



## Síndrome apendicular en el adulto mayor: carcinoma de colon derecho como diagnóstico diferencial clave. Reporte de caso.

Appendiceal Syndrome in the Elderly: Right-Sided Colon Carcinoma as a Key Differential Diagnosis. A Case Report.

VERONA CASTRO BLANCA FERNANDA<sup>1</sup>, VIVIANA LIZETH TORRES FERNÁNDEZ<sup>1</sup>, LORENA PÉREZ FERNÁNDEZ<sup>1</sup>, ALEXANDRA YACELY PÉREZ GAMONAL<sup>1</sup>, RAFAEL CRUZADO CUBAS<sup>1</sup>, BRIGITTE PAOLA AYASTA ESQUECHE<sup>2</sup>

### RESUMEN

**Introducción:** El síndrome apendicular constituye una de las causas más frecuentes de abdomen agudo quirúrgico. Sin embargo, en los adultos mayores su presentación puede asociarse a patologías subyacentes de mayor complejidad, incluyendo neoplasias colorrectales. Los tumores del colon derecho pueden simular cuadros de apendicitis aguda debido a fenómenos inflamatorios locales, obstrucción intestinal o compromiso del apéndice cecal, dificultando el diagnóstico preoperatorio. **Métodos:** Se presenta el caso de una paciente femenina de 86 años con dolor en fosa ilíaca derecha de una semana de evolución, asociado a náuseas y vómitos. La evaluación incluyó examen físico, estudios laboratoriales, ecografía abdominal y posterior laparotomía exploratoria de emergencia ante la sospecha de apendicitis aguda complicada. **Resultados:** Al examen físico se evidenciaron signos de irritación peritoneal localizados en fosa ilíaca derecha. Los exámenes de laboratorio mostraron ausencia de leucocitosis y anemia moderada (hemoglobina: 9,5 g/dL). La ecografía abdominal sugirió un proceso inflamatorio apendicular complicado. Durante la laparotomía exploratoria se identificó una masa tumoral estenosante de aproximadamente 8 × 8 cm en colon ascendente, con compromiso del íleon distal y múltiples implantes peritoneales compatibles con carcinomatosis peritoneal; el apéndice no presentó alteraciones macroscópicas significativas. Se realizó hemicolectomía derecha con ileostomía terminal, linfadenectomía regional y omentectomía parcial. El diagnóstico postoperatorio fue neoplasia maligna avanzada de colon derecho asociada a carcinomatosis peritoneal. **Conclusión:** El carcinoma de colon derecho puede manifestarse clínicamente como un síndrome apendicular, especialmente en pacientes adultos mayores. La presencia de características clínicas atípicas, como evolución subaguda, ausencia de leucocitosis o anemia concomitante, debe motivar una evaluación diagnóstica más amplia para descartar neoplasias colorrectales subyacentes y optimizar el abordaje terapéutico.

**Palabras clave:** apendicitis, neoplasias del colon, colon ascendente, abdomen agudo.

### ABSTRACT

**Introduction:** Appendiceal syndrome is one of the most common causes of acute surgical abdomen. However, in elderly patients, its presentation may be associated with more complex underlying conditions, including colorectal malignancies. Right-sided colon tumors may mimic acute appendicitis due to local inflammatory processes, intestinal obstruction, or direct involvement of the cecal appendix, making preoperative diagnosis challenging. **Methods:** We report the case of an 86-year-old woman who presented with a one-week history of right lower quadrant abdominal pain associated with nausea and vomiting. The diagnostic evaluation included physical examination, laboratory testing, abdominal ultrasonography, and subsequent emergency exploratory laparotomy based on the presumptive diagnosis of complicated acute appendicitis. **Results:** Physical examination revealed localized signs of peritoneal irritation in the right lower quadrant. Laboratory studies showed no leukocytosis and moderate anemia (hemoglobin: 9.5 g/dL). Abdominal ultrasonography suggested a complicated inflammatory appendiceal process. During exploratory laparotomy, an approximately 8 × 8 cm stenosing tumor mass was identified in the ascending colon, with involvement of the distal ileum and multiple peritoneal implants consistent with peritoneal carcinomatosis; the appendix showed no significant macroscopic abnormalities. A right hemicolectomy with terminal ileostomy, regional lymphadenectomy, and partial omentectomy was performed. The postoperative diagnosis was advanced right-sided colon cancer associated with peritoneal carcinomatosis. **Conclusion:** Right-sided colon carcinoma may clinically present as appendiceal syndrome, particularly in elderly patients. The presence of atypical clinical features, such as subacute evolution, absence of leukocytosis, or concomitant anemia, should prompt a broader diagnostic evaluation to exclude underlying colorectal malignancy and optimize therapeutic management.

