

Mucocele apendicular simulador de masa anexial

Patricia López Penza¹, Nicolás Sánchez Rosas², Carlos Costa Paz³

1. Cirujano General. Sanatorio Cantegril. Maldonado. Uruguay
2. Residente Cirugía General. Sanatorio Cantegril. Maldonado. Uruguay.
3. Ginecólogo. Sanatorio Cantegril. Maldonado. Uruguay.

Correspondencia: patricialopezpenza@hotmail.com

Resumen

El término mucocele apendicular (MA) hace referencia al aspecto macroscópico de la dilatación quística de la luz apendicular, de etiología obstructiva. Es una enfermedad rara; se presenta como una apendicitis aguda o en forma incidental. Puede corresponder desde una enfermedad benigna a maligna. La resección apendicular debe ser completa, evitando la ruptura del mucocele.

Presentamos el caso clínico de una paciente con MA que simulaba por la imagenología una masa de origen ginecológico, cuyo diagnóstico definitivo fue intraoperatorio y de certificación anatomopatológica.

Palabras Claves: apéndice, mucocele apendicular, apendicitis, masa abdominal, hemicolectomía

Abstract

Appendiceal mucocele (MA) refers to the macroscopic appearance of cystic dilatation of the appendiceal lumen, of obstructive etiology. It is a rare disease; it presents as acute appendicitis or as an incidental finding. It can correspond from a benign to a malignant disease. Appendiceal resection must be complete, avoiding rupture of the mucocele.

We present the clinical case of a patient with MA who simulated a mass of gynecological origin through imaging, whose definitive diagnosis was intraoperative and pathological certification.

Key Word: appendix, appendiceal mucocele, appendicitis, abdominal mass, hemicolectomy

Introducción

En 1842, el patólogo austríaco Carl Freiherr Von Rokitsky describe por primera vez el MA¹. Su incidencia es del 0.2-0.3% de las apendicetomías y del 8-10% de los tumores apendiculares². Higa y Aho desaconsejan el uso del concepto MA, proponen denominarlo en función del estudio histopatológico del apéndice^{2,3}.

Caso clínico

Mujer de 53 años, sana. En control ginecológico, la ecografía transvaginal muestra una masa ovoidea, sólida, heterogénea, 116 mm x 50 mm x 42 mm de L, AP y T, sin determinar si el origen es anexial o uterino. Se complementa con tomografía de abdomen-pelvis multicorte con y sin contraste intravenoso, cuyos hallazgos son compatibles con los ecográficos (Figura

1). Los marcadores biotumorales: CEA, Ca 19-9 y CA 125 con valores normales. Con planteo de masa pelviana de origen ginecológico, se realiza laparoscopia exploradora. En el intraoperatorio se halla una masa sólida blanquecina a nivel apéndice cecal, hallazgo macroscópicamente de MA. Anexos normales. Se convoca a equipo de cirugía, él compromiso incluía la base apendicular por lo que se realiza una hemicolectomía derecha video asistida, anastomosis extracorpórea por mini incisión transversal en flanco derecho (Figura 2), ileotransversoanastomosis laterolateral mecánica. Buena evolución clínica. Alta al 5º día postoperatorio. Anatomía Patológica: neoplasia mucinosa apendicular de bajo grado, compromiso mucoso y submucoso en toda su extensión, mucina acelular que se extiende hasta la subserosa (pT3). Ganglios 0/12 (Figura 3).

Figura 1. Tomografía abdominal con contraste intravenoso: masa anexial derecha hipodensa, de paredes finas.

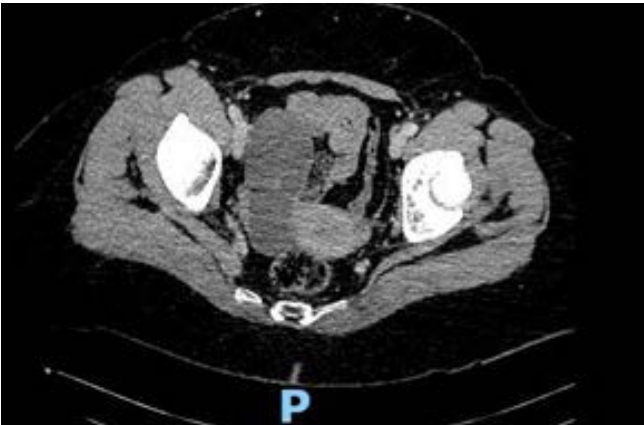


Figura 2. Exteriorización de la pieza: Mucocele Apendicular.



