

Apendicitis aguda con neoplasias malignas apendicular y colónica, incidentales y sincrónicas: Caso clínico

Acute appendicitis with incidental and synchronous appendicular and colonial malignancies: Clinical case

Manuel Grez I^{1,*}. <https://orcid.org/0000-0002-1243-3490>
Valentina Aravena O². <https://orcid.org/0009-0007-4790-6669>
Felipe Chamorro C². <https://orcid.org/0009-0006-4835-6227>

¹Servicio de Cirugía, Hospital de Curicó. Curicó, Chile.

²Facultad de Medicina, Universidad de Talca. Curicó, Chile.

Responsabilidades éticas: Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales. Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes. Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

*Correspondencia: Manuel Grez I / magrezster@gmail.com

Declaración de intereses: Conflicto de intereses. Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

IA. Los autores declaran que no han usado IA en la confección de este trabajo.

Recibido: 06/01/2026.

Aceptado: 17/02/2026.

Resumen

Introducción: La apendicitis aguda (AA) es el cuadro quirúrgico más frecuente de urgencia y ha estado presente a lo largo de la historia mundial. Su estudio anatomopatológico puede mostrar un cáncer incidental. **Caso Clínico:** Hombre de cincuenta años a quien se le realizó apendicectomía laparoscópica de urgencia por AA inicial. Su biopsia mostró en forma incidental un adenocarcinoma y posteriormente una colonoscopia mostró un adenocarcinoma de colon transverso. Ingresado al programa Garantías Explícitas de Salud (GES) y realizándose precozmente extirpación tumoral a través de hemicolectomía. **Discusión:** El sincronismo entre la AA, el cáncer de apéndice y de colon es raro e infrecuente. Debido al programa GES se pudo realizar el estudio y tratamiento con prioridad y celeridad. **Conclusión:** Gracias a que el paciente sufrió una AA se pudo descubrir y tratar dos cánceres incidentales y sincrónicos de apéndice cecal y colon.

Palabras clave: Apendicitis aguda; Cáncer apendicular; Cáncer de colon; Cáncer incidental.

Abstract

Introduction: Acute appendicitis (AA) is the most frequent emergency surgical condition and has been present throughout world history. Its histopathological study may reveal incidental cancer. **Clinical Case:** A fifty-year-old man underwent emergency laparoscopic appendectomy for early-stage AA. His biopsy incidentally revealed an adenocarcinoma, and subsequently, a colonoscopy showed an adenocarcinoma of the transverse colon. He was admitted to the Explicit Health Guarantees (GES) program, and tumor removal was promptly performed via hemicolectomy. **Discussion:** Synchronicity between AA, appendiceal cancer, and colon cancer is rare and infrequent. Due to the GES program, the evaluation and treatment were performed with priority and speed. **Conclusion:** Thanks to the patient suffering from AA, two incidental and synchronous cancers of the cecal appendix and colon were discovered and treated.

Keywords: Acute appendicitis, Appendiceal cancer, Colon cancer, Incidental cancer.

Introducción

La AA es una de las principales causas de dolor abdominal agudo por el cual los pacientes acuden a los servicios de urgencias (SU)¹. Young² la describe como un proceso inflamatorio agudo y causa común de dolor abdominal, destacando importantes hitos mundiales en su historia como son; la primera apendicectomía por este cuadro realizada por Amyand en 1735, Reginald Fritz quién en 1886 como profesor de Anatomía Patológica (AP) insistió sobre su rápido diagnóstico y tratamiento, McBurney quién en 1899 describió el sitio exacto donde exponer el apéndice para resecarlo y Semn quién en 1981 fue el primero en realizar una apendicectomía laparoscópica. Llanos³ complementando esta información indica que anteriormente esta patología solía llamársele “cólico miserere” y que la primera apendicectomía chilena fue realizada por el profesor Ventura Carvallo en el año 1896.