**Keywords:** appendicitis, colonic neoplasms, ascending colon, acute abdomen.

**Verona Castro Blanca Fernanda, Viviana Lizeth Torres Fernández, Lorena Pérez Fernández, Alexandra Yacely Pérez Gamonal y Rafael Cruzado Cubas:** Internos de Medicina, Servicio de Cirugía General, Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo; **Dra. Brigitte Paola Ayasta Esqueche:** Médica Residente Asesora, Servicio de Cirugía General, Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo.  
**Correspondencia:** Verona Castro Blanca Fernanda.  
**Chiclayo (Perú).**  
**Recibido:** 21/III/2026.

### INTRODUCCIÓN

El síndrome apendicular representa una de las causas más frecuentes de abdomen agudo quirúrgico y constituye una indicación común de intervención quirúrgica de emergencia. Clínicamente se caracteriza por dolor abdominal inicialmente periumbilical que migra hacia la fosa ilíaca derecha, acompañado de síntomas gastrointestinales como náuseas, vómitos y fiebre, siendo la apendicitis aguda su etiología más frecuente.<sup>1</sup>

No obstante, en pacientes adultos mayores, la presentación clínica puede ser atípica y el diagnóstico diferencial debe ampliarse debido a la mayor probabilidad de patologías subyacentes, incluyendo neoplasias del tracto gastrointestinal. Diversos estudios han demostrado que los tumores del colon derecho, particularmente del ciego o colon ascendente, pueden presentarse simulando cuadros de apendicitis aguda debido a procesos inflamatorios locales, obstrucción luminal o compromiso directo del apéndice cecal.<sup>2</sup>

La asociación entre apendicitis aguda y neoplasia colorrectal ha sido descrita especialmente en pacientes mayores de 50 años, donde el riesgo de malignidad subyacente es significativamente mayor en comparación con poblaciones más jóvenes. En este contexto, la presencia de un síndrome apendicular puede constituir la manifestación inicial de un carcinoma colorrectal, retrasando el diagnóstico definitivo de la neoplasia.<sup>3</sup>

Por este motivo, algunos autores recomiendan considerar la evaluación del colon mediante estudios complementarios, como colonoscopia o tomografía abdominal, en pacientes adultos mayores diagnosticados con apendicitis, con el objetivo de descartar patología tumoral subyacente.<sup>4</sup>

El presente reporte describe el caso de una paciente adulta mayor intervenida de emergencia con diagnóstico presuntivo de apendicitis aguda, en quien se evidenció intraoperatoriamente un tumor de colon derecho asociado a carcinomatosis peritoneal, destacando la

importancia de considerar el carcinoma de colon como diagnóstico diferencial clave del síndrome apendicular en este grupo etario.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una paciente femenina de 86 años de edad, quien acudió al servicio de emergencia por un cuadro clínico de aproximadamente una semana de evolución caracterizado por dolor abdominal localizado en la fosa ilíaca derecha, de tipo cólico y de intensidad moderada, asociado a náuseas y múltiples episodios de vómitos. No se registraron antecedentes patológicos ni quirúrgicos de relevancia en la historia clínica.

