

Mucocele apendicular

Apendicular mucocele

Wilfredo Ernesto Santiesteban Pupo^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-2503-8550>

René Santiago Borges Sandrino¹ <https://orcid.org/0000-0002-4658-1475>

Enia Ramón Musibay¹ <https://orcid.org/0000-0003-1170-3441>

¹Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". Marianao, La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: hfinlay30@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El mucocele es una dilatación apendicular por secreción mucosa secundaria a la obstrucción de la luz, su incidencia estimada es de 0,2-0,3 % de todas las apendicectomías realizadas y el 8-10 % de todos los tumores apendiculares.

Objetivo: Presentar un caso inusual de cirugía de urgencia, con dolor abdominal en fosa ilíaca derecha, sugestivo de apendicitis aguda operado en el servicio de urgencia.

Caso clínico: Paciente femenina de 32 años de edad, que consulta por dolor abdominal en fosa ilíaca derecha asociado a náuseas, con dolor a la palpación en dicha zona, defensa muscular y dolor a la descompresión brusca del abdomen, fue intervenida quirúrgicamente con el diagnóstico presuntivo apendicitis aguda. Se encuentra durante videolaparoscopia al apéndice cecal aumentado de tamaño, sin compromiso de su base, por lo cual se decide realizar laparotomía y apendicectomía convencional. La paciente fue egresada a las 48 horas de operada con evolución favorable y pendiente de resultado anatomopatológico, el cual informó mucocele apendicular.

Conclusiones: El mucocele apendicular es una entidad poco frecuente, que predomina en el sexo femenino y edades entre 50 y 60 años. El tratamiento de elección es el quirúrgico.

Palabras clave: mucocele; apéndice; apendicitis; tumor.

ABSTRACT

Introduction: The mucocele is the abnormal mucous accumulation inside the lumen of the appendix.

Objective: To present an unusual case of surgery of urgency with abdominal pain and suspicion of appendicitis operated in emergency.

Clinical case: Female patient of 32 years old that consults for abdominal pain in the right iliac fossa, accompanied by nausea. Physical examination we find pain to the palpation in the right iliac fossa and peritoneal reaction being operated with suspicion of appendicitis, during intervention we find the appendix augmented of volume and appendectomy was made. The histopathological study informed a appendicular mucocele. The patient was discharged after 48 hours without further complications.

Conclusions: Appendicular mucocele is very uncommon disease that predominates in female sex and persons between fifty and sixty years old. Treatment is surgical.

Keywords: mucocele; appendix; appendicitis; tumour.

Recibido: 04/03/2019

Aprobado: 24/03/2020

INTRODUCCIÓN

Carl Freiherr von Rokitansky, patólogo austriaco, fue el primero en describir el mucocele apendicular, en 1842.⁽¹⁾ Con este término se describe una dilatación apendicular por secreción mucosa, secundaria a la obstrucción de la luz. Esta dilatación del apéndice, puede convertirlo en una masa quística, que puede perforarse y diseminar el contenido de mucina (seudomixoma peritoneal) por la cavidad abdominal.⁽²⁾

Desde el punto de vista histológico, el concepto de mucocele apendicular incluye diferentes modalidades anatomopatológicas: la hiperplasia focal o difusa de la mucosa apendicular, el cistoadenoma y el cistoadenocarcinoma.^(3,4,5) Tiene una incidencia estimada en 0,2-0,3 % de todas las apendicectomías realizadas⁽⁶⁾ y el 8-10 % de todos los tumores apendiculares.⁽⁷⁾ Las formas clínicas de presentación más frecuentes son las siguientes: como hallazgo accidental en el curso de otra exploración, como cuadro clínico de dolor o molestias a la altura de la fosa ilíaca derecha, indicativo de una apendicitis aguda o

como una masa abdominal en la fosa ilíaca derecha. Existe un 10-15 % de los mucocelos apendiculares, que progresan hacia un cuadro de pseudomixoma peritoneal.^(2,8)

El objetivo del trabajo es presentar un caso inusual de cirugía de urgencia, con cuadro de dolor abdominal en fosa ilíaca derecha, sugestivo de apendicitis aguda operado en el servicio de urgencias.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 32 años de edad, con antecedentes de salud aparente, que acude al cuerpo de guardia por dolor abdominal en fosa ilíaca derecha, de 3 días de evolución, intensidad progresiva y asociado a náuseas.

Al examen físico se constata en el abdomen, dolor a los golpes de tos en fosa ilíaca derecha, el cual empeora con la palpación superficial y profunda; además existe defensa muscular en dicha zona y dolor con la descompresión brusca de la pared abdominal.