Tejada⁴ en el año 1951 destacaba la importancia del estudio histológico en su diagnóstico, aunque sin referirse en su tesis al Cáncer Apendicular, ya que aún no se le consideraba. Por otro lado, es importante tener en cuenta que la World Cancer Research Fund⁵ indica que el cáncer colorrectal es el tercer tipo de cáncer más común en el mundo y representa el 10% de todos los casos. Roh⁶ en un análisis de 2.338 pacientes sometidos a una Tomografía por Emisión de Positrones/Tomografía Computarizada (PET/CT), sin sospecha inicial de cáncer colorrectal mostró captación focal de medio de contraste (Fluorodesoxiglucosa) en el colon en el 2.1% de los casos, de los cuales, el 16% resultó ser adenocarcinoma, lo que representó en este estudio una incidencia total del 0.3% de cáncer colorrectal incidental.

Reportamos el caso clínico de un paciente cuya biopsia apendicular informó en forma incidental, un adenocarcinoma y en el estudio complementario, se encontró otro adenocarcinoma sincrónico de colon.

Caso Clínico

Hombre de cincuenta años de edad, previamente sano, consultó a nuestro SU siendo diagnosticado una AA, sospechada tras la evaluación clínica y confirmada mediante Tomografía Axial Computada (TAC) de abdomen y pelvis con contraste cuyas imágenes radiológicas sugirieron una AA sin signos de complicación. Se realizó apendicectomía laparoscópica, evolucionando favorablemente y siendo dado de alta

al día siguiente en buenas condiciones. Fue evaluado en nuestro policlínico de cirugía al mes siguiente con el resultado de la biopsia, que confirmó el diagnóstico de AA (Figura 1) y además mostró incidentalmente un adenocarcinoma apendicular de bajo grado sin invasión (Figura 2). Se ingresó prontamente al programa GES para completar el estudio de diseminación y tratamiento. Colonoscopia larga mostró un tumor de colon transverso cuya biopsia confirmó la presencia de adenocarcinoma de colon, también incidentalmente (Figura 3). Realizándose extirpación del tumor de colon transverso mediante laparotomía media supraumbilical (Figura 4) cuya biopsia ratificó el diagnóstico (Figura 5).

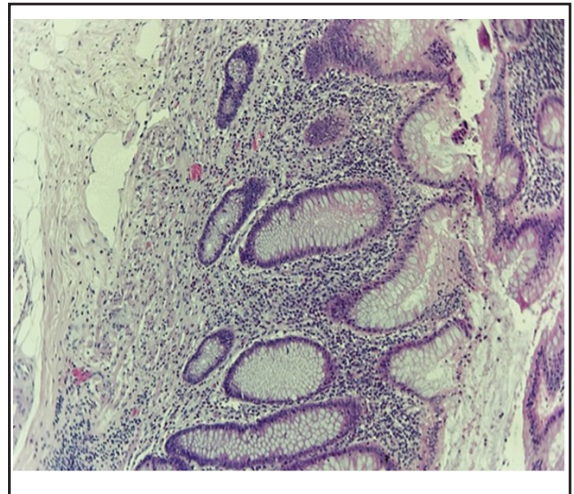


Figura 1: Microfotografía de preparación histológica de apéndice cecal, con tinción hematoxilina-eosina (HE), con aumento 10X donde se observa inflamación transmural con infiltración por abundantes neutrófilos, congestión vascular. Compatible con AA inicial.



Figura 2: Microfotografía donde se observa proliferación glandular atípica a nivel mucoso (encerrado en círculo) con tinción H-E, en aumento 10X. En el cuadrante inferior derecho se observa anastomosis glandular, pseudoestratificación nuclear, pleomorfismo celular, hiper cromasia y figuras mitóticas correspondientes con adenocarcinoma. Aumento 40X.



Figura 4: Macrofotografía de colectomía abierta de trozo de colon transverso resecado con tumor, por su borde antimesentérico con zona estenótica tumoral separada con pinza.