Al ingreso, la paciente se encontraba hemodinámicamente estable y con funciones vitales dentro de parámetros aceptables para su edad. El examen físico abdominal reveló un abdomen blando y depresible, con dolor localizado a la palpación en la fosa ilíaca derecha. Asimismo, se evidenciaron signos de irritación peritoneal, destacando la positividad de los signos de McBurney y Rovsing. No se observaron datos de distensión abdominal ni manifestaciones clínicas sugestivas de compromiso sistémico severo.

Dentro de los estudios auxiliares iniciales, el hemograma mostró un recuento leucocitario de  $5\,750/\text{mm}^3$ , con 45,4 % de neutrófilos segmentados, ausencia de leucocitosis y hemoglobina de 9,5 g/dL, compatible con anemia moderada. El recuento plaquetario fue de  $249\,000/\text{mm}^3$ . En la evaluación bioquímica se registraron valores de creatinina de 1,11 mg/dL y urea de 20,45 mg/dL, sin evidencia de alteración significativa de la función renal.

Como parte del abordaje diagnóstico se realizó una ecografía abdominal, la cual reportó hallazgos sugestivos de un proceso

inflamatorio apendicular, evidenciándose una imagen compatible con apéndice aumentado de diámetro, asociada a cambios inflamatorios de la grasa mesentérica adyacente y discreta cantidad de líquido libre. Con base en estos hallazgos clínicos e imagenológicos, se planteó el diagnóstico presuntivo de apendicitis aguda complicada, indicándose manejo quirúrgico de urgencia.

Se procedió a realizar una laparotomía exploratoria. Durante el acto operatorio se identificó una masa tumoral localizada en el colon ascendente, de aproximadamente  $8 \times 8$  cm, de consistencia pétrea, superficie irregular y fija a planos profundos, condicionando una estenosis luminal superior al 50 %. Asimismo, se evidenció compromiso del íleon distal y la presencia de múltiples implantes tumorales distribuidos en peritoneo, intestino delgado, mesenterio y epiplón, hallazgos compatibles con carcinomatosis peritoneal. El apéndice cecal no mostró alteraciones macroscópicas significativas que justificaran el cuadro clínico inicial (Ver figura 1).

Ante los hallazgos intraoperatorios, se decidió ampliar el procedimiento quirúrgico, realizándose hemicolectomía derecha con ileostomía terminal, linfadenectomía regional y omentectomía parcial, siguiendo los principios de cirugía oncológica.

En el periodo postoperatorio inmediato, la paciente permaneció hospitalizada con evolución clínica favorable y estabilidad hemodinámica. El diagnóstico postoperatorio fue neoplasia maligna avanzada de colon derecho asociada a carcinomatosis peritoneal, hallazgo que explicó la presentación clínica inicial como un síndrome apendicular y puso de manifiesto la importancia de considerar neoplasias colorrectales dentro del diagnóstico diferencial del abdomen agudo en pacientes adultos mayores.



**Figura 1.** Pieza quirúrgica correspondiente a una hemicolectomía derecha ampliada, obtenida durante laparotomía exploratoria realizada con diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda complicada. Se observa un segmento de colon derecho con una masa tumoral exofítica e infiltrativa de gran tamaño, localizada en el colon ascendente, de superficie irregular, consistencia firme y aspecto heterogéneo, que condiciona engrosamiento marcado de la pared intestinal y estenosis significativa de la luz colónica. Asimismo, se identifican extensas áreas de compromiso del tejido adiposo pericolónico y del epiplón, con múltiples implantes nodulares de aspecto blanquecino-amarillento distribuidos sobre las superficies serosas, compatibles con carcinomatosis peritoneal. La pieza incluye además íleon terminal y tejido mesentérico adyacente con adenopatías regionales resecadas como parte del procedimiento oncológico. Los hallazgos macroscópicos son concordantes con una neoplasia maligna avanzada de colon derecho con diseminación peritoneal, responsable de la presentación clínica inicial simulando un síndrome apendicular en una paciente adulta mayor.

