajo grado de malignidad (moderadamente diferenciado), con invasión hasta tejido adiposo peri rectal adyacente, bordes de invasión infiltrativo e invasión perineural, con margen de resección libre y ganglios linfáticos libres de neoplasia maligna; además de, Adenocarcinoma mucinoso de apéndice moderadamente diferenciado (G2), de localización difusa, la neoplasia invade hasta la muscular propia, margen de resección libres de neoplasia maligna. (clasificación según OMS)<sup>(21)</sup>.



Figura 1  
Recto sigmoide (A), que al corte se aprecia formación tumoral, anular, ulcerado (B)

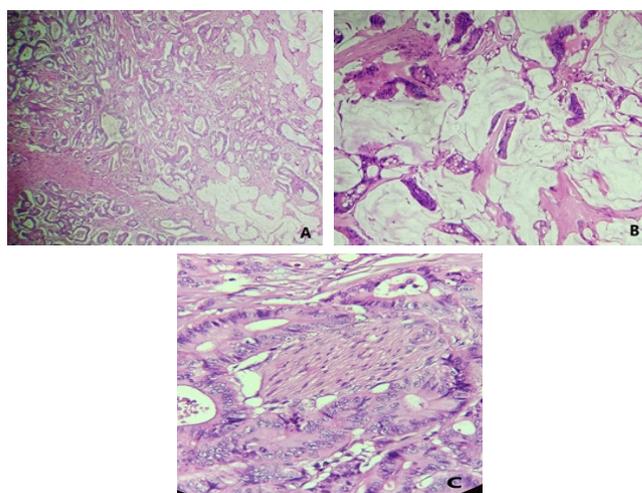
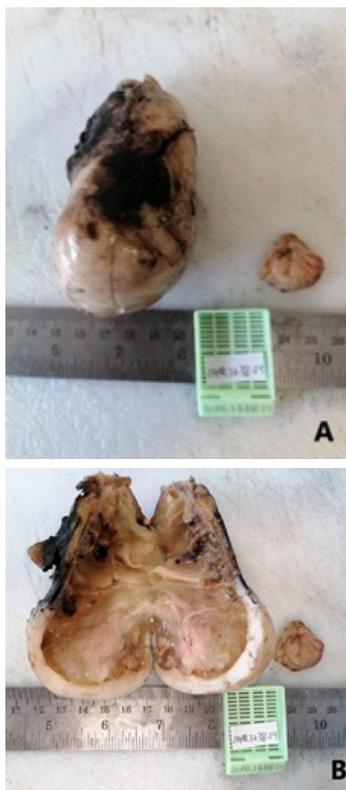
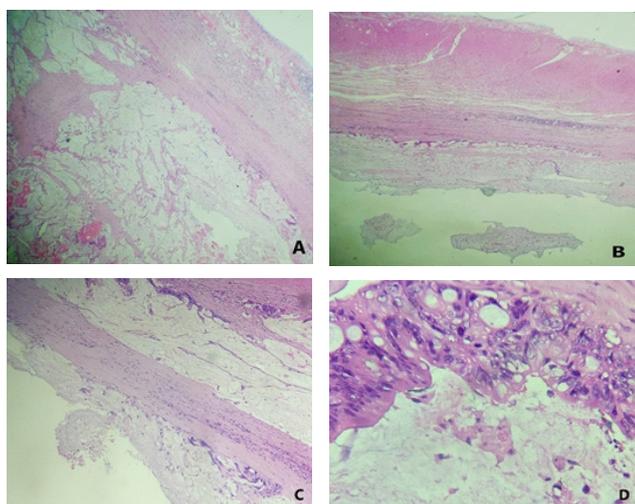


Figura 2  
Cortes histológicos con tinción de Hematoxilina-Eosina en el que se observa Adenocarcinoma tubular de recto-sigmoides (A), componente mucinoso (B) e invasión perineural (C).



