

Neoplasia mucinosa del apéndice cecal. A propósito de un caso

Mucinous appendiceal neoplasm. A case report

Drs. PIERINI A.¹, PIERINI L.², RUIZ G.³, EVANS B.⁴, ARRIOLA Y.⁵, SAINT MARTIN A.⁶

1 Jefe de servicio MAAC miembro académico

2 Cirujano médico de planta cirugía HBP

3 Cirujano médico de planta MAAC

4 Cirujano médico de planta MAAC

5 Médica residente de segundo año de cirugía general

6 Médica concurrente de tercer año de cirugía general

Contacto: ailin.stm@gmail.com

RESUMEN

Las enfermedades del apéndice ocupan un lugar destacado en la práctica quirúrgica. La apendicitis aguda es la enfermedad abdominal más frecuente que trata el cirujano. Entre los diagnósticos diferenciales ante un cuadro de apendicitis aguda, se deben considerar a los tumores del apéndice cecal, los cuales constituyen un grupo heterogéneo de neoplasias con evolución y pronóstico

variado; representan una pequeña parte de

todas las neoplasias gastrointestinales y de las apendicetomías. Se presenta el caso de un hombre, de 63 años de edad, estado general relativamente conservado, que en los últimos meses perdió peso a raíz de la falta de apetito. También hace referencia a que se palpa un tumor en el abdomen inferior, que le duele muy poco con tránsito intestinal conservado, que ingresó a nuestro servicio de cirugía por presentar un cuadro abdominal crónico. Fue

estudiado con laboratorio e imágenes. Al realizar apendicectomía se obtuvo como

resultado una lesión apendicular mucinosa quística de bajo grado, según las clasificaciones actuales. Se decidió presentar este caso, debido a la poca frecuencia. Es muy difícil sospechar esta entidad, lo que conlleva al diagnóstico tardío y a un peor pronóstico.

Palabras clave: Tumores de apéndice, apendicitis, enfermedad apendicular, neoplasia mucinosa de apéndice

INTRODUCCIÓN

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un paciente masculino, de 63 años de edad, hipertenso como único antecedente de relevancia, que consulta por dolor abdominal de alrededor de 2 meses de evolución, que en las últimas 72 hs, aumenta de intensidad, localizado en fosa ilíaca derecha, asociado a pérdida de peso e hiporexia.

Al examen físico, a nivel de fosa ilíaca derecha, tumoración palpable y dolorosa de aproximadamente 10 cm x 5 cm.

Se realiza en primera instancia ecografía (Fig. 1), que informa en FID y FD, región medial formación bilobulada, dependiente del apéndice cecal de 87 mm de diámetro mayor, 35 mm antero-posterior

La enfermedad apendicular representa un alto porcentaje de la actividad quirúrgica general, siendo lo más frecuente los procesos inflamatorios, pero también casos

excepcionales, como las neoplasias mucinosas de apéndice, y se hallan en el 0,1% al 0,3% de las apendicectomías y el 0,2% de las necropsias.

Motiva esta comunicación, el haber tratado un caso de una lesión mucinosa de apéndice en nuestro servicio, realizando una revisión de los aspectos clínicos, anatomopatológicos, de diagnóstico y terapéuticos de dicha enfermedad.

heterogénea predominantemente de bajo nivel de ecos, sin adenopatías regionales.

Figura 1. Ecografía abdominal

Se completa con tomografía abdominal (Fig. 2), en la que se observa, en íntimo contacto con el ciego, posterior al mismo imagen bilobulada de densidad líquida y paredes bien definidas, de 8.7 cm longitudinal por 8 cm transversal x 5 cm anteroposterior. Compatible por ubicación y características con un tumor mucinoso quístico apendicular.

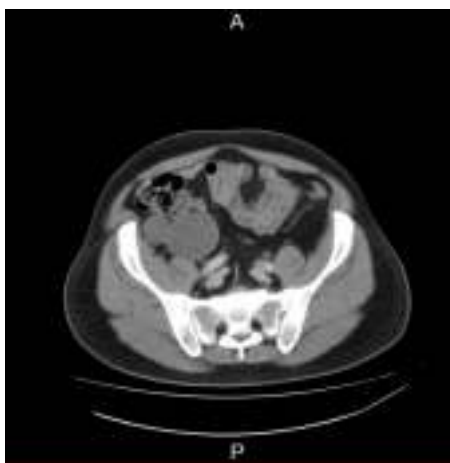


Figura 2.

Tomografía de abdomen y pelvis

Además se realiza colonoscopia, la cual no presenta hallazgos patológicos relevantes.

Se decide conducta quirúrgica, realizando colectomía segmentaria, donde se realiza resección, con anastomosis videolaparoscópica.

Figura 3. Videolaparoscopia, donde se observa la lesión de apéndice cecal

El paciente evoluciona favorablemente, y es dado de alta al 6to día del post operatorio.

La biopsia de la pieza informó lesión

mucinoso quístico de bajo grado, con un tamaño de la lesión de 9 cm de diámetro máximo, con anillos de sutura libres de lesión.