## DISCUSIÓN

El presente caso ilustra una situación clínica de gran relevancia en la práctica quirúrgica: la presentación de un carcinoma de colon derecho avanzado simulando un síndrome apendicular en una paciente adulta mayor. Aunque la apendicitis aguda continúa siendo la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico, en los pacientes de edad avanzada el espectro etiológico es considerablemente más amplio, debido a la mayor prevalencia de enfermedades neoplásicas del tracto gastrointestinal<sup>1</sup>.

En este contexto, la sospecha diagnóstica no debe limitarse exclusivamente a procesos inflamatorios agudos, especialmente cuando existen elementos clínicos o laboratoriales atípicos.

En el caso descrito, la paciente presentó un cuadro clínico inicialmente compatible con apendicitis aguda complicada; sin embargo, varios hallazgos debieron alertar sobre la posibilidad de una etiología subyacente diferente. La evolución relativamente prolongada del cuadro, la ausencia de leucocitosis significativa y la presencia de anemia moderada constituyen características poco habituales en la apendicitis aguda clásica.

Diversos estudios han demostrado que la respuesta inflamatoria en los pacientes geriátricos puede ser menos intensa debido a cambios asociados al envejecimiento inmunológico, disminuyendo la sensibilidad diagnóstica de marcadores tradicionales como la leucocitosis<sup>2</sup>. Asimismo, la presencia de anemia en un adulto mayor, particularmente cuando no existe una fuente evidente de sangrado,

debe considerarse un hallazgo sugestivo de neoplasia gastrointestinal hasta demostrar lo contrario<sup>3</sup>.

Desde el punto de vista fisiopatológico, los tumores del colon derecho pueden manifestarse como un síndrome apendicular mediante diversos mecanismos. La obstrucción parcial de la luz intestinal, la inflamación peritumoral, el compromiso directo del apéndice cecal o incluso fenómenos de microperforación contenida pueden generar una sintomatología indistinguible de la apendicitis aguda\* (Ver Tabla 1). Esta superposición clínica representa un importante desafío diagnóstico y explica por qué algunos pacientes son diagnosticados únicamente durante el acto operatorio. En el presente caso, la ecografía abdominal sugirió un proceso inflamatorio apendicular, hallazgo que coincide con la limitada capacidad de este método para diferenciar entre procesos inflamatorios y lesiones tumorales localizadas en el colon derecho<sup>5</sup>.

Uno de los hallazgos más relevantes fue la identificación intraoperatoria de múltiples implantes peritoneales compatibles con carcinomatosis peritoneal. Este hallazgo indica enfermedad metastásica avanzada y se asocia a un pronóstico desfavorable. La carcinomatosis peritoneal es una forma frecuente de diseminación del

cáncer colorrectal avanzado y suele observarse con mayor frecuencia en los tumores del colon derecho debido a que estos permanecen asintomáticos durante periodos prolongados o producen manifestaciones clínicas inespecíficas, como dolor abdominal vago, anemia ferropénica crónica y alteraciones del tránsito intestinal<sup>6</sup>. Como consecuencia, el diagnóstico suele establecerse en estadios más avanzados de la enfermedad.

Desde la perspectiva quirúrgica, la decisión de realizar una hemicolectomía derecha con ileostomía terminal, linfadenectomía regional y omentectomía parcial fue adecuada y coherente con los principios oncológicos vigentes. Aun cuando el hallazgo tumoral fue inesperado, la resección del segmento afectado permitió controlar la enfermedad local y prevenir complicaciones potencialmente graves, como obstrucción intestinal completa, perforación o hemorragia digestiva. No obstante, en presencia de carcinomatosis peritoneal extensa, el objetivo terapéutico de la cirugía es predominantemente paliativo, orientado a mejorar la calidad de vida y controlar los síntomas más que a ofrecer una posibilidad curativa<sup>7</sup>.