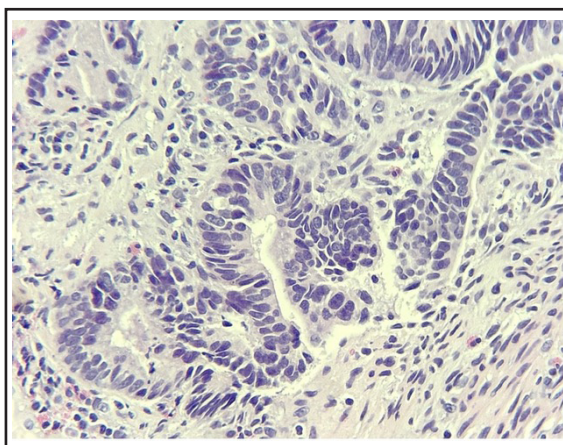


Figura 3: Microfotografía de biopsia endoscópica tomada en colonoscopia diagnóstica con tinción H-E, donde se observa proliferación glandular atípica con pseudoestratificación nuclear, pleomorfismo celular, hiper cromasia y figuras mitóticas correspondientes con adenocarcinoma. Aumento 40X.

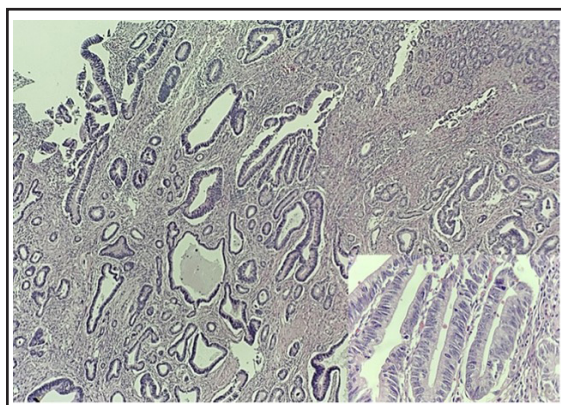


Figura 5: Microfotografía con tinción H-E, a 5X de aumento, donde se observa transición de la mucosa colónica habitual en el borde superior derecho y cambio abrupto hacia la izquierda y en profundidad por adenocarcinoma. En el cuadrante inferior derecho con mayor aumento de 40X, se muestra adenocarcinoma, bien diferenciado. (Similar al tomado por biopsia en colonoscopia de figura n°3).

Discusión

Siendo la AA una de las principales causas por la cual los pacientes acuden a los SU, algunas series describen que aproximadamente el 6% a 7% de la población sufrirá de este cuadro a lo largo de su vida, tal como el paciente reportado, quien ingresó al SU con un dolor abdominal difuso en el cuadrante inferior derecho, acompañado de anorexia, náuseas y vómitos de pocas horas de evolución; lo que sugería una AA inicial. Haber solicitado una TAC, fue una conducta adecuada y validada internacionalmente como respaldo Rud⁷. Actualmente frente al cuadro de AA, la indicación es la extirpación del apéndice, vía laparoscópica como respaldan los reportes de Saade⁸ y Vallejos⁹, siendo el estudio anatomopatológico indispensable para confirmar el diagnóstico y ver tanto la correlación clínico patológica, como muestra el reporte de Kulikoff¹⁰, así como la presencia de neoplasias incidentales como señalan los reportes de Álvarez-Álvarez¹¹, Butte¹² y Grez¹³. Además, de manera excepcional como indica el reporte de Chancafe¹⁴ puede existir la posibilidad de encontrar de manera incidental, un cáncer apendicular (CA) y/o colónico.

Habiendo destacado la importancia de este estudio, se debe considerar que, a pesar de existir la cirugía chilena desde antaño, no siempre se pudo contar con él, especialmente en las provincias. Solo hace treinta y cinco años nuestro hospital provincial cuenta con un servicio de AP para procesar las biopsias post quirúrgicas. Esto fue posible gracias a la pionera, entusiasta e incomprendida labor del joven anatomatólogo Dr. Rodrigo Prado A., quien arribó a nuestro hospital como post becado del hospital San Juan de Santiago, capacitado y asesorado por su profesora, la primera Maestra de AP chilena, Dra. Virginia Martínez Corta (Q.E.P.D.) para organizar el primer Servicio de AP, partiendo con un rudimentario microscopio y microtomo, consiguiendo que le fueran enviadas todas las apéndices extirpadas por AA solo cuando logró demostrar a la Dirección de nuestro hospital la presencia de CA incidentales, similares al caso que ahora reportamos.