Se solicitan complementarios que informan:

Hematocrito: 0,36 unidades.

Leucograma: $12,8 \times 10^9$ con polimorfonucleares en 0,81 y linfocitos en 0,19.

Parcial de orina: no hematíes ni leucocitos.

Ecografía abdominal: Imagen hipoecoica en fosa ilíaca derecha.

Se discute en colectivo del grupo básico de trabajo y se llega al consenso que la paciente puede presentar una apendicitis aguda. Se decide la intervención quirúrgica, previo consentimiento informado.

Se realiza videolaparoscopia y como hallazgo se encuentra el apéndice cecal aumentado de tamaño. Mide aproximadamente 12 cm de largo y 5 cm de ancho, pero sin signos de inflamación. Mesoapéndice de características normales y su base íntegra (Fig. 1).



Fig. 1 - Apéndice cecal aumentado de tamaño durante videolaparoscopia

Teniendo en cuenta las características tumorales del apéndice cecal y la ausencia de signos de malignidad, se decidió realizar laparotomía a través de una incisión paramedia derecha, para excéresis (Fig. 2).



Fig. 2 -Apéndice cecal aumentado de tamaño en el transcurso de la laparotomía.

Ante este hallazgo, se decidió realizar apendicectomía y esperar el informe anatomopatológico, de biopsia por parafina (Fig. 3).



Fig. 3 - Apéndice cecal resecado para estudio macroscópico. Obsérvese la gran distensión y escasa inflamación del órgano.

Enseñanza: todo paciente al que se realiza una apendicectomía por supuesta apendicitis aguda, debe estar pendiente su diagnóstico al hallazgo de anatomía patológica ante la posibilidad de un adenocarcinoma o felizmente un mucocele apendicular.

La paciente evolucionó sin complicaciones, toleró la dieta enteral a las 24 horas y fue egresada a las 48 horas del proceder quirúrgico; quedó a la espera del resultado histológico.

El informe histopatológico planteó: mucocele apendicular secundario a hiperplasia focal.

COMENTARIOS

El mucocele apendicular puede ser asintomático y descubrirse por casualidad tras una revisión ginecológica, prueba radiológica, endoscópica o durante una intervención quirúrgica. También puede producir una amplia variedad de manifestaciones clínicas, como dolor abdominal crónico en la fosa iliaca derecha; pérdida de peso; anemia; deterioro del estado general y masa palpable, cuando el proceso es maligno; cambios en el hábito intestinal; sangrado digestivo o síntomas genitourinarios y como un cuadro clásico de apendicitis aguda,⁽⁹⁾ tal y como sucedió en el caso presentado.

Existe una mayor incidencia en mujeres con una relación 4/1, mujer/hombre y una edad promedio de presentación de 55 años.⁽¹⁰⁾ La paciente presentada es del sexo femenino, pero con una edad por debajo

de la usual para ser portadora de esta enfermedad. Otros autores informan más del 75 % de los casos, en sujetos entre la quinta y sexta década de la vida.^(11,12,13) Recientemente se realizó un estudio, en el cual, en 18 años se recopilaron 31 casos; continuó el predominio del sexo femenino (17 mujeres y 14 hombres) pero no con una proporción tan amplia. La edad media fue de 62 años y el cuadro clínico más frecuente fue dolor en la fosa ilíaca derecha de menos de 72 horas de evolución, que simulaba una apendicitis aguda.⁽¹⁴⁾

En cuanto a los exámenes complementarios, en la ecografía abdominal se observa una masa completamente anecoica o heterogénea, el grado de ecos internos está relacionado con la cantidad de mucina, y también puede tener septos. En la tomografía pueden apreciarse calcificaciones y el centro de la lesión generalmente es hipodenso.⁽¹⁵⁾ En este caso, el informe describía la existencia de una imagen hipoecoica, en proyección de fosa ilíaca derecha, acorde con lo que publica la literatura.

