

Cistoadenocarcinoma de ovario y apéndice*

Drs. JUAN PABLO ALARCÓN C.¹, LUIS SÁNCHEZ-G.¹, ELISA RODRÍGUEZ M.¹,
MANUEL DÍAZ T.¹, RAMÓN LÓPEZ R.¹, LORENA PARIS B.¹, GERMÁN ADRIO D.¹

¹ Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Arquitecto Marcide – Profesor Novoa Santos Área Sanitaria de Ferrol, La Coruña, España.

Abstract

Mucinous cystic adenocarcinoma of the ovary and appendix

We report a 73 years old woman presenting with a right ovarian tumor. Preoperative carcinoembryonic antigen and CA-125 levels were above normal levels. The patient was operated, performing a bilateral oophorectomy and appendectomy. The pathological study of the surgical piece reported a mucinous ovarian cystic adenocarcinoma that infiltrated the wall but did not reach the capsule. A mucinous cystadenoma was found in the contralateral ovary. A mucinous adenocarcinoma was detected in the appendix, involving the wall but sparing the serosa. The patient was subjected to chemotherapy and six months after the first operation a tumor relapse was detected. A new excision was carried out and the patient continues with adjuvant chemotherapy. The ovarian and appendiceal tumors could be synchronous or a primary and secondary localization.

Key words: Cystadenocarcinoma, ovary, appendix.

Resumen

Introducción: El cistoadenocarcinoma de apéndice es una neoplasia poco frecuente. La asociación de tumores apendiculares y ováricos es conocida cuando existe pseudomixoma peritoneal. Sin embargo, la relación de la patogénesis entre los tumores es todavía desconocida. **Caso clínico:** Mujer de 73 años con clínica de plenitud postprandial y dispepsia de un año de evolución. La RMN abdomino-pélvica demuestra una gran tumoración de 15x13x9 cm, politabizada, con origen en ovario derecho. Presenta un CEA preoperatorio de 50 y un CA-125 de 30. Se realizó laparotomía infraumbilical con anexectomía bilateral y apendicectomía. El resultado anátomo-patológico informa de cistoadenocarcinoma mucinoso de ovario bien diferenciado que infiltra casi toda la pared, abierta, sin alcanzar la cápsula ovárica; el ovario contralateral presenta un cistoadenoma mucinoso; el apéndice cecal presenta adenocarcinoma mucinoso bien diferenciado, con infiltración de casi toda la pared, respetando la serosa. **Discusión:** Presentamos el caso de una tumoración pélvica con diagnóstico anátomo-patológico de cistoadenocarcinoma mucinoso de ovario. Asimismo se demuestra afectación de apéndice cecal por adenocarcinoma mucinoso. Nos planteamos, por tanto, la posibilidad de que se trate de una infiltración metastásica o dos tumores sincrónicos. Revisamos el concepto de cistoadenocarcinoma apendicular y ovárico, y analizamos los posibles mecanismos de asociación entre ellos. **Conclusión:** Destacamos la necesidad de una exhaustiva revisión de la cavidad abdominal ante este tipo de patología, dada su asociación con otros procesos neoplásicos intraabdominales.

Palabras clave: Adenocarcinoma, mucinoso, cistoadenocarcinoma, pseudomixoma peritoneal.

*Recibido el 7 de noviembre de 2011 y aceptado para publicación el 29 de diciembre de 2011.

Correspondencia: Dr. Juan Pablo Alarcón C.
Rúa San Pedro (Leixa) S/N. Ferrol, 15405 A Coruña, España.
dralarcon@gmail.com

Introducción

El cistoadenocarcinoma de apéndice es una neoplasia poco frecuente¹. Su hallazgo suele ser incidental durante la cirugía, tras la sospecha de una apendicitis aguda. La asociación de tumores apendiculares y ováricos es conocida cuando existe pseudomixoma peritoneal. Sin embargo, la relación de la patogénesis entre los tumores es todavía desconocida^{1,2}.