El paciente reportado en este estudio corrió con la buena fortuna, gracias al estudio AP de la pieza extraída, de la existencia de un silente e incidental CA, situación que según reporta Zamorano¹⁵ es un cuadro extremadamente infrecuente, representando de un 0,2% a 0,5% de todos los tumores de origen gastrointestinal y un 0,9% a 1,4% de las apendicectomías debido a un

cuadro apendicular agudo, mientras que Venturelli¹⁶ describe una incidencia que va en el orden del 0.28% de todas las AA, mientras que Guerrero-Macías¹⁷ o Álvarez-Álvarez¹¹ reportan incidencias que bordean el 1-2%. Pero esta relación entre AA y CA no resulta bidireccional, ya que según datos del mismo Guerrero-Macías¹⁷, más del 50% de las neoplasias apendiculares se van a presentar como un cuadro de AA, a diferencia del porcentaje comentado anteriormente de cuadros de cáncer en AA. Por tanto, cuando se logre establecer el diagnóstico de CA en una biopsia diferida de la pieza extraída, que en un comienzo se realizó solamente pensando en un cuadro de AA, es a lo que vamos a llamar CA incidental. Así mismo, como se comentó, la posibilidad de encontrar patologías incidentales como las neoplasias en la biopsia es baja. Pero dentro de este pequeño porcentaje Álvarez-Álvarez¹¹ reporta que 6.242 pacientes en una revisión de diez años del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", el 90.47% fueron benignas (neuroma y adenoma) y sólo el 9.53% fueron de naturaleza maligna (adenocarcinoma y carcinoide). En Chile, Venturelli¹⁶ reporta 6.093 apendicectomías en pacientes del Hospital Base de Osorno donde se encontró cáncer en el 0,28% (17 pacientes) de los casos, de los cuales 11 (64%) fueron carcinoides, 5 (29%) adenocarcinomas y 1 (6%) resultó ser linfoma no Hodgkin. Actualmente Osueni¹⁸ sugiere que la extirpación quirúrgica es el pilar del tratamiento para los cánceres del apéndice; tratamiento que desde un inicio ya fue realizado en el paciente reportado. Algunos casos más avanzados de CA que cuenten con metástasis a distancia pueden no ser quirúrgicamente resecables. En cuanto a los tumores carcinoides, los más comunes según series nacionales, está indicada la apendicectomía si miden menos de 1 cm, lesiones mayores a 2 cm requieren de hemicolectomía derecha y en el caso de tumores entre 1 a 2 cm su manejo va a depender de factores como la invasión y márgenes. Sin embargo, el adenocarcinoma apendicular, debido a su agresividad y patrón de diseminación, debe manejarse siempre con hemicolectomía derecha para asegurar una correcta limpieza oncológica, como respaldan los reportes^{15,18,19}.

Debido al informe AP del apéndice junto a un CA en el paciente reportado, se comenzó el estudio de etapificación correspondiente cubierto por el programa GES²⁰. Es importante destacar que, si bien el adenocarcinoma apendicular es una entidad infrecuente y distinta al cáncer de colon clásico, al

tratarse histológicamente de un adenocarcinoma, las guías internacionales recomiendan un manejo homólogo al del cáncer de colon derecho. Esta similitud biológica y necesidad de un manejo oncológico oportuno justifican su ingreso administrativo bajo el alero de la garantía GES de “Cáncer Colorrectal para personas de 15 años o más”²¹, permitiendo priorizar el estudio de etapificación. Gracias a esto se realizó una colonoscopia larga, donde se encontró además una neoplasia colónica incidental.

