

Medicent Electrón. 2015 abr.-jun.;19(2)

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
PLACETAS, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

Cistadenoma mucinoso de apéndice. Presentación de un caso

Mucinous cystadenoma of the appendix: a case report

Dr. Ricardo Orlando Alemán Barrera¹, MSc. Dr. Carlos Agustín Catoira Martínez², Dr. Reinaldo Manuel Pando Pérez³

1. Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Asistente. Hospital General Placetas, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: alemanb@capiro.vcl.sld.cu
2. Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas. Asistente. Hospital General Placetas, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: bibhosplac@capiro.vcl.sld.cu
3. Especialista de Primer Grado en Cirugía General y en Medicina General Integral. Instructor. Hospital General Placetas, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: bibhosplac@capiro.vcl.sld.cu

DeCS: cistadenoma mucinoso/cirugía, neoplasias gastrointestinales/diagnóstico.

DeCS: cystadenoma, mucinous/surgery, gastrointestinal neoplasms/ /diagnosis.

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.^{1,2} Los tumores del apéndice cecal constituyen un grupo heterogéneo de neoplasias con evolución y pronóstico variables;¹⁻³ representan menos del 0,5 % de todas las neoplasias gastrointestinales y se encuentran en el 1 % de las apendicectomías.^{2,3} La mayoría de los enfermos son operados por sospecha de apendicitis aguda y el diagnóstico del tumor se realiza como un hallazgo en el estudio anatomopatológico.²

El cistadenoma mucinoso de apéndice es una neoplasia benigna rara, con una frecuencia de 2 casos por cada 10 000 laparotomías.⁴ 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; pero la mayoría son asintomáticos y generalmente constituyen un hallazgo transoperatorio, radiológico o endoscópico.⁵

Presentación del paciente

Se trata de un paciente masculino de 42 años, piel blanca, con antecedentes de salud, que acude al servicio de cirugía general por dolor abdominal en fosa ilíaca derecha de un mes de evolución. Se indican exámenes complementarios generales y se hace el diagnóstico de infección urinaria. Diez días después continúa presentando el mismo dolor sin fiebre, vómitos, náuseas ni taquicardia. Se sospecha una apendicitis aguda y se decide practicar tratamiento quirúrgico. Se realizó una técnica de Mc Burney y se encontró un proceso plastronado cecal por apendicitis retrocecal, por lo que se realizó apendicectomía. El análisis histológico reveló apendicitis aguda supurada con pseudodivertículos perforados; la evolución fue satisfactoria. Un mes después, el paciente regresa al servicio de cirugía aquejando dolor en fosa ilíaca derecha, similar al que presentaba antes de la apendicectomía; los exámenes de laboratorio fueron normales y en el ultrasonido de abdomen se

observó una imagen compleja de predominio quístico en fosa ilíaca derecha, por lo que se decide realizar laparotomía exploratoria ante la sospecha de un absceso intrabdominal postapendicectomía. Durante el acto quirúrgico, se encontró el ciego deformado, y a nivel de su serosa retrocecal, una formación redondeada de 7 x 6 cm bien encapsulada con contenido mucinoso, de paredes lisas y discretamente engrosadas (Figuras 1,2).



Figura 1. Pieza quirúrgica de la hemicolectomía derecha.

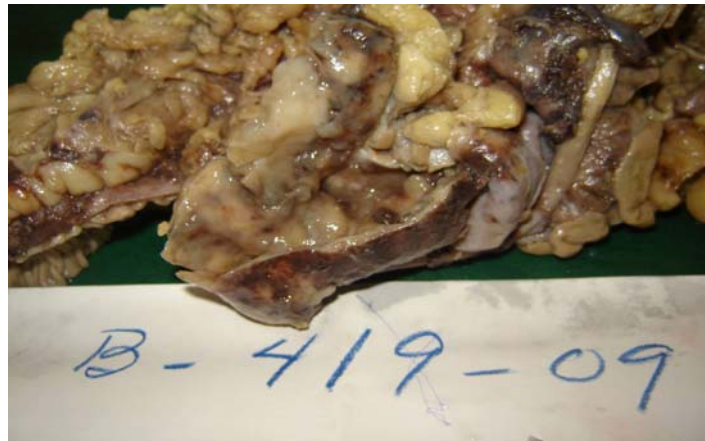


Figura 2. Cistadenoma mucinoso de apéndice cecal en la serosa del ciego.