**Figura 3**  
Apéndice cecal (A), que al corte se aprecia paredes engrosadas y la luz ocupada totalmente por material coloide y mucoide (B)



**Figura 4**  
Visión panorámica de la pared apendicular infiltrada por Adenocarcinoma mucinoso de apéndice (A, B y C), características celulares atípicas con criterios de malignidad para adenocarcinoma (D), observándose las mitosis. Cortes histológicos con tinción de Hematoxilina-Eosina.

## DISCUSIÓN

Los tumores sincrónicos son sumamente raros<sup>1</sup>, la coexistencia de cáncer de colon y apéndice es un fenómeno relativamente inusual, que plantea problemas diagnósticos a la hora de discriminar la naturaleza primaria o metastásica de cada uno de ellos.

Es presumible que los tumores sincrónicos, se originen sobre un sustrato etiológico común, genético y ambiental. Los últimos avances en biología molecular han proporcionado evidencia que la inestabilidad cromosómica, la inestabilidad microsátélite (IMS) y la metilación de genes, son responsables de varias lesiones o factores predisponentes para el cáncer sincrónico. La inestabilidad cromosómica (que provoca la inactivación de los genes supresores de tumores) representa aproximadamente el 60% de los cánceres sincrónicos; los tumores que tienen alta IMS y son negativos para metilación de genes, son responsables del 10%; los otros cánceres sincrónicos que son positivos para metilación de genes (que lleva al silenciamiento del gen supresor de tumor) comprenden aproximadamente el 30%<sup>(13-15)</sup>.

El Adenocarcinoma mucinoso de apéndice es una entidad muy rara, que ocurre en el 0,08% de todos los cánceres, y los métodos terapéuticos aún son polémicos<sup>16</sup>. El riesgo de desarrollar tumores mucinosos del apéndice es similar entre hombres y mujeres<sup>(17)</sup>, aunque algunos estudios han demostrado que esta patología es más común en mujeres<sup>18</sup> y personas mayores de 50 años<sup>(17,19)</sup>.

Este caso ilustra la infrecuente presentación de dos neoplasias malignas sincrónicas, diferentes, encontradas en el tracto digestivo bajo.

El diagnóstico definitivo se realiza mediante la pieza anatómica analizada por el anatomopatólogo después de la cirugía. La proporción de sospechas de tumores de apéndice durante la cirugía es baja y esta situación retrasa su enfrentamiento. La citorreducción más quimioterapia pareciese tener una buena respuesta en el tratamiento de la enfermedad, mejorando las tasas de respuesta con sobrevividas a tres años de alrededor del 65%<sup>20</sup>; en el caso reportado, el curso de la enfermedad presentada fue rápida, 48 horas después de la cirugía, la paciente hace shock séptico e infarto agudo de miocardio, falleciendo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Verdecia J, Quintana M, González T, Martínez MA. Enfermedad tumoral sincrónica. Rev Cubana Urol 2020;9(2):89-95.
- Limaylla H, Alfaro A, León M. Tumor sincrónico: cáncer de colon y liposarcoma. An. Fac. med. 2013; 74(2).
- Fonseca Buitrago CL, Sánchez Martínez LM, Daza FP, Ruiz CA, Cárdenas AM, Vega J, et al. Tumores primarios múltiples sincrónicos: carcinoma de células renales y colorrectal. Urología Colombiana. 2017;26(3):159-63.
- GLOBOCAN [Internet]. [citado 16 de Febrero 2020]. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/>
- Ladrón-de-Guevara D, Pérez D, Núñez P, Ramírez F, Zárate A, López F. Cáncer sincrónico detectado con PET/ CT-Tomografía Computada contrastada (PET/CTc) en 210 pacientes con cáncer colorrectal recientemente diagnosticado. Rev. méd. Chile. 2019; 147(7): 828-835.
- Diego Dávila D, Palacios O, Naranjo C. Metástasis hepáticas en el cáncer colorrectal: estrategias terapéuticas y recomendaciones actuales. Rev Colomb Cir. 2017; 32:304-18.
- Liga contra el cáncer. Análisis de la situación actual del cáncer en el Perú [internet] 2019. Disponible en <https://cutt.ly/qcdpMc6>
- Wu A, He S, Li J, Liu L, Liu C, Wang Q, et al. Colorectal cancer in cases of multiple primary cancers: Clinical features of 59 cases and point mutation analyses. Oncology Letters 2017; 13: 4720-6.
- Butte JM, García-Huidobro M, Torres J, Salina M, Duarte I, Pinedo G, et al. Tumores del apéndice cecal. Análisis anatomoclínico y evaluación de la sobrevivida alejada. Revista Chilena de Cirugía 2007; 59:217-22.

