

CISTOADENOMA MUCINOSO DEL APÉNDICE: PRESENTACIÓN DE UN CASO

MUCINOUS CYSTADENOMA OF THE APPENDIX: A CASE REPORT

Katherine Sotomayor Rubio¹

Leticia Basto Rodríguez¹

María Angélica Porras Herrera¹

Alfonso Spath Spath²

Luz Stella García³

RESUMEN

Este artículo describe el caso de una paciente de 79 años de edad que consultó por dolor abdominal en la fosa iliaca derecha de cuatro días de evolución. La ecografía abdominal mostró una imagen de asa intestinal, con engrosamiento de sus paredes, que se continuaba hacia la pelvis, donde se apreciaba una imagen sacular hipoecoica sin peristalsis, con aumento de ecogenicidad de la grasa mesentérica, que sugirió un proceso inflamatorio apendicular. Una tomografía realizada posteriormente describió una imagen tubular ciega con calcificación en su interior y una ligera alteración de la densidad de la grasa mesentérica adyacente. Se realizó una laparotomía y un estudio microscópico del espécimen en patología, el cual arrojó como resultado un cistoadenoma mucinoso del apéndice.

PALABRAS CLAVE (DeCS)

Cistadenoma mucinoso
Neoplasias del apéndice
Diagnóstico

KEY WORDS (MeSH)

Cystadenoma, mucinous
Appendiceal neoplasms
Diagnosis

SUMMARY

This article describes a case of a 79 year old female patient, consulting due to four days of abdominal pain in the right iliac fossa. An abdominal ultrasound showed an intestinal loop, with a thickening of its walls, continuing into the pelvis, where a saccular hypoechoic image without peristalsis with increased echogenicity of mesenteric fat was observed. This image suggested an appendicular inflammatory process. A tomography described a blind tubular image with one calcification in its interior and a slight alteration in the density of adjacent mesenteric fat. A laparotomy and a microscopic study of the specimen in pathology were performed, which reported a Mucinous Cystadenoma of the Appendix.

Introducción

El mucocoele apendicular es una patología rara del apéndice, con un rango de incidencia entre 0,2 y 0,3% de todas las apendicectomías, y el 8% de todos los tumores apendiculares. Se caracteriza por dilatación de la luz del apéndice con retención de moco. Es más frecuente en mujeres, con una relación 4:1, y en mayores de 50 años (1,2).

Presentación del caso

Paciente femenina, 79 años de edad, consulta por dolor abdominal en fosa iliaca derecha de cuatro días de evolución, asociado con distensión abdominal. Al examen físico se encontró abdomen globoso, peristalsis

presente; no se palparon masas o megalias, con ligera resistencia voluntaria a la palpación en fosa iliaca derecha. Se practicó una ecografía (US) abdominal (figura 1a), en la cual se observó una imagen de asa intestinal, posiblemente ciega, con engrosamiento de sus paredes, que configuraba una imagen en diana en el plano transversal. Esta se continúa en sentido oblicuo hacia la pelvis, donde se aprecia una imagen sacular hipoecoica de 7 cm de longitud y 3 cm de diámetro anteroposterior, sin peristalsis, con aumento de la ecogenicidad de la grasa mesentérica, sin realce al Doppler color (figura 1b); esto sugiere un proceso inflamatorio apendicular, que puede estar asociado con colección o mucocoele apendicular. Por ello se recomendó practicar una tomografía contrastada (TC), para hacer una mejor evaluación de los hallazgos.

¹Residente de Radiología e Imágenes Diagnósticas, Fundación Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.

²Médico Radiólogo Intervencionista. Centro de imágenes Diagnósticas CEDIUL. Barranquilla, Colombia

³Médica Radióloga. Centro de imágenes Diagnósticas CEDIUL. Barranquilla, Colombia.

