



XXVIX Reunión Sociedad Ginecológica Murciana



Tumores sincrónicos: cistoadenofibroma papilar seroso borderline ovárico y tumor neuroendocrino apendicular

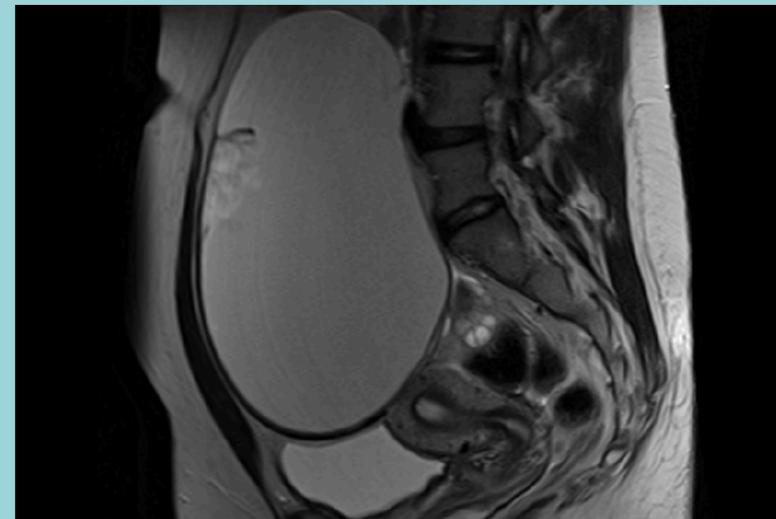
Martínez Martínez, Almudena*; Bueno Gonzalez María del Mar*; Jimenez García, Alba*; Rodriguez López, Pilar*; Batres Martínez, Laura*; Talens Orts, Paula*; San Nicolás Griñan, María Dulce; Vázquez Campa, Raquel*.
*Servicio de Obstetricia y Ginecología de Hospital General Universitario Santa Lucía.

INTRODUCCIÓN

El tumor del apéndice cecal más frecuente es el carcinoide y carece de manifestaciones clínicas específicas en la mayoría de los enfermos, resultando un hallazgo del estudio AP. Tumor poco frecuentes y se diagnostica en el 0,7 al 1,7% de las apendectomías. Se pueden presentar como hallazgo durante intervención abdominal por otra causa. Mayor frecuencia en mujeres. Edad promedio de presentación entre 32 y 49 años.

CASO CLÍNICO

Mujer de **21 años**, nuligesta, derivada a Ginecología en noviembre de 2017 por elevación de androstendiona. Antecedentes personales: Síndrome de ovario poliquístico en tratamiento con drospirenona/etiilestradiol. Exploración: Ecografía: útero en AVF, desplazado por gran **formación de 117x114 mm dependiente de anejo derecho** de paredes lisas y tabique central fino, contenido hipoecogénico, no se visualiza ovario izquierdo, no líquido libre. Marcadores tumorales de ovario negativos. **RMN pelvis: voluminosa masa quística ovárica izquierda de 10x14x17 cm**, con dos proyecciones papilares sólidas en su pared anterior y algún escaso septo fino compatible con tumor borderline seroso como primera posibilidad y mucinoso como segunda. Agosto de 2018 se realiza cirugía; **Hallazgos intraoperatorios: masa quística de 22 cm dependiente de ovario izquierdo**, se realiza anexectomía izquierda laparotómica. Resto de aparato genital macroscópicamente normal. En la inspección abdominal se visualiza **apéndice cecal levemente engrosado** en su extremo distal y se realiza apendicectomía reglada. AP: Anejo izquierdo con tumoración de 18x14x9 cm de 1280 gr. que corresponde a **Cistoadenofibroma seroso borderline ovárico pT1aNxMx Estadio IA FIGO. Apéndice cecal con tumor neuroendocrino de bajo grado de 1.8 cm con invasión de mesoapéndice pT3nxMx**. Enolasa 19 y 5HIIA normales. Octreoscan septiembre 2018: sin hallazgos que sugieran tejido tumoral con sobreexpresión de receptores de somatostatina. Diciembre de 2018 se realiza **hemicolecotomía derecha**. AP: Pieza de hemicolecotomía con restos de neoplasia neuroendocrina de bajo grado en un ganglio de 22 aislados **T0N1**. Actualmente la paciente se encuentra en seguimiento por oncología sin recidiva de ambos tumores y pendiente de estudio genético.



DISCUSIÓN

No se ha encontrado en la literatura relación entre ambos tumores. El tumor carcinoide apendicular presenta bajo potencial metastásico y es poco frecuente encontrar metástasis al diagnóstico. Afectación de los ganglios en el 3,8% de los casos y metástasis en el 0,7%. Factores pronósticos para estimar el potencial metastásico, son el tamaño y la extensión al mesoapéndice. La probabilidad de metástasis en lesiones menores de 1cm es cercana a 0, infrecuente en las de 1 a 2 cm y aumenta en los tumores > 2cm (aproximadamente un 30%). Correlación entre la afectación del mesoapéndice y la presencia de metástasis ganglionar. La apendicectomía sería suficiente como tratamiento de los carcinoides <1cm debido a su buen pronóstico. En los tumores de entre 1 y 2 cm hay controversia en cuanto a tratamiento, pero en la mayoría de las publicaciones se recomienda realizar sólo apendicectomía. En las lesiones > 2cm debido al mayor riesgo de metástasis, algunos autores aconsejan una hemicolecotomía derecha. Se ha sugerido realizar una hemicolecotomía derecha en afectación de mesoapéndice o base apendicular.