

## CASUÍSTICA

# EL MUCOCELE APENDICULAR

Dres. Guillermo Premoli, Leandro Pierini, Raúl Ramos, Walter Minatti y Pablo Capellino

### INTRODUCCIÓN

El mucocele apendicular es una entidad rara e infrecuente, caracterizada por un engrosamiento y aumento de tamaño del apéndice producto de la acumulación de una sustancia mucosa en la cavidad apendicular.

Histológicamente se lo clasifica en mucocele simple (acumulación de mucus en la cavidad apendicular con obstrucción del mismo), cistoadenoma (dilatación por mucus de la cavidad apendicular con presencia de adenoma mucoso) y cistoadenocarcinoma (adenocarcinoma más dilatación por mucus de la cavidad apendicular) o, cuando se produce una perforación espontánea del apéndice, como pseudomixoma peritoneal<sup>1</sup>.

Tiene una incidencia según la literatura mundial de 0,1 a 0,4% del total de las apendicectomías<sup>2</sup>, con una mayor incidencia en el sexo femenino (1,5/1) y un promedio de edad al momento del diagnóstico de 50 años<sup>2</sup>.

La mayoría son asintomáticos, pero se pueden presentar como una masa palpable, dolor abdominal, pérdida de peso, cambio en el hábito evacuatorio o como una apendicitis aguda. Generalmente son un hallazgo intraoperatorio, radiológico o histológico<sup>3</sup>.

La tomografía de abdomen o la colonoscopia pueden ayudar en el diagnóstico, pero son pocas las posibilidades de obtener un diagnóstico preoperatorio.

Muy frecuentemente se los encuentra asociados a otras patologías como tumores sincrónicos de colon y recto o tumores ginecológicos<sup>2,4</sup>.

Con respecto al tratamiento, si lo que se encuentra es un quiste mucoso simple, sin atipias, la apendicectomía es curativa, pero si se trata de un cistoadenoma o cistoadenocarcinoma, una resección más amplia es necesaria<sup>2</sup>.



Figura 1. TAC de abdomen que muestra imagen redondeada en contacto con el fondo cecal.

Servicio de Cirugía General. Hospital Privado de Comunidad.  
Córdoba 4545. (B7602CBM) Mar del Plata. Argentina.  
guillermopremoli@yahoo.com.ar

Durante una cirugía de urgencia una biopsia por congelación no siempre es posible, siendo necesario en estos casos resecciones más amplias ante la duda diagnóstica de un posible tumor y el análisis anatomopatológico diferido de la pieza.

### CASO CLÍNICO

Una mujer de 68 años con antecedentes de hipertensión arterial y colecistectomizada consultó por cuadro de tres meses de evolución caracterizado por episodios de dolor abdominal esporádico, principalmente postprandial, a nivel de la fosa ilíaca izquierda, cambio del hábito evacuatorio y constipación. Con la sospecha de patología colónica se solicitó un colon por enema, el cual informó a nivel de fondo cecal una imagen elevada y redondeada de aproximadamente 4 cm. Ante estos hallazgos se solicitó una videocolonoscopia, la cual informó, a nivel de fondo cecal, un pólipo sésil de 3 cm,



Figura 2. Pieza quirúrgica resecada.



Figura 3. Pieza abierta donde se constata la presencia de mucus en su interior.

compatible con lesión submucosa, la cual fue biopsiada informando mucosa con moderado edema.

Para completar los estudios se realizó una tomografía computada de abdomen que mostró una imagen redondeada, bien delimitada, hipodensa sin alteración de la grasa adyacente de aproximadamente 3 cm de diámetro en íntimo contacto con el fondo cecal (imagen sugerente de mucocele apendicular) (fig.1).

Ante este cuadro se decidió, luego de una preparación mecánica de colon, conducta quirúrgica.

### TÉCNICA QUIRÚRGICA

Con el paciente en decúbito dorsal, se abordó laparoscópicamente colocando 3 puertos de trabajo de 10 mm ubicados a nivel epigástrico, umbilical y en hipogastrio.

Se realizó decolamiento de colon derecho con electrocauterio monopolar; se identificó y limitó mucocele a nivel de base cecal en continuidad con el apéndice de aproximadamente 3 cm de diámetro, una vez liberado se exteriorizó a través de una incisión transversa derecha paraumbilical de 5 cm de longitud (fig. 2 y 3).

