

Mucocele apendicular

Mucocele of the appendix

Miguel Echenique-Elizondo (1), Jose Antonio Amondaraín-Arratibel (2)

(1) Departamento de Cirugía. Unidad Docente de San Sebastián. Universidad del País Vasco. Donostia-San Sebastian. Gipuzkoa. España UE.

(2) Hospital Donostia. Departamento de Cirugía. Donostia-San Sebastian. Gipuzkoa. España UE.

Introducción

El mucocoele apendicular es, habitualmente, un hallazgo casual en el curso de cirugía abdominal por otras razones y se certifica mediante examen histopatológico (1). Todo ello, a pesar de los estudios de imagen que se utilizan de forma generalizada actualmente en el estudio de pacientes con patología abdominal. Estos exámenes, bien sean ultrasonográficos (2), radiológicos (3) o tomografía axial computadorizada (4) van describiendo casos de forma ocasional en estadios iniciales de desarrollo, lo que permite un tratamiento precoz de los mismos (1). La mayoría de los casos así descritos son asintomáticos o levemente sintomáticos en el momento del diagnóstico.

Material y método

Caso 1

Paciente mujer de 43 años de edad, sin antecedentes registrados de interés es atendido en ambulatoriamente por presentar un cuadro doloroso abdominal inespecífico, con localización en fosa ilíaca derecha. Estudiado en éste sentido se realizaron un estudio ultrasonográfico abdominal y una tomografía abdominal. Se realizó una exploración abdominal, que resultó normal, salvo la existencia de una tumoración apendicular. Se completó una apendicectomía (**Figura 1**). El período postoperatorio transcurrió sin incidencias. El diagnóstico histopatológico fue el de mucocoele simple apendicular. El paciente fue dado de alta a los 4 días. No se realizó tratamiento complementario alguno. El



Figura 1. Mucocoele apendicular de pequeño tamaño.

paciente se encuentra asintomático pasados 8 años de la intervención.

Caso 2

Paciente varón de 38 años de edad ingresa por presentar una masa palpable en fosa iliaca derecha. Se realizó una exploración abdominal, que resultó normal, salvo la existencia de una gran tumoración apendicular. Se completó una apendicectomía (**Figuras 2 y 3**). El período postoperatorio transcurrió sin incidencias. El diagnóstico histopatológico fue el de mucocoele simple apendicular. El paciente fue dado de alta a los 7 días. No se realizó tratamiento complementario alguno. El paciente se encuentra asintomático pasados 10 años de la intervención.

Discusión

La importancia del mucocoele apendicular está relacionada con su potencial malignidad y puede influir en su enfoque quirúrgico

(1). Los mucocoeles primarios del apéndice pueden ser clasificados de acuerdo con sus características histopatológicas en: mucocoele simple, cistoadenoma, cistoadenocarcinoma y pseudomixoma peritoneal en fases avanzadas. La mayoría de las publicaciones existentes se refieren a casos aislados y experiencias anecdóticas. No obstante se han recogido algunas series importantes como la de la Clínica de Mayo (5) que en 24 años registran un gpo de 135 pacientes. La mayoría de estos pacientes no se diagnosticaron preoperatoriamente y de hecho el 60% de ellos fue diagnosticado durante una operación por alguna otra enfermedad. Solamente un tercio de estos mucocoeles era maligno y la mayoría de pacientes con síntomas preoperatorios se trataba de un cistoadenocarcinoma o había evolucionado a pseudomixoma peritoneal.

Todas lesiones más que 2 cm deben ser quitados. No existe una correlación directa demostrada entre el tamaño de la lesión con su potencial malignidad. Sin embargo,

Correspondencia:
Prof. Dr. Miguel Echenique-Elizondo.
Unidad Docente de Medicina de San Sebastián.
Universidad del País Vasco.
Paseo Dr. Beguiristain, 105
20014 Donostia-San Sebastián. Gipuzkoa. España UE.
Tel.: +34 943017319
Fax: + 34 943017330
Correo electrónico: gepecelm@sc.ehu.es
Enviado: 07/10/03 Aceptado: 02/04/04



Figura 2. Gran mucocèle apendicular. Campo quirúrgico.

los mucocèles de más de 2 cm deben ser extirpados para eliminar su riesgo potencial de malignidad, según algunos autores (5), ya que el crecimiento parece estar más relacionado con el cistoadenoma, cistoadenocarcinoma y su ruptura peritoneal posterior, si bien algunos informes recientes no son tan concluyentes (6). La presentación clínica como cuadro apendicular agudo es infrecuente. Sin embargo,

cuando éstos síntomas están presentes es más probable el hallazgo de una forma maligna –cistoadenocarcinoma–. Sin embargo en apendicectomía asociadas a otros procedimientos o en pacientes asintomático suelen tratarse generalmente de mucocèle simples, como sucede en nuestros casos. Se ha descrito también una incidencia elevada neoplasia asociadas, fundamentalmente de colon (7) y ginecoló-