En la TC se observó engrosamiento de las paredes del ciego, especialmente en su pared medial, asociada con una imagen tubular ciega, con coeficientes de atenuación cercanos a las 20 unidades Hounsfield (UH) (figuras 2a y 2b), más calcificación proximal en su interior y ligera alteración de la densidad de la grasa mesentérica adyacente (figuras 3a y 3b). Se practicó una impresión diagnóstica de plastrón frente a mucocele apendicular. Se procedió a practicar laparotomía diagnóstica (figura 4), en la que se hizo resección parcial de colon e ileon distal, con apéndice recubierto por meso. La pieza quirúrgica (Figuras 4a y 4b) fue enviada a patología; en los cortes del apéndice, este se observó dilatado, ocupado por material amarillento de aspecto mucoso y su luz tenía 3 × 3 cm, con la pared adelgazada de 0,1 cm y mucosa lisa. Diagnóstico microscópico de cistoadenoma mucinoso del apéndice (figura 5).

Discusión

El mucocele del apéndice es una entidad rara; se encuentra en 0,2 al 0,3% de los casos. Las patologías neoplásicas del apéndice son infrecuentes, a diferencia de las patologías inflamatorias. Microscópicamente, el apéndice posee numerosas células calciformes, productoras de moco; por eso, la mayoría de las patologías neoplásicas son mucoproductoras.

El término *mucocele* hace referencia a la dilatación de la luz apendicular por secreción de material mucoso viscoso. Puede ser causada tanto por procesos benignos como malignos (1,2). La forma de presentación clínica más común es una masa palpable en abdomen en el cuadrante inferior derecho, con o sin dolor. Si hay una infección presente, el cistoadenoma mucinoso puede ser clínicamente indistinguible de apendicitis aguda no tumoral (3). Algunos pacientes son asintomáticos; en estos casos, los mucocelos se descubren de forma incidental, cuando la imagen se practica por otras razones o durante una laparotomía o laparoscopia. En pacientes con un mucocele, el riesgo de desarrollar un adenocarcinoma de colon es seis veces mayor que el de la población general (1).

Cuatro variedades de mucocelos han sido descritas, teniendo en cuenta el hallazgo del epitelio predominante: uno tiene un epitelio normal y los otros tres tienen varios grados de atipia epitelial. Las variedades incluyen el mucocele simple o de retención; hiperplasia mucosa, que constituye del 5 al 25% de los mucocelos; cistoadenoma mucinoso, la forma más común, con una incidencia del 63 al 84%; dilatación intraluminal, que llega hasta 6 cm, y perforación apendicular, alcanza el 20%. Finalmente, el cistoadenocarcinoma, que representa menos del 1%. La ruptura del mucocele produce un pseudomixoma peritoneal. Estas lesiones no son distinguibles una de la otra radiológicamente (3,4).

El diagnóstico por imagen incluye: a. radiografía simple de abdomen, en la que se puede encontrar una masa bien definida de tejidos blandos en cuadrante inferior derecho y una calcificación mural curvilínea (es altamente sugestiva del diagnóstico, pero es encontrada en menos del 50% de los casos); b. ultrasonido, donde los mucocelos aparecen como masas anecoicas de aspecto quístico que pueden contener septos; c. tomografía, se observan estructuras quísticas con paredes delgadas, bien definidas, que nos permiten visualizar mejor las calcificaciones en la pared y la relación entre el tumor y el ciego; d. resonancia magnética (RM), se aprecia como una imagen de baja intensidad de señal en imágenes ponderadas con información en T1 y alta intensidad de señal con información en T2, igualmente de apariencia quística. Sin embargo, el mucocele contiene una cantidad significativa de mucina, que aparecerá como de alta intensidad en ambas imágenes ponderadas con información en T1 y T2 (5).

La TC es más sensible que la RM para detectar calcificaciones murales. La relación anatómica entre el tumor y el ciego suele ser más evidente en las imágenes de TC y RM que en US. También, es mucho más fácil identificar el ovario derecho con TC o RM, que con el US abdominal, en estas condiciones. Esto es importante, para excluir otros procesos, como patologías benignas del apéndice (leiomioma, neuroma, fibroma y lipoma) y otras afecciones, como neoplasia ovárica quística y absceso tuboovárico. Sin embargo, existen otras condiciones en el diagnóstico diferencial que incluyen absceso periapendicular, quiste de duplicación entérica, quiste mesentérico, tumor carcinoide, linfoma, invaginación, endometriosis, hidrosalpinx y adenocarcinoma del apéndice (2,5). Por otra parte, pueden surgir complicaciones, como torsión con gangrena o hemorragia. Si se rompe un mucocele, puede causar una acumulación difusa intraperitoneal de material gelatinoso llamado pseudomixoma peritoneal, que es potencialmente letal (5).