| Localización del tumor | Frecuencia aproximada (%) | Presentación clínica habitual                                           | Asociación con síndrome apendicular |
|------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Ciego                  | 15–20 %                   | Anemia ferropénica, dolor abdominal vago, masa palpable                 | Muy alta                            |
| Colon ascendente       | 10–15 %                   | Anemia crónica, pérdida de peso, dolor abdominal inespecífico           | Alta                                |
| Ángulo hepático        | 2–5 %                     | Dolor en hemiabdomen derecho, anemia, síntomas obstructivos tardíos     | Moderada                            |
| Colon transverso       | 5–10 %                    | Dolor abdominal difuso, síntomas obstructivos                           | Baja                                |
| Ángulo esplénico       | 2–3 %                     | Distensión abdominal, obstrucción intestinal                            | Muy baja                            |
| Colon descendente      | 5–10 %                    | Alteración del hábito intestinal, dolor abdominal                       | Muy baja                            |
| Colon sigmoides        | 25–35 %                   | Obstrucción intestinal, hematoquecia, cambios en el tránsito intestinal | Excepcional                         |
| Recto                  | 25–35 %                   | Rectorragia, tenesmo, síndrome rectal                                   | Excepcional                         |

Tabla 1. Localización anatómica del cáncer colorrectal y probabilidad de presentación como síndrome apendicular.  
Fuente: Adaptado de NCCN Colon Cancer Guidelines 2023, Sung et al. (GLOBOCAN 2020), Shin et al.<sup>6</sup> y Lai et al.<sup>2</sup>.

La literatura actual respalda la realización de estudios complementarios del colon en pacientes mayores de 50 años que presentan cuadros compatibles con apendicitis aguda, especialmente cuando existen manifestaciones clínicas atípicas. La colonoscopia y la tomografía computarizada abdominal constituyen herramientas diagnósticas fundamentales para identificar lesiones neoplásicas subyacentes y planificar adecuadamente el tratamiento. Se ha reportado que entre el 2 % y el 15 % de los episodios de apendicitis en adultos mayores pueden estar asociados a neoplasias colorrectales no diagnosticadas previamente<sup>8</sup>, porcentaje que justifica una evaluación más exhaustiva en este grupo poblacional.

Los tumores localizados en el ciego y colon ascendente representan aproximadamente entre el 25 % y 35 % de los cánceres colorrectales y constituyen las neoplasias con mayor probabilidad de manifestarse como síndrome apendicular debido a su proximidad anatómica al apéndice cecal y a la capacidad de generar inflamación local, obstrucción luminal o compromiso directo de estructuras adyacentes.

Esta relación anatómica explica la presentación clínica observada en nuestra paciente y justifica la inclusión sistemática del cáncer de colon derecho dentro del diagnóstico diferencial del abdomen agudo en adultos mayores (Ver Tabla 2).

Las implicancias clínicas de este caso son significativas. En primer lugar, pone de manifiesto que el síndrome apendicular en el adulto mayor no debe interpretarse automáticamente como una entidad de origen inflamatorio. En segundo lugar, destaca la importancia de integrar cuidadosamente los hallazgos clínicos, laboratoriales e imagenológicos para identificar señales de alarma que orienten hacia diagnósticos alternativos. Finalmente, resalta la necesidad de mantener un alto índice de sospecha de cáncer colorrectal en pacientes añosos con presentaciones abdominales atípicas, ya que un diagnóstico oportuno puede modificar sustancialmente el pronóstico y las opciones terapéuticas disponibles.

| Localización                     | Mecanismo fisiopatológico            | Manifestación clínica                              |
|----------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Ciego                            | Obstrucción del orificio apendicular | Dolor en fosa ilíaca derecha similar a apendicitis |
| Colon ascendente                 | Inflamación peritumoral local        | Signos de irritación peritoneal localizada         |
| Ciego y colon ascendente         | Compromiso directo del apéndice      | Cuadro indistinguible de apendicitis aguda         |
| Colon derecho avanzado           | Microperforación tumoral contenida   | Abdomen agudo localizado                           |
| Colon derecho con carcinomatosis | Inflamación peritoneal secundaria    | Dolor abdominal y defensa muscular                 |

Tabla 2. Mecanismos por los cuales los tumores de colon derecho pueden simular apendicitis aguda.  
Fuente: Elaboración propia basada en Lai et al.<sup>2</sup>, Carr<sup>5</sup>, Shin et al.<sup>6</sup> y NCCN Colon Cancer Guidelines 2023<sup>8</sup>.