Figura 3. Pieza macroscópica de anatomía patológica. Círculo superior: Válvula ileocecal; Círculo inferior: límite macroscópico proximal del mucocele apendicular.



Discusión

La acumulación de la secreción mucosa en la luz apendicular produce su obstrucción, definiendo una patología poco frecuente del apéndice como es el MA.

Se presenta con mayor frecuencia en mujeres 4; la edad promedio de presentación es de 55 años, más del 75% de los casos entre la quinta y sexta décadas de la vida⁵.

Su forma de presentación es desde un hallazgo incidental en un estudio de imagen por otra etiología, una intervención quirúrgica, un cuadro clínico de dolor en fosa ilíaca derecha, masa abdominal a dicho nivel, o clínica de una apendicitis aguda. Incluso en un control ginecológico, como fue en el caso de nuestra paciente, pero interpretado de origen anexial. La incidencia de asintomáticos es del 25 al 50%⁴; en un 10-15 % de todos progresan a un pseudomixoma peritoneal^{3,4,6}.

Anatomopatológicamente, se dividen en 4 subtipos^{7,8}:

1. Mucocele simple o de retención (15-20%), epitelio sin cambios proliferativos.
2. Mucocele por hiperplasia mucosa (5-25%), leve dilatación del apéndice.
3. Mucocele secundario a cistoadenoma mucinoso (CAM) o neoplasia mucinosa apendicular de bajo grado (50%), con gran producción de mucina.
4. Mucocele en relación con cistoadenocarcinoma mucinoso (CACM) (11-20%), displasia celular de alto grado, con invasión glandular y estromal.

Los CAM o CACM son los que presentan mayor luz apendicular, en casi todos los casos mayores de 6-8 cm². El diámetro ecográfico mayor de 15 mm se correlaciona con una sensibilidad del 83% y una especificidad del 92% con MA⁹. El MA se visualiza como una masa de paredes finas, con o sin calcificaciones, anecoica o heterogénea, consistencia similar al agua, el grado de ecos internos está relacionado con la cantidad de mucina, con septos en su interior. Destacamos una importante característica: la ausencia de inflamación o absceso periapendicular⁷. La tomografía es la imagen de elección para su diagnóstico y determina las relaciones con órganos adyacentes. La presencia de calcificaciones es muy típica, pero puede estar ausente hasta en un 50 % de los casos dificultando el diagnóstico⁷. El diagnóstico radiológico preoperatorio puede ser confundido con una tumoración ovárica, los tumores apendiculares deben incluirse en el diagnóstico diferencial de las masas anexiales derecha. La resonancia magnética nuclear no es frecuentemente solicitada, muestra una masa quística cuya intensidad de señal depende de su contenido. Las imágenes ponderadas en T2 presenta alta intensidad de señal

por su alto contenido líquido y baja intensidad en T1; el alto en mucina determina una alta señal en T2 y T1⁷. Puede asociarse cáncer de colon del 11-20% de los casos, por lo que algunos autores recomiendan realizar una fibrocolonoscopia^{4,6}. Los marcadores tumorales en el estudio de una masa pelviana pueden encontrarse dentro de la normalidad. Las complicaciones son raras, incluyen: obstrucción intestinal, hemorragia digestiva y el pseudomixoma peritoneal, cuando hay diseminación peritoneal de material mucinoso.

El tratamiento del MA es quirúrgico, no se contempla el tratamiento conservador por el potencial de progresar a CACM. Es importante la resección completa, evitar su rotura y el contacto con los tejidos circundantes. Un punto clave es la extensión de la exéresis, no existe un acuerdo al respecto de la cirugía más adecuada. Esto implica desde una apendicetomía hasta la hemicolectomía derecha, recordando que el tipo histológico será obtenido en el postoperatorio por el estudio de la pieza de resección, lo que pautará finalmente el tratamiento. La apendicectomía con la linfadenectomía del apéndice es aceptada para el quiste de retención y la hiperplasia de la mucosa. De corresponder a una CACM la cirugía propuesta es la hemicolectomía derecha. La vía de abordaje es un continuo debate. La vía laparotómica es universalmente aceptada, la laparoscópica sigue siendo un punto árido, existiendo contradicción de la literatura al respecto. Se acepta que permite evaluar toda la cavidad abdominal en busca de diseminación, con una recuperación más rápida y mejor cosmética⁵.