Se realizó resección de la lesión y hemicolectomía derecha con ileotransversoanastomosis en dos planos. El estudio histopatológico reveló: cistadenoma mucinoso de apéndice cecal con siembra en la pared del ciego, atipia celular ligera y técnica de PAS positiva (Figura 3). Tuvo una buena evolución postoperatoria.

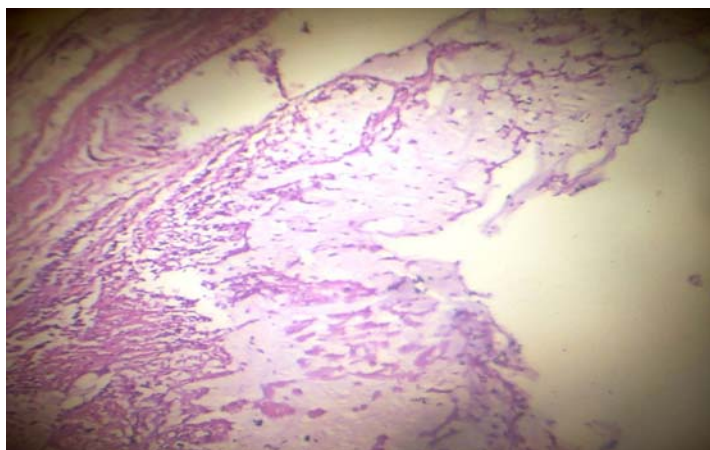


Figura 3. Microfotografía del cistadenoma mucinoso de apéndice.

DISCUSIÓN

El mucocoele apendicular es una rara enfermedad del apéndice. Corresponde a la forma descriptiva de la dilatación de la luz apendicular por acumulación de secreción mucinosa, secundaria a su obstrucción.⁶ Se han descrito cuatro subtipos, de acuerdo con las características del epitelio: mucocoele simple, hiperplasia mucosa, cistadenoma mucinoso y cistadenocarcinoma. La perforación provoca la diseminación del material mucoso en la cavidad peritoneal (pseudomixoma peritoneal);^{6,7} este material puede ser acelular o contener células con varios grados de displasia. Se estima que del 10 a 15 % de los mucocoeles pueden evolucionar a esta entidad.^{1,2} El curso clínico y el pronóstico dependen del tipo histológico. La proporción de mujer a hombre es de 4 a 1. Generalmente, se presenta después de los 55 años.⁸ No tiene un cuadro clínico característico y el estudio por imágenes permite sospechar el diagnóstico en el preoperatorio, cuando se detecta una masa quística en la región del apéndice. El diagnóstico se puede realizar eventualmente con radiografías simples del abdomen y colon por enema. Con el advenimiento del ultrasonido, la colonoscopia, la tomografía axial computarizada y la resonancia magnética nuclear, el diagnóstico se realiza con mayor certeza.^{9,10}

Por la rareza de la enfermedad, la interpretación correcta del estudio es fundamental. El tratamiento es quirúrgico debido al potencial que tiene de transformación maligna y para prevenir las complicaciones que puede producir: la más temida es la rotura y la diseminación. La técnica dependerá de la naturaleza histológica. Es importante considerar el diagnóstico previo a la cirugía y realizar la resección cuidadosa, que puede ser por laparoscopia o por laparotomía. Muchos autores sugieren esta última para poder manipular la pieza, evitar su rotura y la siembra de células. El tratamiento recomendado para las lesiones confinadas al apéndice cecal con base libre de tumor es la apendicectomía. Sin embargo, en casos de lesiones grandes o con alta posibilidad de malignidad, se realiza la hemicolectomía.¹⁰ El cistadenoma mucinoso es la forma más común de los mucocoeles apendiculares, que sustituye a la mucosa normal y produce distensión del órgano debida a la acumulación mucinosa. La dilatación de la luz se asocia con perforación apendicular en el 20 % de los casos, y da lugar a una colección localizada de moco unida a la serosa del apéndice o el ciego, o libre en la cavidad peritoneal. Sin embargo, el análisis histológico del moco no reveló células malignas.² El cuadro clínico es inespecífico: varía desde formas totalmente asintomáticas, hasta cuadros de dolor abdominal similar a una apendicitis aguda, masa palpable, hemorragia digestiva baja, invaginación intestinal y manifestaciones urológicas. Suele presentarse como hallazgo incidental durante una intervención quirúrgica, una exploración radiológica o un procedimiento endoscópico en el 23 al 50 % de los casos. Generalmente, el diagnóstico se realiza durante una laparotomía por posible apendicitis aguda.