En conclusión, el carcinoma de colon derecho debe considerarse un diagnóstico diferencial fundamental en los adultos mayores que presentan síndrome apendicular, particularmente cuando la evolución clínica es subaguda o los hallazgos laboratoriales son discordantes con un proceso inflamatorio agudo. La implementación de estrategias diagnósticas más amplias y sistemáticas podría favorecer la detección precoz de neoplasias colorrectales ocultas y contribuir a mejorar los resultados clínicos en esta población vulnerable.

CONCLUSIONES

El presente caso pone de manifiesto que el síndrome apendicular en el adulto mayor no siempre corresponde a una apendicitis aguda primaria, sino que puede constituir la manifestación inicial de patologías malignas subyacentes de elevada relevancia clínica, como el carcinoma de colon derecho. La identificación intraoperatoria de una neoplasia avanzada asociada a carcinomatosis peritoneal evidencia la complejidad diagnóstica que puede presentar el abdomen agudo en

este grupo etario y resalta la necesidad de mantener un enfoque diagnóstico amplio y sistemático.

Asimismo, este caso demuestra que la presencia de hallazgos clínicos atípicos, como una evolución subaguda, ausencia de leucocitosis significativa y anemia moderada, debe alertar sobre la posibilidad de una etiología diferente a la apendicitis aguda convencional. En los pacientes adultos mayores, la integración cuidadosa de la historia clínica, los hallazgos del examen físico, los estudios laboratoriales y las pruebas de imagen resulta fundamental para identificar oportunamente enfermedades neoplásicas ocultas y evitar retrasos diagnósticos que puedan condicionar un peor pronóstico.

La localización del tumor en el colon ascendente permitió que la enfermedad evolucionara de manera silenciosa hasta alcanzar un estadio avanzado, con compromiso del íleon distal y diseminación peritoneal al momento de la intervención quirúrgica. Este hallazgo coincide con lo descrito en la literatura, donde los tumores del colon derecho suelen diagnosticarse tardíamente debido a la inespecificidad de sus manifestaciones clínicas iniciales, entre las que destacan la anemia crónica, el dolor abdominal inespecífico y la pérdida progresiva de peso.

Del mismo modo, el caso refuerza la importancia de considerar el cáncer colorrectal dentro del diagnóstico diferencial del síndrome apendicular en pacientes mayores de 50 años, especialmente cuando existen características clínicas o laboratoriales discordantes con un proceso inflamatorio agudo típico. En este contexto, herramientas diagnósticas como la tomografía computarizada abdominal y la colonoscopia desempeñan un papel fundamental para la detección precoz de lesiones neoplásicas y la adecuada planificación terapéutica.

Finalmente, la experiencia presentada destaca la necesidad de promover una evaluación integral del abdomen agudo en el adulto mayor, manteniendo un alto índice de sospecha de neoplasia colorrectal ante presentaciones atípicas. La adopción de estrategias diagnósticas más exhaustivas podría favorecer la identificación temprana de tumores de colon, optimizar el abordaje quirúrgico y contribuir a mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de esta población vulnerable.

#### AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan su sincero agradecimiento al personal médico, de enfermería y técnico del Servicio de Cirugía General del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo por su dedicación y compromiso en la atención integral de los pacientes, así como por las facilidades brindadas para la recopilación y revisión de la información clínica empleada en la elaboración del presente reporte de caso.

Asimismo, agradecen al equipo del Servicio de Emergencia por su oportuna intervención en la evaluación inicial de la paciente y por su contribución en el abordaje diagnóstico y terapéutico de una

presentación clínica inusual que permitió identificar una patología neoplásica subyacente de gran relevancia.

De manera especial, reconocen el valioso aporte del personal de Centro Quirúrgico y de Hospitalización, quienes participaron activamente en el manejo perioperatorio y seguimiento clínico de la paciente, contribuyendo al desarrollo adecuado de la atención multidisciplinaria requerida por la complejidad del caso.

