

Cartas al Director

Mucocele apendicular

Palabras clave: Mucocele apendicular. Cistoadenoma. Pseudomixoma peritoneal.

Key words: Appendicular mucocele. Cystoadenoma. Pseudomixoma peritonei.

Sr. Director:

El mucocele apendicular, inicialmente descrito por Rokitsky en 1842, es una patología poco frecuente del apéndice caracterizada por una dilatación quística de su luz con acúmulo de material mucinoso. Tiene una prevalencia de 0,2-0,4% de las apendicectomías (1), siendo el cistoadenoma mucinoso el más frecuente (50%). Se ha descrito la presencia de otros tumores asociados, principalmente a nivel del tubo digestivo, llegando a asociarse en un 20% a neoplasias colorrectales, pero también en ovario (4-24%), mama e hígado. A pesar de que se encuentran otras neoplasias gastrointestinales con una frecuencia 6 veces superior a lo esperado no está claro si la presencia de un mucocele apendicular representa un incremento del riesgo para padecer un cáncer colorrectal.

Las complicaciones son raras e incluyen obstrucción intestinal o hemorragia digestiva, siendo la peor el pseudomixoma peritoneal, que ocurre cuando hay diseminación peritoneal de material mucinoso.

Desde 1994 hasta 2005 se han realizado en este Servicio 1312 apendicectomías, de las cuales 165 fueron incidentales y se han intervenido 15 pacientes con tumores apendiculares, de los que 9 resultaron mucoceles (0,68%). La edad media fue de 61,7 años (39-73) y el sexo predominante el femenino (66%). El síntoma por el que consultaron fue principalmente el dolor abdominal (44,4%). En dos casos no hubo clínica inicial (22,2%) y el diagnóstico se hizo en una revisión ginecológica; 2 pacientes se intervinieron ante la sospecha de apendicitis agu-

da (22,2%) y uno ante la sospecha de plastrón apendicular (11,1%).

Como pruebas complementarias recurrimos a la ecografía abdominal y/o ginecológica (55%), el TAC abdominal (33%), el enema opaco (22%), y la colonoscopia o el tránsito gastroduodenal (11%). Respecto a la intervención quirúrgica, se realizaron 3 histerectomías con doble anexectomía y apendicectomía, 3 apendicectomías simples, 1 hemicolectomía derecha (apendicitis aguda flemonosa con proceso inflamatorio en la pared cecal) y dos apendicectomías seguidas de la extirpación de la masa tumoral (en un caso incompleta). La estancia media postoperatoria fue de 6 días.

El estudio anatomopatológico reveló 2 mucoceles (22,2%), 1 hiperplasia (11,1%), 4 cistoadenomas (44,4%), 1 cistoadenocarcinoma (11,1%) y 1 pseudomixoma peritoneal (11,1%). El seguimiento realizado en consultas, según la anatomía, se basó en ecografía/TAC, marcadores tumorales y colonoscopia. La mortalidad fue del 22%, y correspondió a los pacientes diagnosticados de cistoadenocarcinoma y pseudomixoma.



Fig. 1. Imagen macroscópica: cistoadenoma mucinoso de apéndice con luz dilatada y material mucoide.

Discusión

El término "mucocele", ampliamente difundido, no se refiere más que al hallazgo macroscópico del apéndice dilatado y con contenido mucinoso en la luz. Así, existen cuatro entidades clínicas clasificadas como mucocele, siendo importante la distinción entre ellas (2): *quiste de retención*, *mucocele simple o ectasia apendicular*; *hiperplasia*; *cistoadenoma mucinoso*, y *cistoadenocarcinoma mucinoso*.

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 (3). Suele presentarse como hallazgo incidental durante una intervención quirúrgica, una exploración radiológica o un procedimiento endoscópico en un 23-50% de los casos (4). El diagnóstico resulta difícil por la inespecificidad de los síntomas y a pesar de las técnicas de imagen, de tal forma que más de un 60% de los casos sólo son diagnosticados tras la cirugía. Sin embargo, es muy importante el diagnóstico preoperatorio, pues su ruptura accidental puede ocasionar una siembra mucinosa peritoneal.

En cuanto a las técnicas de imagen el TAC abdominal permite visualizar la lesión así como la afectación de los órganos próximos, siendo más específica y segura para el diagnóstico de mucocele que la ecografía.

La mayoría de los autores consideran que el tratamiento quirúrgico es el de elección, resultando fundamental la exéresis del tumor; sin embargo no existe acuerdo respecto a la cirugía más adecuada. Generalmente suele ser suficiente una apendicectomía, salvo en los casos de malignidad o en los que el tumor se encuentra muy próximo a la base apendicular, en los que se prescribe una hemicolectomía derecha (5). El diagnóstico de malignidad se hace en función de hallazgos histológicos (invasión de la pared apendicular por glándulas atípicas e identificación de células epiteliales en alguna colección mucinosa intraperitoneal), por lo que si tras una apendicectomía se con-

firman estos datos es necesario realizar una hemicolectomía. La laparoscopia parece tener una tasa más elevada de resección inadecuada, además de que el neumoperitoneo y la tracción de la pieza a través de la pared abdominal pueden contribuir a una diseminación peritoneal del material mucinoso (6), por lo que es de elección la vía abierta. Dada la asociación que hemos dicho existe entre mucocele apendicular y tumores gastrointestinales, principalmente el de colon, durante la laparotomía es necesario llevar a cabo una exhaustiva exploración de la cavidad abdominal, lo mismo que si existe pseudomixoma peritoneal, efectuando exéresis de cualquier implante mucinoso.

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 ¹Anatomía Patológica. Hospital General Obispo Polanco. Teruel

Bibliografía

1. Lakatos, et al. Mucocele of the appendix: an unusual cause of lower abdominal pain in a patient with ulcerative colitis. A case report and review of literature. *World J Gastroenterol* 2005; 11(3): 457-9.
2. Andrade CF, Santo PRQE, Pantaroto M, Spadella CT. Cistoadenoma mucinoso do apéndice: Relato de caso. *Acta Cir Bras* 2001; 16(4).
3. Puebla Maestu A, Martín Lorente JL, Gento Pena E, Alonso Alonso E, Claver Criado M, Fernández Fernández A. Microhematuria secundaria a mucocele y cistoadenoma apendicular. *Gastroenterol Hepatol* 2006; 29(1): 25-8.
4. Rodríguez Alonso A, et al. Masa quística retroperitoneal gigante: Mucocele apendicular. *Actas Urol Esp* 2004; 28(4): 327-31.
5. Machado NO, Chopra P, Pande G. Appendiceal tumour- retrospective clinicopathological análisis. *Trop Gastroenterol* 2004; 25(1): 36-9.
6. Bucher P, Mathe Z, Demirag A, Morel P. Appendix tumor in the era of laparoscopic appendectomy. *Surg Endosc* 2004; 18(7): 1063-6.