

Caso clínico

Tumores apendiculares, cistoadenoma mucinoso

Arias-Moreno R. (1), Treviño-Taboada E.P. (2), García-Bravo L.M. (3)

(1) Departamento de Cirugía General, Médico Residente, Hospital Regional Valentín Gómez Farías ISSSTE, Zapopan, Jalisco, México (HRVGF); (2) Departamento de Ginecología y Obstetricia, Médico Residente, HRVGF; (3) Departamento de Cirugía General, Médico adscrito, HRVGF.

Resumen

Introducción: El cistoadenoma apendicular es una neoplasia poco frecuente, tiene una incidencia de 0.2 a 0.3% de todas las apendicectomías, mayor predominio en mujeres. **Caso Clínico:** Mujer de 75 años, con ultrasonido pélvico con diagnóstico de tumor anexial. Inicia Ooforectomía laparoscópica por ginecología, encontrando tumor de asa intestinal, se interconsulta a cirugía general, se realiza apendicectomía. **Discusión:** Los tumores del apéndice son neoplasias infrecuentes, la mayoría son diagnosticados como hallazgo transoperatorio o reporte histopatológico. **Conclusión:** El tratamiento es quirúrgico, desde apendicectomía hasta hemicolectomía derecha, según márgenes de la lesión. No observamos lesiones macroscópicas anexas a la tumoración, se realiza apendicectomía.

Palabras claves: Cistoadenoma, laparoscopia diagnostica, apendicectomía

Abstract

Introduction: Appendicular cystadenoma is a rare neoplasm, it has an incidence of 0.2 to 0.3% of all appendectomies, more prevalent in women. **Clinical Case:** 75 years old woman with a pelvic ultrasound with a diagnosis of adnexal tumor. Laparoscopic oophorectomy by gynecology began, finding intestinal loop tumor, general surgery was consulted, and appendectomy was performed. **Discussion:** Tumors of the appendix are infrequent neoplasms; most are diagnosed as an intraoperative finding or histopathological report. **Conclusion:** Treatment is surgical, from appendectomy to right hemicolectomy, according to the margins of the lesion. We did not observe macroscopic lesions attached to the tumor, an appendectomy was performed.

Key words: Cystadenoma, diagnostic laparoscopy, appendectomy

Introducción

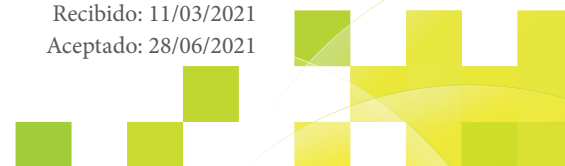
La enfermedad apendicular representa más del 50 % de la actividad quirúrgica general, que incluye también casos raros, como los tumores primitivos de ese órgano: el 90 % son carcinoides, el 8 % mucocelos y solo el 2 %, adenocarcinomas.¹

Los mucocelos apendiculares se presentan en un 0.2 a 0.3 % de las muestras apendiculares, predominando en su incidencia las mujeres de mediana edad mayores de 50 años, respecto a los hombres en 1:4.² Se define como un falso tumor mucinoso del peritoneo, pues casi siempre se identifica un tumor mucinoso del apéndice como sitio primario de la enfermedad, que puede ser asintomático, simular una apendicitis aguda o presentarse como masa palpable con dolor abdominal, pérdida de peso y cambios del hábito intestinal.¹

En los estudios de imagen puede observarse como lesión ocupativa hipoeoica en ultrasonografía e hipodensa en los estudios tomográficos, pudiendo visualizarse bandas en su interior que dan un aspecto de hojas de cebolla, dato que deberá considerarse para realizar un diagnóstico diferencial con quistes de mesenterio, quistes por duplicación, quistes de ovario e hidrosálpinx.²

Existen cuatro tipos histológicos de mucocelos: Hiperplasia de mucosa, quiste simple o de retención, cistoadenoma mucinoso y el cistoadenocarcinoma mucinoso.^{2,3}

El cistadenoma mucinoso del apéndice es una condición neoplásica poco frecuente que tiene una incidencia de 0.2 a 0.3% de todas las apendicectomías.



Los pacientes afectados en su mayoría cursan asintomáticos, sin embargo, pueden debutar con un cuadro inespecífico de dolor abdominal en fosa ilíaca derecha que simula un cuadro anexial en el caso de las mujeres o bien un proceso inflamatorio agudo apendicular.⁴

A continuación, se presenta el caso clínico referente a una paciente de 75 años que ingresa por el servicio de ginecología para una laparoscopia ginecológica por tumor anexial.