Finalmente, agradecen al Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo por fomentar las actividades de docencia e investigación clínica, promoviendo la generación de conocimiento científico orientado a fortalecer la práctica médica y mejorar la calidad de atención brindada a la población.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brunickardi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Matthews JB, et al. Schwartz's Principles of Surgery. 11th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2019.
2. Lai HW, Loong CC, Tai LC, Chen PY, Lin HD, Hsieh HF, et al. Incidence and odds ratio of appendicitis as first manifestation of colon cancer: a retrospective analysis. *World J Gastroenterol*. 2006;12(19):3038-3042.
3. Wu SC, Chen WT, Muo CH, Ke TW, Fang CW, Sung FC. Association between appendectomy and subsequent colorectal cancer development: an Asian population study. *PLoS One*. 2015;10(2). doi:10.1371/journal.pone.0118411.
4. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660.
5. Carr NJ. The pathology of acute appendicitis. *Ann Diagn Pathol*. 2000;4(1):46-58. doi:10.1016/S1092-9134(00)90011-X.
6. Shin R, Lee SM, Sohn DK, Han KS, Choi GS, Park JS. Colon cancer presenting as acute appendicitis in the elderly: a case report and review. *Ann Coloproctol*. 2017;33(6):245-248. doi:10.3393/ac.2017.33.6.245.
7. Biondo S, Martí-Ragué J, Kreisler E, Parés D, Frago R, Jaurrieta E. Emergency operations for nondiverticular perforation of the left colon. *Int J Colorectal Dis*. 2013;28(5):665-671. doi:10.1007/s00384-012-1605-7.
8. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Colon Cancer. Version 2023. Plymouth Meeting (PA): NCCN; 2023.
9. Mohamed I, Chan DL, Ngan SY, Chander S. Colorectal cancer in the elderly: challenges and management considerations. *World J Gastrointest Oncol*. 2022;14(4):735-749. doi:10.4251/wjgo.v14.i4.735.
10. Siegel RL, Miller KD, Wagle NS, Jemal A. Cancer statistics, 2024. *CA Cancer J Clin*. 2024;74(1):12-49. doi:10.3322/caac.21820.
11. Dekker E, Tanis PJ, Vleugels JLA, Kasi PM, Wallace MB. Colorectal cancer. *Lancet*. 2019;394(10207):1467-1480. doi:10.1016/S0140-6736(19)32319-0.
12. Benson AB, Venook AP, Al-Hawary MM, Arain MA, Chen YJ, Ciombor KK, et al. Colon cancer, version 2.2024. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw*. 2024;22(2):95-138. doi:10.6004/jnccn.2024.0008.
13. Van de Wall BJM, Draaisma WA, Consten ECJ, Wiezer MJ, Broeders IAMJ. Appendicitis and colorectal cancer in older patients: diagnostic considerations and clinical implications. *Int J Colorectal Dis*. 2021;36(9):1885-1892. doi:10.1007/s00384-021-03942-7.
14. Nguyen LH, Goel A, Chung DC. Pathways of colorectal carcinogenesis. *Gastroenterology*. 2020;158(2):291-302. doi:10.1053/j.gastro.2019.08.059.
15. Biller LH, Schrag D. Diagnosis and treatment of metastatic colorectal cancer: a review. *JAMA*. 2021;325(7):669-685. doi:10.1001/jama.2021.0106.

Documento elaborado con fines académicos y de actualización científica para el personal de salud del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo. Su contenido no sustituye el juicio clínico ni las guías institucionales vigentes para la toma de decisiones médicas.

La información contenida en el presente reporte ha sido anonimizada para preservar la confidencialidad del paciente, conforme a los principios éticos y normativas institucionales vigentes. Este material está destinado exclusivamente a actividades académicas, docentes y de capacitación del personal del Hospital Regional Docente Las Mercedes.

Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo, Perú  
Repositorio Institucional CASUS Mercedes

Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación (UADI)

Uso exclusivo para actividades académicas y educativas del personal de salud.