Actualmente para su tratamiento estudios nacionales como el de Ríos²² describe la resección quirúrgica del tumor primario vía cirugía laparoscópica como el tratamiento estándar en Chile desde finales de los años 90, método ampliamente respaldado por sus buenos resultados. No obstante, en este caso clínico se optó por una laparotomía. Esta decisión se fundamentó en la localización del segundo tumor en el colon transversal y la necesidad de una resección oncológica extendida debido a la sincronía tumoral. Tal como establecen las guías clínicas de la NCCN²³, la resección abierta se mantiene como un estándar de seguridad aceptado cuando la anatomía es compleja o se requiere una disección extensa que podría verse comprometida por vía laparoscópica en el colon transversal, en este caso presentado el motivo era el segundo señalado. Cabe destacar que aproximadamente el 20% de los pacientes van a presentar metástasis hepáticas al momento del diagnóstico, siendo la resección completa de estas metástasis el único tratamiento efectivo, mientras que en etapas más avanzadas como son la etapa II y III, la quimioterapia adyuvante ha demostrado mejorar significativamente la supervivencia²⁴.

Conclusión

El paciente que reportamos fue adecuadamente manejado con una doble buena fortuna para él, ya que gracias a haber sufrido una AA fue apendicectomizado de urgencia donde pudo ser pesquisado en la biopsia, de forma incidental, un adenocarcinoma y por haber procedido de inmediato a su estudio, gracias al GES, se pudo pesquisar la presencia de un adenocarcinoma sincrónico.

Referencias

- González R, Pérez M, Rodríguez L. Apendicitis aguda: diagnóstico y tratamiento. *Prensa Médica Argent.* 2022; 108(9): 423-430. https://prensamedica.com.ar/LPMA_V108_N09_P423.pdf
- Young P. La apendicitis y su historia. *Rev. Méd. Chile.* 2014; 142(5): 667-672. [citado 2025 Jun 03]; Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000500018&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000500018>
- Llanos L Osvaldo. Del cólico miserere a la apendicectomía laparoscópica. *Rev Chil Cir.* 2014; 66(4): 375-380. [citado 2025 mayo 06]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262014000400015&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262014000400015>
- Tejada Valenzuela C. Anatomía patológica de las apendicitis: su relación clínico-patológica [tesis de médico y cirujano en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de ciencias médicas. 1951. [citado 5 jun 2025]. Disponible en: <https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/pre/1951/019.pdf>
- World Cancer Research Fund. Colorectal cancer statistics. Disponible en: <https://www.wcrf.org/preventing-cancer/cancer-statistics/colorectal-cancer-statistics/>
- Roh SH, Kim MJ, Oh SN, et al. Incidental focal colonic 18F-FDG uptake on PET/CT: the clinical significance and its impact on patient management. *Nuclear Medicine Communications.* 2014; 35(3): 239-245.
- Rud B, Vejborg TS, Rappoport ED, Reitsma JB, Wille-Jørgensen P. Computed tomography for diagnosis of acute appendicitis in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019; (11): CD009977. Doi:10.1002/14651858.CD009977.pub2
- Saade C RA, Benitez P G, Aponte R ME. Tratamiento laparoscópico en los cuadros de apendicitis aguda. *RFM.* 2005; 28(1): 50-53. [citado 2025 mayo 09]. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692005000100009&lng=es
- Vallejos C. Apendicectomía laparoscópica vs apendicectomía abierta en apendicitis aguda. Experiencia del hospital regional de Coyhaique. *Rev Chil Cir.* 2006; 58(2): 114-121. [citado 2025 mayo 09]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262006000200007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262006000200007>
- Acta de reunión clínica Boris Kulikoff del Amo, Vargas F, Rodríguez C. Correlación clínico-patológica en apendicitis aguda en el Hospital Padre Hurtado publicado el 1 de septiembre de 2002. <http://doi.org/10.5867/medwave.2009.10.4215>
- Álvarez-Álvarez S, González-Pérez LG, Sánchez-Pérez EA, Madrigal-Téllez MA, Hurtado-López LM. Prevalencia de tumores apendiculares en pacientes operados de apendicectomía en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, revisión a 10 años. *Cir Gen.* 2016; 38(1): 7-11. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-00992016000100007&script=sci_arttext
- Butte J, Garcia M; M Javier, Salinas F, Duarte G, Pinedo, M George et al. Tumores del apéndice cecal: análisis anatomo-clínico y evaluación de la sobrevida alejada. *Rev Chil Cir.* 2007; 59(3): 217-222. [citado 2025 mayo 08]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262007000300009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262007000300009>
- Grez M, Carmona Alvarado H, Diaz Zapata J. Hernia de Amyand con apendicitis aguda y tumor carcinoide. *Rev Hispanoam Hernia.* 2020; 8(1): 37-41.