La cirugía es el tratamiento de elección, aunque puede existir el riesgo de romper el mucocele. El tipo de cirugía depende del tamaño del mucocele: apendicectomía cuando es simple o la base se encuentra intacta, y hemicolectomía derecha cuando se sospecha cistoadenoma o cistoadenocarcinoma (4,5).

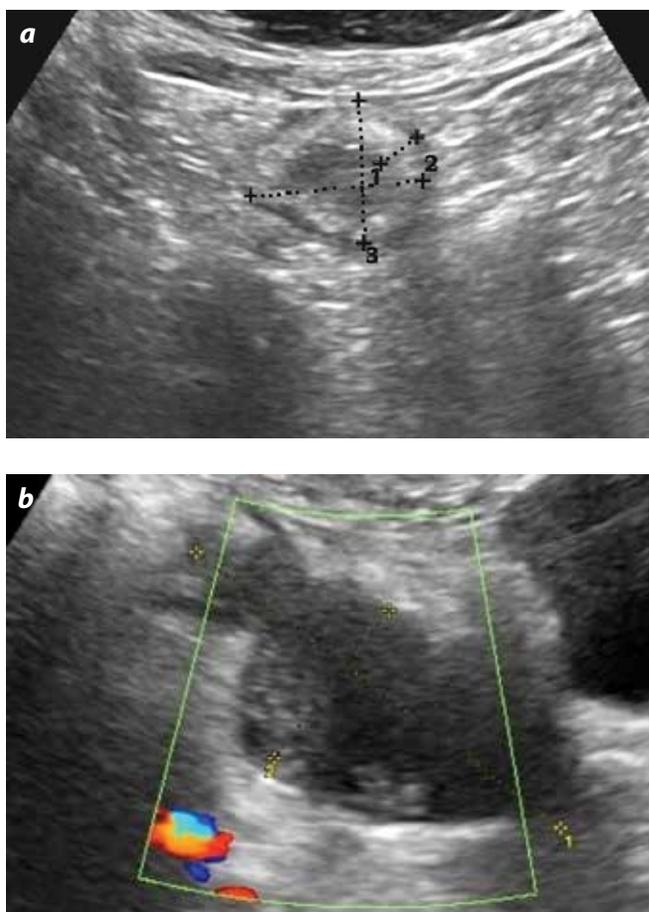


Figura 1. a) Ciego con paredes engrosadas de 0,73 cm. b) Imagen sacular, hipoeoica, de 7 × 3 cm, aperistáltica, sin realce en el Doppler color, que se continúa hacia la pelvis en sentido oblicuo