Presentación del caso

Ficha clínica

Femenino de 75 años, originaria de Concepción de Buenos Aires, Jalisco. Residente de Jocotepec, Jalisco, viuda, católica, hemotipo 0+.

Cuenta como antecedentes heredo familiares con carga genética para HAS por parte de su madre.

Quirúrgicos: Histerectomía abdominal hace 10 años por SUA.

Crónicos degenerativos: HAS en tratamiento con olmisartan e hidroclorotiazida 1 tab cada 12 horas, amlodipino 1 tab cada 24 horas.

Fractura de codo izquierdo hace 10 años.

Padecimiento Actual

Femenino de 75 años quien inicia aproximadamente hace 6 meses con dolor inguinal derecho, el cual se acompañaba con una masa palpable, reductible, siendo de carácter intermitente refiriéndolo una vez a la semana. Durante la semana en que se interna en urgencias es detectado la masa por el servicio de urología dando diagnóstico de tumoración anexial por lo que es referida a servicio de ginecología y obstetricia, al ser valorada por el servicio de GyO es presentada a quirófano para realizar laparoscopia ginecológica encontrando una hernia inguinal con una tumoración a expensas de apéndice cecal por lo que se interconsulta a nuestro servicio de cirugía general.

Prequirúrgicos

Laboratoriales 28.03.19: Hb 11.2, Hto 35.1, leucocitos 7.17, plaquetas 203, neutrófilos 38%, TP 16.1, INR 1.16, TPT 28.3, Glucosa 92, Urea: 55.5, Creatinina 1.06

Ultrasonido

Ovario derecho de 3.28 x 3.53 cm heterogéneo con presencia de tumoración anexial a correlacionar con la clínica (Figura 1)

Figura 1.
Ovario derecho



Ovario izquierdo de 1.26 x 0.62 cm de características normales (Figura 2)

Figura 2.
Ovario Izquierdo



Transquirúrgico

Se acude a apoyo en respuesta a interconsulta solicitada por el servicio de ginecología y obstetricia de paciente previamente programada para cirugía de tumoración de anexos la cual es realizada por laparoscopia ginecológica, durante el procedimiento se observa tumoración a expensas de asa de intestino grueso, se encuentra la paciente en decúbito dorsal, se inicia laparoscopia exploradora, encontrando defecto herniario a expensas

de cicatriz tipo Pfannnstiel previa en el vértice del lado derecho en donde encontramos tumoración a expensas de apéndice cecal el cual encontraba dentro de saco herniario.

Se verifica que no existan adherencias a otras estructuras intestinales, se procede a realizar apendicetomía laparoscópica, cambiando calibre de trocar de 5 mm a 12 mm a nivel de fosa iliaca izquierda. Se realiza resección de mesoapéndice con armónico y colocando dos endoloops distales y uno proximal en la base del apéndice cecal, la cual se encontraba libre de tumoración, se realiza apendicetomía incluyendo tumoración y se extrae pieza quirúrgica con endobag. Una vez exteriorizada se palpa una tumoración de consistencia quística y pétreo la cual cuenta en la parte distal aspecto blanquecino sin más agregado (figuras 3 y 4).

Figura 3.
Tumor apendicular



Figura 4.
Tumor apendicular



Post Quirúrgico

Paciente en su primer día postquirúrgico ya deambulando, tolerando dieta por vía oral, abdomen plano con peristalsis presente, en buenas condiciones generales por lo que se decide alta a su domicilio con seguimiento por la consulta externa.

En la consulta externa con reporte histopatológico con una descripción macroscópica de tumor quístico de 8 x 4 cm y anatomopatológico reportando un cistoadenoma mucinoso benigno apendicular.

