

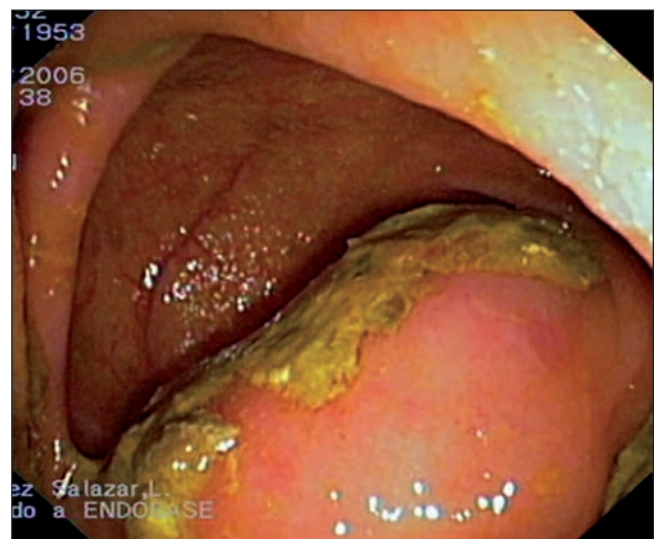
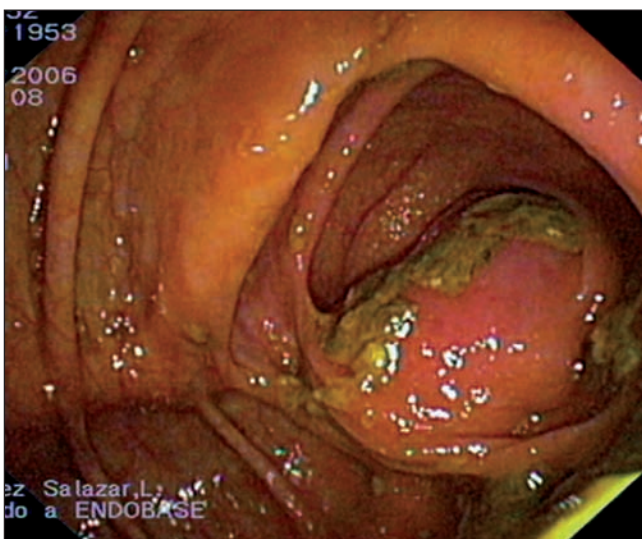
Tumor submucoso en el fondo del ciego

L. I. Fernández Salazar, J. Herreros Rodríguez¹, C. Abril Vega¹, M. Rodríguez Velasco², B. Velayos Jiménez, R. Aller de la Fuente y J. M. González Hernández

Servicios de Aparato Digestivo, ¹Cirugía General y ²Radiodiagnóstico. Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Varón de 52 años con antecedentes de cirugía de tumor de parótida. Se le exploró con colonoscopia por tenesmo y cambio del ritmo intestinal. Las figuras 1 y 2 corresponden al polo cecal. El examen de las biopsias de la mucosa demostró un infiltrado inflamatorio de carácter agudo y crónico sin signos específicos. Se realizó una resonancia magnética de abdomen (Figs. 3 y 4). La laparotomía confirmó una tumoración en la base del apéndice de 2 cm. Se practicó un cequectomía parcial. La descripción macroscópica de la pieza fue: dilatación de 1,3 cm en la parte más proximal del apéndice, al corte se aprecia una formación pseudopolipoidea con material denso mucoso y parduzco. El diagnóstico fue cistoadenoma mucinoso del apéndice.

El cistoadenoma mucinoso del apéndice, el quiste de retención, la hiperplasia mucosa y el cistoadenocarcinoma del apéndice son los diferentes tipos de mucocele apendicular (MCA). El MCA es una dilatación del apéndice vermiforme por la acumulación de moco. Supone menos del 1% de las apendicectomías y el 8% de los tumores apendiculares. En el Hospital Ramón y Cajal de Madrid se operaron 35 casos en 21 años (1). En otra serie se diagnosticaron con colonoscopia 7 casos en 14 años (2). El MCA puede ser asintomático o manifestarse como una apendicitis aguda o una masa en fosa iliaca derecha (1-3). Con ecografía y tomografía computerizada se demuestra una masa yuxtaapendicular encapsulada con pared de varias capas, a veces calcificadas. Con endoscopia se describe el signo del volcán (el orificio apendicular correspondería al cráter sobre el efecto masa) (1). En 1989 se llegaba al diagnóstico preoperatorio en el 15% de los casos (3), ahora en el 29% (1). El MCA puede coexistir con otros tumores colorrectales, de mama, ovario o riñón (1,2). El pseudomixoma peritoneal es consecuencia del cistoadenocarcinoma, pero también puede serlo de la apendicectomía. En el caso del cistoadenocarcinoma se indica la hemicolectomía derecha. El estudio patológico debe ser minucioso y se recomienda el seguimiento de los pacientes por describirse pseudomixomas peritoneales y adenocarcinomas de ciego tras apendicectomías de MCA *benignos* (1-4).