El diagnóstico resulta difícil, aun con las técnicas de imagen, debido a la inespecificidad de los síntomas, de tal forma que la mayoría de los casos solo son diagnosticados durante la operación.⁸

El tratamiento de elección es la cirugía y depende del tamaño. 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.³ El pronóstico es excelente con el tratamiento adecuado y cuando las lesiones se limitan a la pieza extirpada.

En este paciente, como los resultados histopatológicos de las dos piezas quirúrgicas fueron diferentes, con evolución inicial tórpida, fue necesario realizar un nuevo examen histológico que confirmó el diagnóstico final. Actualmente, después de cuatro años de operado, el paciente se mantiene asintomático y sin recidiva de la lesión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bahena-Aponte JA, Moreno Portillo M, García Arteaga A. Mucocele apendicular. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Hosp Gral Dr. M. Gea González*. 2007;8(1):34-6.
2. Alfonso Chávez JM, Medina F. Cistadenoma mucinoso de apéndice cecal. A propósito de un caso. *Cir Parag* [internet]. 2009 jun. [citado 14 ene. 2015];32(1):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=521550&indexSearch=ID>
3. Sierra-Montenegro E, Sierra-Luzuriaga G, Leone-Stay G, Quiñonez-Auria C, Salazar-Menéndez V. Cistoadenoma mucinoso de apéndice. Informe de un caso. *Cir Cir* [internet]. 2010 mayo-jun. [citado 24 dic. 2012];78(3):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2010/cc103j.pdf>
4. Badilla Mora JB, Arguedas NC. Mucocele apendicular. Caso clínico y revisión bibliográfica. *Rev Méd Costa Rica Centro Am*. 2009;LXVII(590):431-4.
5. Alarcón Jarsún GA, Shuchleib Cung A, Ylgovsky Weintraub L, Padilla Rodríguez A, Chousleb Kalach A, Shuchleib Chaba S. Mucocele apendicular. Reporte de dos casos clínicos. *An Méd (Méx)* [internet]. 2011 oct.-dic. [citado 5 feb. 2014];56(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2011/bc114f.pdf>
6. Alarcón C. JP, Sánchez-G. L, Rodríguez M. E, Díaz T. M, López R. R, Paris B. L, *et al*. Cistoadenocarcinoma de ovario y apéndice. *Rev Chil Cir* [internet]. 2012 jun. [citado 5 feb. 2014];64(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262012000300013&lng=es
7. Maciel da Fonseca L, Anacleto Sassine GC, Profeta da Luz MM, Gomes da Silva R, da Conceição SA, Lacerda-Filho A. Cistoadenoma de apéndice- relato de caso e revisão da literatura sobre tumores mucinosos do apéndice vermiforme. *Rev Bras Colo-Proctol* [internet]. 2008 Jan.-Mar. [citado 19 jun. 2013];28(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-98802008000100013
8. Ferreira Costa RG. Mucocele de apéndice. *Rev Col Bras Cir* [internet]. 2009 mar.-abr. [citado 16 mar. 2014];36(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912009000200018&lng=es
9. Zaza Demetrasvili MC, Khutsishvili K, Topchishvili G, Javakhishvili T, Pipia I. Mucocele of the Appendix: Case Report and Review of Literatura. *Int Surg*. 2012 Jul.-Sep.;97(3):266-9.
10. Bennett GL, Tanpitukponqse TP, Macari M, Cho KC, Babb JS. CT diagnosis of mucocele of the appendix in patients with acute appendicitis. *AJR Am J Roentgenol*. 2009;192(3):103-10.

Recibido: 7 de enero de 2014

Aprobado: 2 de julio de 2014

Dr. Ricardo Orlando Alemán Barrera. Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Asistente. Hospital General Placetas, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: alemanb@capiro.vcl.sld.cu