El tratamiento siempre es quirúrgico. Aunque generalmente la apendicectomía es el procedimiento de elección cuando está tomado el ciego y colon ascendente, puede practicarse la hemicolectomía derecha. El abordaje laparoscópico debe ser realizado cuidadosamente, para evitar la ruptura y la consiguiente diseminación (pseudomixoma peritoneal) por lo cual no se recomienda de rutina.^(8,16)

Este es el primer caso que se reporta en el Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay" en los últimos 10 años. En una revisión realizada en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) con las palabras claves "mucocele apendicular" solo existen 4 publicaciones nacionales, de ahí la importancia de este reporte.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rokitansky C, Swaine WE, Parry JS, Cullen TS. A manual of pathological anatomy. Philadelphia: Blanchard & Lea; 1855.
2. Higa E, Rosal J, Pizzimbonoo C, Wise L. Mucosal hyperplasia, mucinous cystadenoma and mucinous cystadenocarcinoma of the appendix. *Cancer*. 1973[acceso: 02/07/2016];32:1525-41. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/1097-0142>
3. Reguero Muñoz JL, Aguilar Valdés J, Fragela Pacheco A, Hernández Moore E, Reguero Hernández JL. Mucocele del apéndice. Formas de presentación. *Rev Archiv Méd de Camagüey*. 2015 [acceso: 02/07/2016]; 8(2):[aprox.10 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v8n2/amc130204.pdf>

4. Ensuncho C, Osorio C, Marrugo Á, Herrera F. Obstrucción intestinal parcial producida por mucocele apendicular con fistula a íleon proximal. *Rev Colomb Cir.* 2016 [acceso: 13/07/2016]; 31(1):61-4. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3555/355545183009.pdf>
5. López García S, Pérez Grobas J, Berdeal Díaz M, Gómez Freijoso C. Mucocele apendicular como causa de dolor abdominal crónico. *Rev Esp Enferm Dig.* 2012 [acceso: 02/07/2016];104(3):145-5. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/diges/v104n3/es_imagenes2.pdf
6. Panqueba C, Poveda J, Tovar A. Cistoadenoma mucinoso apendicular. *Revista Facultadde Salud.* 2010. [acceso: 14/09/2017];2(2):87-91. Disponible en: <https://journalusco.edu.co/index.php/rfs/article/view/59/93>
7. Deans GT, Spence RAJ. Neoplastic lesions of the appendix. *Br J Surg.* 1995 [acceso: 14/09/2017];82(3):299-306. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/bjs.1800820306>
8. Stocchi L, Wolff B, Larson D, Harrington J. Surgical treatment of appendiceal mucocele. *Archives of Surgery.* 2003 [acceso: 14/09/2017]; 138(6):585-90. Disponible en: <http://doi.org/cktrv2>
9. Carvajal BJ, Llanos EK, Fernández IP, García AM, Cerquella HCM. Mucocele apendicular asociado a cistoadenoma seroso de ovario y a tumor de colon derecho. *Rev Esp Inv Quir.* 2014 [acceso: 28/08/2016]; 17(1):35-8. Disponible en: <http://www.reiq.es/ESP/pdf/REIQ-1-2014.pdf>
10. Baltazar EJ: Disorders of the appendix. En: Gore RM, Levine MS, Laufer I. *Textbook of Gastrointestinal Radiology.* Philadelphia: Saunders; 1994:1310-41.
11. Álvarez SR, García NA, Gómez GM. Ictericia obstructiva por adenocarcinoma mucinoso de apéndice en paciente con malrotación intestinal. *Cir Esp.* 2014 [acceso: 02/08/2016];92(2):131-33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.07.013>
12. Tapia O. Mucocele Apendicular Gigante: Reporte de un Caso y Revisión de la Literatura. *Int J Morphol.* 2012 [acceso: 02/08/2016]; 30(3):891-94. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022012000300021
13. Carvajal BJ, Llanos EK, Fernández IP, García AM, Cerquella HCM. Mucocele apendicular asociado a cistoadenoma seroso de ovario y a tumor de colon derecho. *Rev Esp Inv Quir.* 2014 [acceso: 28/08/2016]; 17(1):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.reiq.es/ESP/pdf/REIQ-1-2014.pdf>

14. García LA, Vázquez TA, Castro GC, Richart AJ, Gómez AS, Martínez AM. Mucocele apendicular: presentación de 31 casos. CirEsp. 2010[acceso: 28/08/2016];87(2):108-12. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2009.07.020>
15. Tsutsumi Y, Vergara S, Criaes JL. Mucocele apendicular. Hallazgo por ultrasonido. Curso Universitario de Radiología. Clínica Londres. UNAM. Gac Méd Méx. 2003[acceso: 16/08/2016];(139):169-70. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2003/gm0321.pdf>
16. Ángeles PD, Vega X, Palacios J. Tumor mucoso apendicular. Rev Colomb Cir. 2016 [acceso: 16/08/2016];31(1):57-60. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v31n1/v31n1a8.pdf>

Conflictos de interés

Los autores plantean que no existen conflictos de interés.