Discusión

El término “mucocele”, ampliamente difundido, no se refiere más que al hallazgo macroscópico del apéndice dilatado y con contenido mucinoso en la luz. existen cuatro entidades clínicas clasificadas como mucocele, siendo importante la distinción entre ellas: quiste de retención, mucocele simple o ectasia apendicular; hiperplasia; cistoadenoma mucinoso, y cistoadenocarcinoma mucinoso.⁵

Los tumores del apéndice son condiciones clínicas infrecuentes que en la mayoría de los casos son diagnosticados como un hallazgo transoperatorio o bien por el reporte 3 histopatológico posoperatorio. En una revisión de 1492 apendicectomías la prevalencia de los cistadenomas mucinosos fue del 0.13%. Se estima que el 14% de los pacientes con alguna neoplasia apendicular son portadores además de cáncer de colon y no se ha podido establecer con seguridad la eficacia de reseccionar tumores apendiculares por vía laparoscópica.⁴

La literatura refiere un predominio del sexo femenino, tal y como ocurre con nuestra paciente y una edad entre la quinta y sexta década en promedio.⁶

Los cistadenomas mucinosos pueden ser tumores que alcanzan gran tamaño causando sintomatología secundaria a la compresión o desplazamiento de órganos y estructuras.⁶ Su presentación clínica suele ser muy inespecífica, variando desde formas totalmente asintomáticas a cuadros de dolor abdominal similar a una apendicitis aguda, masa palpable, hemorragia digestiva y menos frecuentemente manifestaciones urológicas.⁵

La evaluación ginecológica general deberá siempre incluir un estudio ultrasonográfico para la detección de lesiones anexiales no palpables o asintomáticas.² Las características ecográficas bien evaluadas darán una

orientación muy aproximada al resultado histopatológico. La TC complementará la evaluación definiendo su comportamiento vascular con el contraste endovenoso.²

En estudios de ultrasonografía se puede observar una lesión hipoeoica mientras que en tomografía las imágenes son hipodensas y homogéneas, similares a “capas de cebolla” en ocasiones con zonas quísticas en el interior o con paredes calcificadas muchas veces adyacentes al ciego.⁷ Si el apéndice mide ≥ 15 mm en su diámetro transversal, se sospecha mucocoele con una sensibilidad de 83 % y especificidad de 92 %.⁸ El signo de la piel de cebolla es el más específico; en estudios realizados por Caspi y colaboradores se demostró en la mayoría de los pacientes, y, algunos autores, como Tirumani y colaboradores lo consideran patognomónico. En estudio realizados en mujeres, es importante diferenciar el ovario derecho para excluir procesos como neoplasia quística ovárica o abscesos tuboováricos.^{7,8}

La tomografía es el método de elección para estudiar estas lesiones y usualmente se encuentra una lesión quística, tubular o redonda⁹ bien definida, encapsulada, con valores de unidades Hounsfield (UH) iguales o similares al agua puede acompañarse de calcificaciones murales y engrosamiento de la pared.⁸ En tanto en la colonoscopia se observa la imagen característica del signo del volcán en la cual se aprecia un orificio central por el cual sale moco.¹⁰

El tratamiento del mucocoele es quirúrgico y pueden ir desde apendicectomía con márgenes libres para las lesiones pequeñas sin rotura y que no tengan aspecto neoplásico, hasta hemicolectomía radical derecha en los casos que tengan riesgo de presentar cistoadenocarcinomas, para las lesiones grandes o perforadas.³ En el caso de abordaje abierto, existe consenso de aplicar el tratamiento tras la exploración de la cavidad abdominal, debido a la asociación con otras lesiones neoplásicas, particularmente con el carcinoma del colon, que ocurre aproximadamente en el 20 %, y de ovario en el 4 al 24 % de los casos. El pronóstico es excelente con el tratamiento adecuado y cuando las lesiones se limitan a la pieza extirpada.¹¹

El cistoadenoma mucinoso es una neoplasia quística rara del apéndice caracterizada por cambios adenomatosos vellosos en el epitelio apendicular asociados a marcada distensión intraluminal con mucina.¹²

En el caso de la paciente presentada es ingresada por medio de otro servicio por un problema aparentemente ginecológico, contando con un ultrasonido pélvico en donde se reportaba una masa anexial y contaba con síntomas inespecíficos, al estar en sala de operaciones en la laparoscopia diagnóstica se nos llama por tener un hallazgo incidental de una probable apendicitis encontrando un cistoadenoma mucinoso. Como la bibliografía lo refiere cursó con un cuadro inespecífico y con un diferencial ginecológico ya que al ser una patología rara es común que pase desapercibida.

Conclusión

Al ser una patología inespecífica es importante realizar una correcta evaluación del paciente, desde su historial clínico hasta estudios auxiliares de imagen, como se menciona considerar la toma de una TAC contrastada para determinar el origen de la masa a estudiar y así tener un mejor abordaje quirúrgico. En la paciente reportada se realiza apendicetomía con márgenes libres ya que no se apreciaba actividad neoplásica.