14. Chancafe-Rodríguez, Gil Á, Chávvarry-Ysla P. Tumor sincrónico de colon y apéndice. Reporte de caso. *Rev. Cuerpo Med. HNAAA*. 2021; 14(1): 71-74. [citado 2025 Abr 25] Disponible en: http://www.scielo.org/pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2227-47312021000100012&lng=es. <http://dx.doi.org/10.35434/rmhnaaa.2021.141.886>
15. Zamorano D, Quiroz F, Drolett S, Carrasco L. Neoplasias malignas primarias del apéndice cecal: Estudio comparativo entre 2 hospitales regionales. *Rev Chil Cir*. 2014; 66(6): 543-548. [citado 2025 mayo 08] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262014000600006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262014000600006>.
16. Venturelli M, Cáceres P, Meza A, Cárcamo I, Garcés Q, Miranda U. Tumores apendiculares en 6.093 apendicectomías de urgencias: Sobrevida a 5 años. *Rev Chil Cir*. 2010; 62(6): 594-599. Doi:10.4067/S0718-40262010000600009
17. Guerrero-Macias S, Briceño-Morales C, González, F, Puerto P, Burgos R, Millán-Matta C, García-Mora M. neoplasias apendiculares incidentales. *Rev Colomb Cir*. 2022; 37: 298-304. <https://doi.org/10.30944/20117582.1686>
18. Osueni A, Chowdhury YS. Appendix cancer. En: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatePearls publishing. 2025. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555943/>
19. Fulle C, Castillo R, Moreno L, Orellana G, Cabrerías S, Briones N. et al . 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. [citado 2025 abr 25]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262017000400006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2016.12.002>
20. Superintendencia de salud. Garantías explícitas de salud. Disponible en: <https://www.superdesalud.gob.cl/tax-temas-de-orientacion/garantias-explicitas-en-salud-ges-1962/>
21. Ministerio de Salud (CL). Guía de práctica clínica: Cáncer colorrectal en personas de 15 años y más. Santiago: MINSAL. 2018. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/garantias-explicitas-en-salud-auge-o-ges/guias-de-practica-clinica/cancer-colorrectal-en-personas-de-15-anos-y-mas/>
22. Ríos J, Barake M, Arce M, López-Köstner F, Labbé T, Villena J, Becerra S. Situación actual del cáncer de colon en Chile: Una mirada traslacional. *Rev Med Chile*. 2020; 148(6): 858-867. Doi:10.4067/S0034-98872020000600858
23. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Colon Cancer. Version 2.2024. Plymouth Meeting (PA): National Comprehensive Cancer Network. 2024. [citado 8 de enero de 2026]. Disponible en: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/colon.pdf
24. Mondaca S, Villalón C, Leal JL, Zúñiga Á, Bellolio F, Padilla O, et al. Beneficio de la quimioterapia adyuvante en pacientes con cáncer de colon: cohorte retrospectiva de un hospital clínico universitario. *Rev Med Chile*. 2016; 144(2): 145-151. [cited 2019 Sep 18]. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000200001