Se tomó biopsia por congelación de la lesión siendo negativa para células neoplásicas.

Se realizó una resección atípica de ciego, respetando la válvula ileocecal; cerrando el ciego con puntos simples de lino 80 en dos planos, dejando drenaje a nivel de la *lodge* (fig. 4).

El estudio histológico mostró apéndice con dilatación marcada de la luz, la que estaba ocupada por mucus que infiltraba la pared. La mucosa presentó focos de hiperplasia: mucocele.

La paciente presentó buena evolución, comenzando con líquidos al tercer día y dieta liviana al día siguiente. El drenaje se dejó por 48 hs obteniéndose escaso débito serohemático.

La paciente fue externada al cuarto día postoperatorio.

### DISCUSIÓN

Los tumores de apéndice más frecuentes son el carcinoma en primer lugar y luego el adenocarcinoma. Los mucoceles son raros e infrecuentes siendo escasos los reportes en la bibliografía mundial, a excepción de la serie descripta por Stocchi y col. de la Clínica Mayo, describiendo una serie de 135 pacientes entre 1976 y 2000<sup>2</sup>.

Su diagnóstico en la mayoría de los casos es incidental al momento de la cirugía o durante un estudio de diagnóstico por imágenes<sup>3,5</sup>.

En todas las series hubo dificultades para realizar el diagnóstico diferencial, especialmente entre lesiones malignas y benignas<sup>1,2</sup>. La presencia de síntomas se debe por lo general a lesiones malignas (cistoadenocarcinoma, extravasación mucoide por perforación del mucocele con producción de un pseudomixoma peritoneal o



Figura 4. Válvula ileocecal respetada.

con mucoceles que alcanzan un tamaño mayor a 2 cm<sup>2,6</sup>.

Aunque es discutido, está aceptada la progresión de cistoadenoma a cistoadenocarcinoma como en el colon de adenoma a adenocarcinoma.

Una vez diagnosticado un mucocele apendicular ya sea intraoperatorio o en estudios por imágenes, la conducta aceptada es la exéresis, el dilema se plantea en la amplitud de la misma, mientras que algunas series optan por la hemicolectomía derecha fundamentalmente para aquellos mucoceles mayores de 2 cm de diámetro, ante la presencia de un pseudomixoma peritoneal o hallazgos macroscópicos y anatomopatológicos de sospecha de transformación maligna, otras optan por la apendicectomía como único procedimiento, principalmente en lesiones chicas y limitadas al apéndice.

No hemos encontrado en la literatura reportes que hagan referencia a la técnica utilizada en este caso, la cual demostró ser muy beneficiosa para el paciente.

Se recomienda la vigilancia colonoscópica a los pacientes con antecedentes de cistoadenoma apendicular, siendo discutida esta conducta en aquellos que presentan mucocele apendicular<sup>2,4,5</sup>.

### BIBLIOGRAFIA

1. Higa E, Rosai J, Wise L, et al. Mucosal hiperplasia, mucinos cystadenoma, and mucinos cystoadenocarcinoma of the appendix: a re-evaluation of appendiceal mucocele. *Cancer* 1973;32:1525-41
2. Stocchi L, Wolff B, Larson D. Surgical treatment of appendiceal mucocele. *Arch Surg* 2003;138:585-90
3. Esquivel J, Sugarbaker PH. Pseudomyxoma peritonei in a hernia sac: analysis of 20 patients in whom mucoide fluid was found during a hernia repair. *Eur J Surg Oncol* 2001;27:54-8
4. Fujiwara T, Hizuta A, Iguaki H, et al. Appendiceal mucocele with concomitant colonic cancer: reoport of two cases. *Dis Colon Rectum* 1996;39:232-6
5. Rajjman I, Leong S, Marcon NA, et al. Appendiceal mucocele: endoscopic appearance. *Endoscopy* 1994;26:326-8
6. Kabbani W., Houlihan PS, Luthra R. Mucinous and non mucinous appendiceal adenocarcinomas: diferent clinicopathological features but similar genetic alteration. *Mod Pathol* 2002;15:599-605