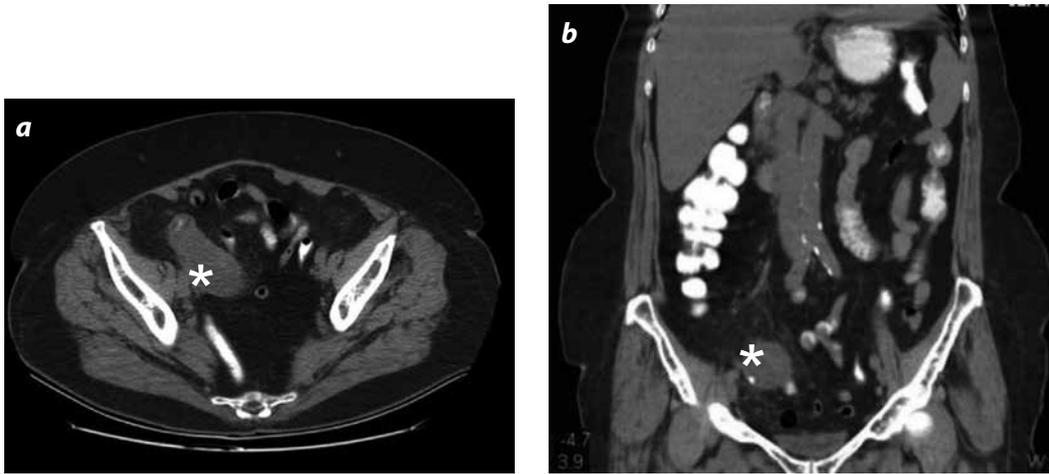


Figura 2. Corte axial (a) y reconstrucción coronal (b) que muestra engrosamiento de las paredes del ciego que compromete predominantemente la pared medial, asociada con una imagen tubular ciega, con diámetro transversal de 24 mm y coeficientes de atenuación de 20 UH (asterisco).

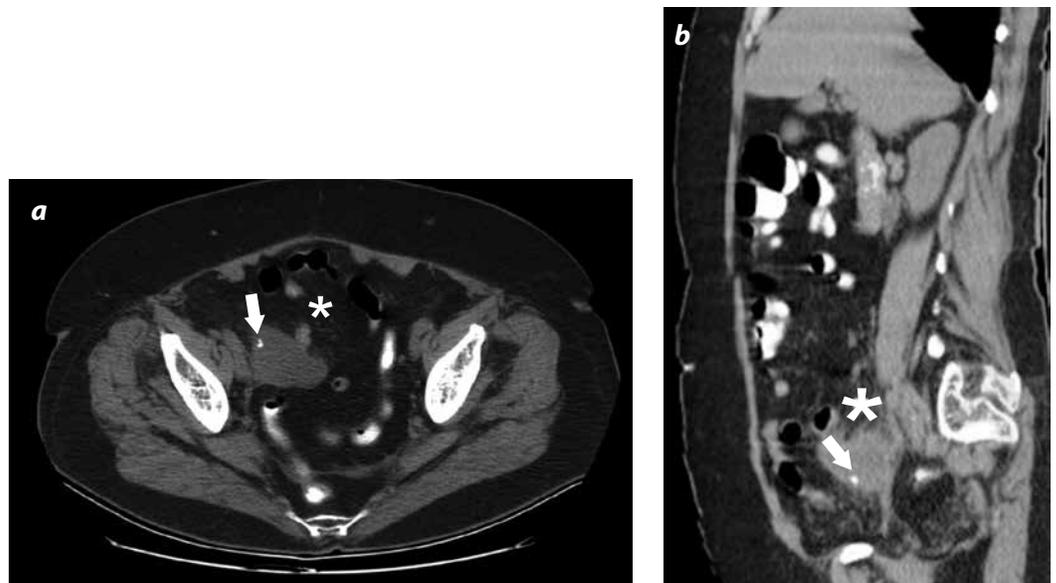


Figura 3. Corte axial (a) Reconstrucción sagital (b) que muestran calcificación proximal en el interior del ciego (flecha) y ligera alteración de la densidad de la grasa mesentérica adyacente (asterisco).