Agradecimientos

Este artículo fue desarrollado gracias al apoyo de los servicios de Cirugía General y Ginecología del Hospital Regional Valentín Gómez Farías, ISSSTE.

Contacto: Dr. Rafael Arias Moreno

Departamento de Cirugía General, Hospital Regional “Dr. Valentín Gómez Farías”.

Séptimo piso. Av. Soledad Orozco 203, Col. El Capullo, CP 45150. Zapopan, Jalisco, México.

Tel.: (33) 38 36 06 50, extensión 146 / celular.: 333 201 8737

Correo electrónico: dr.ariasmoreno@gmail.com

Referencias bibliográficas

1. Cistadenoma mucinoso de apéndice. Presentación de un caso Mucinous cystadenoma of the appendix: a case report. Dr. Ricardo Orlando Alemán Barrera, MS. Dr. Carlos Agustín Catoira Martínez, Dr. Reinaldo Manuel Pando Pérez
2. Cistadenoma mucinoso del apéndice cecal Edith Gutiérrez-Cruz, Carolina González-Vergara, Olivia Bieletto-Trejo, Raúl Vera-Cazares
3. Cistoadenocarcinoma mucinoso de apéndicececal, Paul Pilco, Santiago Beltrán-Flores, Marianell López-Burga, Revista chilena de cirugía
4. Cistadenoma mucinoso del apéndice: Reporte de caso, Aragón-Quintana C, Fierro-Murga R, Rodríguez-Zamacona A, revista medica MD, Volumen 5, número 3; febrero - abril 2014

5. Mucocele apendicular, A. C. Utrillas Martínez, J. A. Muniesa Soriano1, J. M. del Val, Gil A. Cruces Conde, P. López Peris, M. González Penabad, M. Sanz Gómez y C. Moreno Muzas, Servicios de Cirugía General y Aparato Digestivo y Anatomía Patológica. Hospital General Obispo Polanco. Teruel
6. Cistoadenoma mucinoso del apéndice cecal como causa de gangrena intestinal Appendiceal mucocele causing large bowel gangrene Drs. Humberto Osnaya M.1, Tahitiana Abelina Zaragoza S.1, Marco Antonio Mondragón C.1 Servicio de Cirugía General del Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos de Toluca Edo. de México. México.
7. Cistoadenoma mucinoso apendicular Reporte de Caso Appendicular mucinous cystadenoma 1, a Vanessa E. Mendez-Mathey . Rev. cuerpo méd. HNAAA 9(4) 2016
8. NEOPLASIAS MUCINOSAS DEL APÉNDICE Mucinous Neoplasm of the Appendix Alejandro Zuluaga Santamaría Jaime Rafael Sarmiento Serrano Ana María Cock Botero Ricardo Uribe González Laura Marcela Osorio Castrillón Sebastián Isaza Zapata Nicolás Zuluaga Molina
9. Attarde V, Patil B, Apte A, et al. Sonographic appearance of a giant appendicular mucocele. J Clin Ultrasound. 2011;39:290-2.
10. Cistoadenoma mucinoso del apéndice: un caso con presentación inusual Appendiceal mucinous cystadenom: a unusual presentation case Dr. Félix Magdiel Lorenzo Roca; Dr. Jorge Barbarito Gutiérrez Aquino; Dra. Yeny Espinosa Rodríguez; Dr. Josué Fuentes Rojas; Dra. Arazay Rodríguez Sanabria; Lic. Daymari Artilles Benítez. Rev. Arch Med Camagüey Vol23(2)2019
11. Cistadenoma mucinoso de apéndice. Presentación de un caso Mucinous cystadenoma of the appendix: a case report Dr. Ricardo Orlando Alemán Barrera , MSc. Dr. Carlos Agustín Catoira Martínez , Dr. Reinaldo Manuel Pando Pérez, Medicent Electrón. 2015 abr.-jun.;19(2)
12. Cistoadenoma mucinoso de apéndice. Informe de un caso Ernesto Sierra-Montenegro,Gastón Sierra Luzuriaga,Gaetano Leone Stay,Carlos Quiñonez Auria,Vilma Salazar Menéndez, Volumen 78, No. 3, Mayo-Junio 2010