Rangarajan¹⁰ en su serie laparoscópica uso pinzas atraumáticas, abordaje «non-touch» y extracción en bolsa, con excelentes resultados. La extracción

apendicular debe realizarse en bolsa, minimizando riesgo de rotura y contaminación parietal; de realizar una hemicolectomía la protección del plano muscular en la extracción de la lesión.

Paul Sugarbaker¹¹ plantea un algoritmo de decisión terapéutico: “un MA íntegro, no fisurado ni roto, es por sí un proceso benigno y no supone ningún riesgo para el paciente; si se rompe producirá salida de su contenido a la cavidad peritoneal, ya sea moco simple acelular o bien con células epiteliales con grado variable de atipia, pudiendo necesitar una cirugía oncológica con quimioterapia hipertérmica intrabdominal intraoperatoria y posterior control” o un CACM con un algoritmo similar. La supervivencia en el mucocele simple, la hiperplasia mucosa y el CAM es del 91% de los casos a los 10 años, en CACM sin afectación peritoneal, disminuye al 25% a los 5 años¹².

El rol del anatomopatólogo es fundamental en: el estudio de la pieza, la búsqueda de fisuras inadvertidas y el análisis de la mucina. El informe definitivo determinará la necesidad de realizar tratamiento complementario.

Conclusión

El MA es una patología con potencial maligno, por lo que contar con el diagnóstico preoperatorio correcto nos permite planificar la técnica quirúrgica. El tipo de procedimiento es de decisión intraoperatoria, dependiendo del grado de compromiso de la base apendicular, siendo en definitiva de certificación anatomopatológica pudiendo implicar una reintervención. El pronóstico se basa en el tipo histológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rokitansky C, Swaine W, Parry J, et al. A manual of pathological anatomy. Philadelphia: Blanchard & Lea; 1855.
2. Jiménez C, Ramírez J, Carrasco M, et al. Mucocele apendicular. Actualización del tratamiento en una patología poco conocida. Cir Andal 2009; 20: 203-6.
3. Higa E, Rosal J, Pizzimbonoo C, et al. Mucosal hyperplasia, mucinous cystadenoma and mucinous cystadenocarcinoma of the appendix. Cancer 1973; 32:1525-41. DOI: 10.1002/1097-0142(197312)32:6<1525:aid-cncr2820320632>3.0.co;2-c
4. Ruiz J, García D, Morales V, et al. Mucocele of the appendix. World J Surg 2007; 31(3): 542-8. DOI: 10.1007/s00268-006-0454-1
5. Serrano P, Pérez-Bedmar J, Larrañaga E. Mucocele apendicular. Revisión de la literatura y aportación de 8 casos. Rev Esp Enferm Dig 1989; 76: 35-41.
6. Stocchi L, Bruce G, Dirk R, et al. Surgical treatment of appendiceal mucocele. Arch Surg 2003; 138:585-90.
7. Faure M, Salgado R, Op de Beeck B, et al. Mucocele of the appendix: case report and review of literature. JBR-BTR 2014; 97: 217-21.
8. Ensuncho C, Osorio C, Marrugo Á, et al. Obstrucción intestinal parcial producida por

- mucocele apendicular con fistula a íleon proximal. Rev Colomb Cir 2016 31(1):61-4.
9. Lien W, Huang S, Chi CL, et al. Appendiceal outer diameter as an indicator for differentiating appendiceal mucocele from appendicitis. Am J Emerg Med 2006; 24:801-5. DOI: 10.1016/j.ajem.2006.04.003.
10. Rangarajan M, Palanivelu C, Kavalakat A, et al. Laparoscopic appendectomy for mucocele of the appendix: report of 8 cases. Indian J Gastroenterol 2006; 25: 256-7.
11. Dhage-Ivatury S, Sugarbaker P. Update on the surgical approach to mucocele of the appendix. J Am Coll Surg 2006; 202(4): 680-4.
12. Roberge R, Park A. Mucocele of the appendix: an important clinical rarity. J Emerg Med 2006; 30:303-6.

ORCID iDs:

Patricia López Penza, ORCID 0000-0003-0951-6831
Nicolás Sánchez Rosas, ORCID 0009-0009-9570-7554
Carlos Costa Paz, ORCID 0000-0003-2078-0027