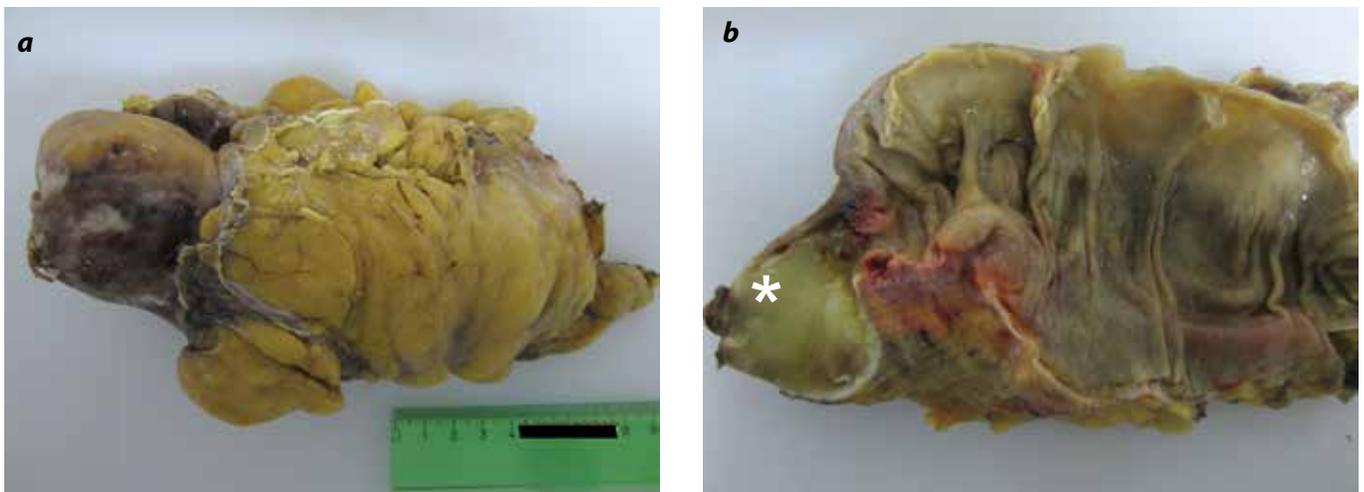


Figura 4. a) Pieza quirúrgica. b) Apéndice dilatado ocupado por material amarillento de aspecto mucóide (asterisco), con la pared adelgazada y mucosa lisa

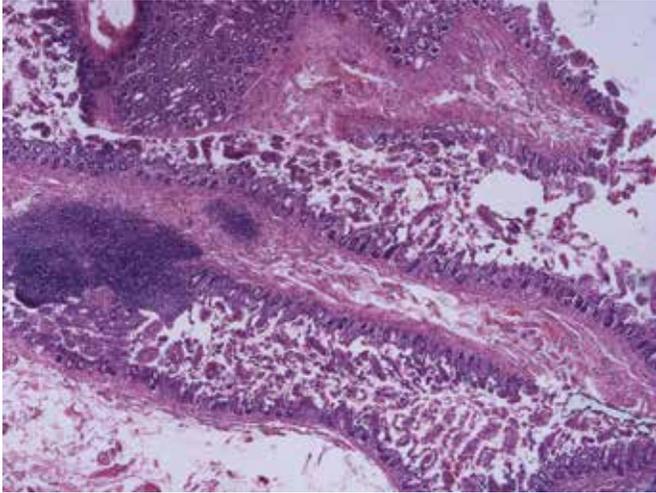


Figura 5. Patología microscópica. Marcado adelgazamiento de la mucosa, con infiltrado inflamatorio de polimorfonucleares que conforman abscesos que comprometen todo el espesor de la pared, con material mucoso y múltiples calcificaciones en la pared apendicular. Válvula ileocecal normal con ligero edema y congestión de los márgenes de sección

El diagnóstico definitivo es histopatológico, en el que se establece si es benigno o maligno. Sin embargo, el diagnóstico radiológico prequirúrgico del mucocele es de suma importancia y además ayuda a decidir el abordaje quirúrgico y evitar la ruptura iatrogénica y el esparcimiento peritoneal de la mucina durante la cirugía.

Agradecimientos

A Raúl García y María José Herrera, patólogos de la Clínica la Asunción, Barranquilla.

Referencias

1. Federle MP, Anne VS. Mucocele of the appendix. En: Federle MP, editor. Diagnostic imaging: abdomen. Salt Lake City, Utah: Amirsys; 2004. p. 26-27.
2. Ruiz-Tovar J, Teruel DG, Castiñeiras VM, et al. Mucocele of the appendix. World J Surg. 2007;31:542-8.
3. Roberge RJ, Park AJ. Mucocele of the appendix: an important clinical rarity. J Emerg Med. 2006;30:303-6.
4. Persaud T, Swan N. Giant mucinous cystadenoma of the appendix. Radiographics. 2007;27:553-7.
5. Pickhardt PJ, Levy AD, Rohmann CA, et al. Primary neoplasms of the appendix: radiologic spectrum of disease with pathologic correlation. RadioGraphics. 2003;23:645-62.

Correspondencia

Katherine Sotomayor Rubio
CEDIUL S. A.
Calle 70B No. 41-43
Barranquilla, Colombia
kathesotomayor@gmail.com

Recibido para evaluación: 28 de agosto de 2013
Aceptado para publicación: 25 de febrero de 2014