Figs. 1 y 2. Sobre el orificio apendicular hay una masa de aspecto submucoso de unos 2 cm.

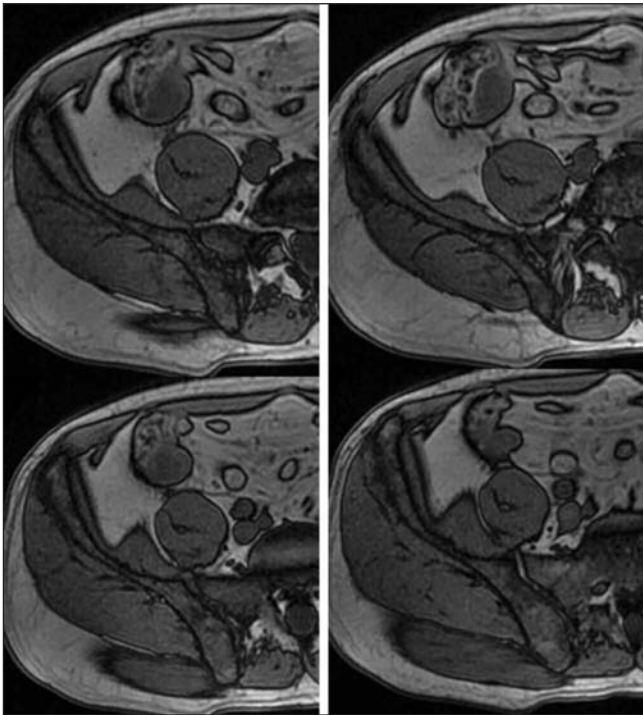


Fig. 3. Lesión en ciego por debajo de la válvula ileocecal de forma ovoide y de tamaño aproximado: 3 x 2,5 x 2 cm rodeada de una estructura capsular con contenido líquido con señal que sugiere componente proteico. No hay alteración de la grasa perilesional. Imágenes axiales potenciadas T1 (*out of phase*).

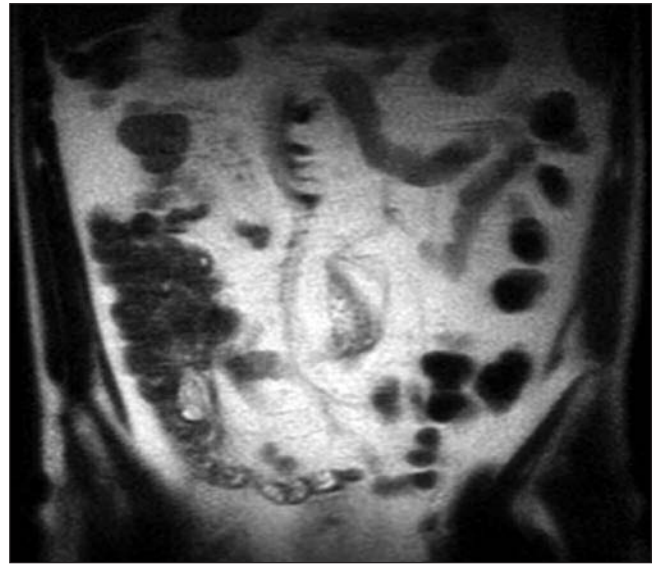


Fig. 4. Imagen coronal SSFSE T2.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz-Tovar J, García Teruel D, Morales Castiñeiras V, Sanjuanbenito Dehesa A, López Quindós P, Martínez Molina E. Mucocele of the appendix. *World J Surg* 2007; 31: 542-8.
2. Zanati SA, Martin JA, Baker JP, Streutker CJ, Marcon NE. Colonoscopic diagnosis of mucocele of the appendix. *Gastrointest Endosc* 2005; 62: 452-6.
3. Serrano Sánchez PA, Pérez-Bedmar JA, Larrañaga E. Mucocele apendicular. Revisión de la literatura y aportación de 8 casos. *Rev Esp Enferm Dig* 1989; 76: 35-41.
4. Pajares JM, Pozo A, Martínez Piñeiro M, Barragán I, Torralba JA. Mucocele apendicular. *Rev Esp Enferm Dig* 1975; 45: 425-30.