10. Darriba M, Madrazo Z, Aranda H, Sanjuan X, Hernández J. Neoplasias mucinosas del apéndice: ¿hablamos todos el mismo idioma? *Revista Española de Enfermedades Digestivas* 2012; 104(1):44-45.
11. Ploenes T, Borner N, Kirkpatrick CJ, Heintz A. Neuroendocrine Tumour, mucinous adenocarcinoma and signet-ring cell carcinoma of the appendix: three cases and review of literature. *Indian J Surg*. 2013;75(Suppl 1):299-302.
12. Wolniczak I, Cáceres A, Santillana JA. Adenocarcinoma mucinoso de apéndice. Reporte de un caso. *Revista de Gastroenterología del Perú* 2016; 36(2):169-71.
13. Pajares J. Análisis de las vías de carcinogénesis del cáncer colorrectal sincrónico no hereditario. España[Tesis]. 2017. Disponible en <https://core.ac.uk/download/pdf/95546857.pdf>
14. Balaguer F, Piñol V, Castells A. Cáncer colorrectal. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica de prevención del cáncer colorrectal. Guía de práctica clínica de prevención del cáncer colorrectal. Barcelona. [internet]. Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, y Centro Cochrane Iberoamericano, actualización 2009. Disponible en [https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/41\\_Cancer\\_colorrectal.pdf](https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/41_Cancer_colorrectal.pdf)
15. Lam AKY, Carmichael R, Buettner PG, Gopalan V, Ho YH, Siu S. Cáncer sincrónico colorrectal. Significado clinicopatológico del carcinoma sincrónico en el cáncer colorrectal. *Am J Surg* 2011; 202(1): 39-44.
16. Ruoff C, Hanna L, Zhi W, Shahzad G, Gotlieb V, WasidSaif M. Cancers of the appendix: review of the literatures. *Oncology*. 2011;2001: 728579.
17. Arrington D, Jewett B, Sterner S, et al. Incidental mucocele of the appendix in a 15-year-old girl. *Pediatr Emerg Care*. 2014; 30:555-7.
18. Rouchaud A, Glas L, Gayet M, et al. Appendiceal mucinous cystadenoma. *Diagn Interv Imaging*. Elsevier Masson SAS. 2014; 95:113-6.
19. Spyropoulos C, Rentis A, Alexaki E, et al. Appendiceal mucocele and pseudomyxoma peritonei; The clinical boundaries of a subtle disease. *Am J Case Rep*. 2014; 15:355-60.
20. Fulle A, Castillo R, Moreno P, Orellana M, Cabrerías M, Briones P, Carbajal G, Kusanovich R, Quezada F. Análisis de casos de adenocarcinoma apendicular y su manejo en una serie de 10 años en el Hospital Doctor Sótero del Río. *Rev. Chil Cir*. 2017; 69(4):297-301.
21. Nagtegaal ID, Odze RD, Klimstra D, Paradis V, Rugge M, Schirmacher P, et al. The 2019 WHO classification of tumours of the digestive system. *Histopathology*. 2020;76(2):182-8.