Presentamos el caso de una tumoración pélvica diagnosticada inicialmente como cistoadenocarcinoma mucinoso de ovario con afectación de apéndice cecal por adenocarcinoma mucinoso, sin poder determinar origen ovárico o apendicular. Se plantea la posibilidad de que se trate de una infiltración metastásica o doble primario.

Caso clínico

Mujer de 73 años con antecedentes personales de cardiopatía isquémica, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. Presenta una clínica de plenitud postprandial y dispepsia de un año de evolución, acompañado desde hace un mes de metrorragias, por lo que acude a la Unidad de Urgencias de nuestro hospital. A la exploración física presenta genitales externos, vagina y cuello sin datos de interés a excepción de sangrado, útero irregular de múltipara y masa móvil blanda que alcanza ombligo y que parece corresponder con anexo derecho.

En ecografía se identifica un útero irregular con endometrio de 20 mm de espesor, sospechoso de adenocarcinoma y en hemiabdomen inferior ocupando pelvis una gran masa heterogénea de ecogenicidad mixta tabicada.

La RMN abdomino-pélvica demuestra una gran tumoración de 15x13x9 cm, politabicada, con origen en ovario derecho; a nivel de ovario izquierdo una lesión de 4,5x3x3 cm, de bordes hipointensos y contenido quístico; en el útero múltiples áreas del mismo tamaño y aspecto quístico endometriales; no adenopatías de tamaño significativo a nivel abdomino-pélvico; aisladas adenopatías inguinales de tamaño inferior a 1 cm.

Se interpreta como gran tumoración ovárica derecha que sugiere cistoadenocarcinoma o tumor *borderline* con probable quiste hemorrágico en ovario izquierdo, alteraciones miometriales en probable relación con adenomiosis y quistes subendometriales.

Se realiza legrado obteniéndose material endocervical insuficiente para diagnóstico.

Presenta un CEA preoperatorio de 50 y un CA-125 de 30 (ambos elevados).

Posteriormente, se realiza laparotomía infraum-

bilical con anexectomía bilateral y apendicectomía. Se observa una gran tumoración anexial derecha de 15x16 cm, adherida a sigma y cara posterior del útero, que se rompe durante la manipulación liberando material mixomatoso gelatinoso (pseudomixoma peritoneal); apéndice engrosado con mismo contenido que ovario; anexo izquierdo de 5 cm, íntimamente adherido a cara posterior de útero y sigma; zona tumoral que afecta a cara posterior de ligamento ancho, sigma y útero; útero adherido a sigma desde mitad de cara posterior.

El resultado anátomo-patológico informa de cistoadenocarcinoma mucinoso de ovario bien diferenciado que infiltra casi toda la pared, abierta, sin alcanzar la cápsula ovárica; el ovario contralateral presenta un cistoadenoma mucinoso; el apéndice cecal presenta adenocarcinoma mucinoso bien diferenciado, con infiltración de casi toda la pared, respetando la serosa.

La paciente recibió seis ciclos de quimioterapia adyuvante según esquema Carboplatino-Paclitaxel.

A los seis meses se realiza una TC tóraco-abdominal que evidencia una masa anexial derecha de aproximadamente 4,7x4, 2x5, 2 cm, compatible con recidiva de neoplasia ovárica.

Es reintervenida, bajo anestesia general, mediante laparotomía media, encontrándose recidiva de la neoplasia. Se realizó resección de la recidiva, histerectomía y extirpación de sigma por infiltración del tumor, con colostomía terminal. El resultado anátomo-patológico fue el siguiente: en pieza quirúrgica correspondiente a histerectomía, doble anexectomía y segmento de sigma, infiltración neoplásica por cistoadenocarcinoma mucinoso que invade la serosa intestinal y uterina; Realizado estudio inmunohistoquímico se observa positividad para estrógenos y progesterona así como para CA-125.

La paciente actualmente está recibiendo quimioterapia adyuvante según esquema Carboplatino-Caelyx, con buena tolerancia.