Figura 4. Pieza quirúrgica

DISCUSIÓN

Las neoplasias mucinosas de apéndice, fueron descritas por primera vez por Rokitansky 1842, y es una rara **enfermedad** del apéndice, cuya característica principal es un apéndice aumentado de tamaño, por dilatación de su luz, debido a la acumulación de secreción mucinosa (moco gleroso), secundaria a su obstrucción. La perforación provoca la diseminación del material mucoso en la cavidad peritoneal (pseudomixoma peritoneal); este material puede ser acelular o contener células con varios grados de displasia. Se estima que del 10 a 15 % de los mucocelos pueden evolucionar a esta entidad.

en bajo y alto grado.

Neoplasia mucinosa de apéndice de bajo grado, presentan una proliferación plana o vellosa de epitelio mucinoso con atipia citológica leve o moderada. Incluye, adenoma, cistoadenoma, tumor mucinoso con potencial desconocido, adenomucinosi peritoneal diseminada, mucocele maligno, tumor apendicular limitrofe. En cambio, la **neoplasia mucinosa de apéndice de alto grado**, tienen anormalidades citológicas severas. También pueden ser francamente invasivas. A medida que el tumor crece en el apéndice, el lumen puede dilatarse con mucina y producir un cistoadenoma. El término cistoadenoma describe un apéndice dilatado quísticamente, con un recubrimiento adenomatoso, el cual puede ser tipo colónico o mucinoso en su naturaleza. Puede ser asintomático (en su mayoría), simular una apendicitis aguda o presentarse como masa palpable con dolor abdominal, pérdida de peso y cambios del hábito intestinal, masa palpable, hemorragia digestiva baja, invaginación intestinal y manifestaciones urológicas. La complicación más importante es el compromiso difuso de la cavidad peritoneal por depósitos de mucina denominado pseudomixoma peritoneal. 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 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.

En una cierta proporción de los casos se observa una asociación con los cistoadenomas y cistadenocarcinomas de ovario de llamativa similitud microscópica, como así también con las neoplasias mucosecretantes sincrónicas o metacrónicas del colon, que ocurre aproximadamente en el 20 %, y de ovario en el 4 al 24 % de los casos.

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, siendo esta última, la forma de elección para poder manipular la pieza, evitar su rotura y la siembra de células.

existen diversas conductas a seguir: apendicectomía simple en el caso de una base libre y estudio diferido de la pieza o bien biopsia por congelación ya sea por la posibilidad de un adenocarcinoma que no necesariamente infiltre la base o porque la infiltración de esta zona sugiere la sospecha de un tumor cecal obstructivo. En estos casos,

Dr Paladini Hugo, diagnóstico por imágenes

BIBLIOGRAFÍA

como así también en las lesiones sólidas mayores de 2 cm de diámetro y en aquellas con infiltración de la serosa, ganglios linfáticos o mesoapendice el tratamiento de elección es la hemicolectomía derecha.

El pronóstico es excelente con el tratamiento adecuado y cuando las lesiones se limitan a la pieza extirpada.

AGRADECIMIENTOS

Dra Albertengo Adriana, anatomopatóloga

1. **Boreti, Ayelén N. Carrizo David Giaviola Valeria Roncoroni Ramiro Orta Juan.** <https://revista.aac.org.ar/index.php/RevArgentCirug/article/view/327/1591#citations>. [En línea] 2021.
<https://revista.aac.org.ar/index.php/RevArgentCirug/article/view/327/1591#citations>.
2. **Cistoadenoma mucinosos de apendice. Dr Angel Pierini, Dr Gullimo, Dr Abdelahad.** 1996, pág. 4.
3. **Dr. Jorge Manuel Alfonso Chávez, Dra. Fanny Medina.** <https://sopaci.org.py/wp/wp-content/uploads/2016/03/Alfonso-Jorge.pdf>. [En línea] 2009.
<https://sopaci.org.py/wp/wp-content/uploads/2016/03/Alfonso-Jorge.pdf>.
4. **María Usaura Darriba Fernández1, Zoilo Madrazo González1, Humberto Aranda Danso1,.** <https://scielo.isciii.es/scielo.php?lng=es>. [En línea] Enero de 2012.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082012000100013&script=sci_arttext&lng=es.
5. **Montgomery, Christine . A Lacobuzio-Donahue Elizabeth.** *Patología hepatica y gastrointetinal.* s.l. : Amolca.
6. **Moreno, Laura Re.** <https://zaguan.unizar.es/record/70485/files/TAZ-TFG-2017-956.pdf>. [En línea] 2017. <https://zaguan.unizar.es/record/70485/files/TAZ-TFG-2017-956.pdf>.
7. **Roca, Dr. Félix Magdiel Lorenzo, Aquino, I Dr. Jorge Barbarito Gutiérrez y Yeney, I Dra.** <https://www.medigraphic.com/>. [En línea] 2019.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2019/amc192i.pdf>.
- 8.

Santamaría1, Alejandro Zuluaga. www.webcir.org. [En línea] 2015.
https://www.webcir.org/revistavirtual/articulos/2016/1_febrero/colombia/neoplasias_esp.pdf.