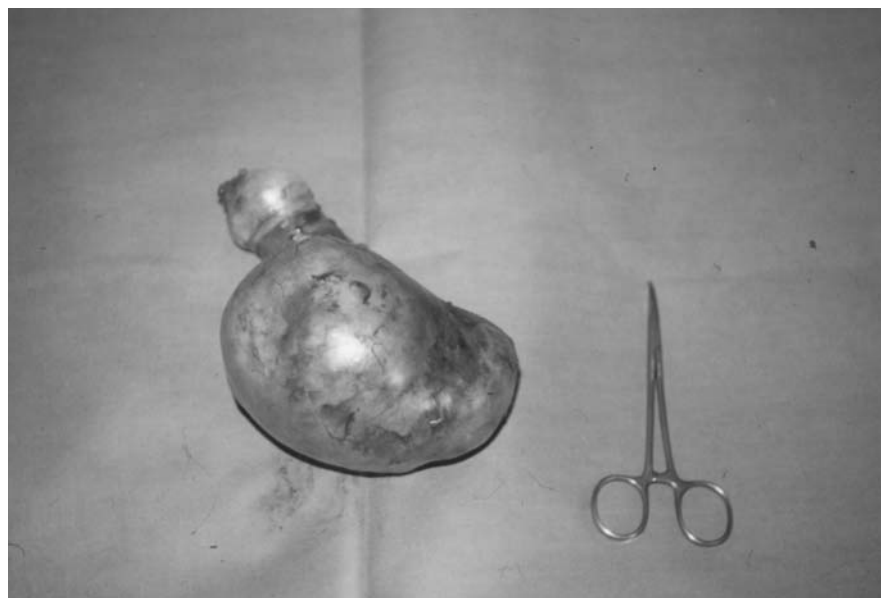


Figura 3. Mucocèle apendicular gigante. Bien encapsulado.

gicas, por lo que exámenes colonoscópicos deben ser realizados en todo paciente con mucocèle apendicular. No existen datos conclusivos que demuestran una progresión del cistoadenoma a cistoadenocarcinoma aunque dicha evolución también está sustentada en algunas publicaciones. Por ello los mucocèles se debe eliminar para evitar esta progresión sobre todo en formas mayores de 2 cms. Los procedimientos laparoscópicos han sido empleados pero existe riesgo de recidiva local y en la puerta de entrada de trócares en mucocèles de mayor tamaño (8, 9). En caso de formas de gran tamaño ó con criterio de malignidad está indicada una cirugía más radical, bien cecectomía ó hemicolectomía derecha, con fines curativos y prevención de recidivas.

En caso de evolucionar ó hallarnos ante un pseudomixoma peritoneal (10), la cirugía agresiva de reducción tumoral combinada o no con quimioterapia intraabdominal y/o sistémica debe ser considerada.

Referencias bibliográficas

1. Stocchi L, Wolff BG, Larson DR, Harrington JR. Surgical treatment of appendiceal mucocèle. *Arch Surg.* 2003;138(6):585-90.
2. Sasaki K, Ishida H, Komatsuda T, Suzuki T, Konno K, Ohtaka M, Sato M, Ishida J, Sakai T, Watanabe S. Appendiceal mucocèle: sonographic findings. *Abdom Imaging.* 2003; 28(1):15-8.
3. Hosio T, Suramo I. Imaging diagnostics of appendiceal mucocèle. *Duodecim.* 2001; 117(11): 1170-3.
4. Zissin R, Gayer G, Kots E, Apter S, Peri M, Shapiro-Feinberg M. Imaging of mucocèle of the appendix with emphasis on the CT findings: a report of 10 cases. *Clin Radiol.* 1999;54:826-832.
5. Carr NJ, McCarthy WF, Sobin LH. Epithelial noncarcinoid tumors and tumor-like lesions of the appendix: a clinicopathologic study of 184 patients with a multivariate analysis of prognostic factors. *Cancer.* 1995;75:757-768.
6. Connor SJ, Hanna GB, Frizelle FA. Appendiceal tumors: retrospective clinicopathologic analysis of appendiceal tumors from 7,970 appendectomies. *Dis Colon Rectum.* 1998;41:75-80.
7. Vicenzi L, Moser A, Mazzola F, Rizzo S, Bonomo S, Bottura D, Castellini C, Ballarin A, Tosi D, Rosa G. Appendiceal mucocèle associated with colonic neoplasm. Report of 2 cases and review of the literature]. *Chir Ital.* 2001; 53(3):420-4.
8. Gonzalez Moreno S, Shmookler BM, Sugarbaker PH. Appendiceal mucocèle: contraindication to laparoscopic appendectomy. *Surg Endosc.* 1998; 12:1177-1179.
9. Mariani L, Atlante M, Dionisi B, Modafferi F, Sedati P, Vocaturo G. Pseudomixoma peritonei: a case report. *J Exp Clin Cancer Res.* 2000; 19(4):537-9.
10. Landen S, Bertrand C, Maddern GJ, et al. Appendiceal mucocèles and pseudomyxoma peritonei. *Surg Gynecol Obstet.* 1992; 175:401-404.