Discusión

Presentamos el caso de una tumoración pélvica con diagnóstico anátomo-patológico de cistoadenocarcinoma mucinoso de ovario. Asimismo se demuestra afectación de apéndice cecal por adenocarcinoma mucinoso. Nos planteamos por tanto, la posibilidad de que se trate de una infiltración metastásica o dos tumores sincrónicos.

Revisando el concepto de cistoadenocarcinoma apendicular y ovárico, y analizando los posibles mecanismos de asociación entre ellos, nos decantamos por la opción de que la metástasis desde el ovario al apéndice es poco probable en nuestra paciente,

por el hecho de que el sitio donde se encuentra el foco carcinógeno es en la luz intestinal apendicular, respetando la capa serosa del mismo².

Independientemente de que la extirpe histológica de ovario y apéndice sean de distinto origen embriológico, se sabe que es posible la existencia de epitelio gastrointestinal en el ovario, bien de origen teratomatoso o por metaplasia de la superficie epitelial del mismo³. Dicho epitelio gastrointestinal del ovario puede estar sometido a los mismos estímulos neoplásicos que la mucosa apendicular y colónica, por lo que hay que considerar tumores coexistentes de ovario y apéndice en ausencia de enfermedad a distancia.

El cistoadenocarcinoma apendicular se asocia con neoplasias sincrónicas o metacrónicas de colon hasta en un 25%⁴. Cuando existe pseudomixoma peritoneal se habla de enfermedad metastásica, generalmente de origen gastrointestinal, siendo la mayoría por patología apendicular.

Ante el hallazgo de un carcinoma mucinoso de ovario, estamos obligados a plantear como diagnósticos diferenciales la metástasis de un carcinoma intestinal, apendicular, pancreático, gástrico o de cérvix.

Se ha descrito un patrón metastásico a la mucosa intestinal en un adenocarcinoma mucinoso de colon⁵, sin embargo, parece razonable pensar que la asociación de neoplasias mucinosas sincrónicas o metacrónicas responde probablemente a una susceptibilidad individual como respuesta a estímulos neoplásicos todavía desconocidos.

Se concluye con esto el posible origen primario de cada una de ellas.

Ante el hallazgo incidental de una tumoración apendicular, se debe realizar una apendicectomía reglada y buscar adenopatías para su estudio. En caso de encontrar enfermedad metastásica adenopática, está indicado realizar una hemicolectomía derecha reglada con márgenes oncológicos⁶.

Por último, destacamos la necesidad de una exhaustiva revisión de la cavidad abdominal ante este tipo de patología, dada su asociación con otros procesos neoplásicos intraabdominales.

Referencias

1. Buckmaster MJ, Sloan DA, Ellis JL, Schwartz RW. Mucinous adenocarcinoma of the colon metastatic to the intestinal mucosa. *Surgery* 1994;115:767-69.
2. Umpleby HL, Ranson DL, Williamson RC. Peculiarities of mucinous colorectal carcinoma. *Br J Surg*. 1985;72:715-8.
3. Higa E, Rosai J, Pizzimboono CA, Wise L. Mucosal hiperplasia, mucinous cystadenoma and mucinous cystadenocarcinoma of the appendix, a reevaluation of appendix mucocoele. *Cancer* 1973;32:1525-41.
4. Rodríguez JC, Roca A, Fernández MJ, Casado F, Naranjo A, Morales D. Cistadenoma mucinoso apendicular. *Cir Esp*. 1994;55:488-90.
5. Covacho D, García G, Medina M, Oliva F, Novales G. Adenocarcinoma mucinoso apendicular y adenocarcinoma mucinoso ovárico con pseudomixoma peritoneal. *Cir Esp*. 1994;55:491-3.
6. Galeano J, Planells M, Cuesta MA, Moya A, Pons S, García P, y cols. Cistadenoma de apéndice como neoplasia sincrónica de un adenocarcinoma de colon sigmoide. *Cir Esp* 1994;56:257-8.