

¿Qué es el mucocele?

Antonio Lobato Muñoz*
Sebastián Ortiz Reina*
Alfonso Torrecilla Franco*
Ignacio García Salazar y Garrau**

RESUMEN

El diagnóstico de una masa en cuadrante inferior derecho del abdomen sigue planteando un reto para el clínico aun contando con las modernas técnicas de imagen.

En el presente trabajo se presenta un caso clínico al tiempo que se ofrecen los posibles diagnósticos diferenciales.

SUMMARY

The diagnosis of a mass in the lower quadrant right quadrant of the abdomen continues to offer a challenge for the practitioner, even when modern image techniques are available.

The present work presents a clinical case and also offers possible differential diagnoses.

INTRODUCCION

Una masa palpable en cuadrante inferior derecho del abdomen plantea un diagnóstico diferencial difícil aun contando con las modernas técnicas no invasivas, pues en dicha zona podemos encontrarnos con crecimientos procedentes de distintos órganos.

Determinados datos clínicos como la ausencia de sintomatología urinaria (referida a hematuria, infección urinaria de repetición y/o litiasis renoureteral) junto con procedimientos diagnósticos como la ecografía y urografía intravenosa pueden ayudarnos a despistar el origen renal. La realización de un enema opaco, en los casos en que la colaboración del paciente permite obtener imágenes de utilidad puede mostrarnos la existencia de una tumoración que protuya en la luz

intestinal o modifique la estructura de su pared. En determinados casos, la arteriografía puede ser de utilidad si existe sospecha del territorio vascular del que depende la lesión. La ecografía nos informa de la naturaleza sólida o líquida del proceso. Finalmente, la TC puede ayudarnos a situar anatómicamente la masa y de esta forma su posible órgano de origen.

No obstante, aún existirán algunos casos en que la certeza diagnóstica sólo se tenga con la realización de una laparotomía exploradora.

CASO CLINICO

Se trata de una paciente de 53 años, que ingresa para estudio y tratamiento de una masa de naturaleza quística localizada en fosa iliaca derecha.

Entre sus antecedentes personales destacan los diagnósticos de miomatosis uterina, útero sangrante y quiste no folicular de ovario.

Con ocasión de una revisión gine-

cológica, y a consecuencia de referir molestias ocasionales en F.I.D. es realizada ecografía abdominal que informa de la existencia de una tumoración de contenido líquido y forma tubular que ocupa toda la fosa iliaca y se extiende hacia vacío derecho, moviéndose sincrónicamente a las asas intestinales con la respiración e independiente del riñón del mismo lado, bien delimitada, con ecos finos en su interior y ecos lineales que sugieren tabicación de la colección (Fig. 1).

Con posterioridad se realiza enema opaco que muestra desplazamiento e impronta de colon ascendente y ciego, sugiriendo localización extraparietal (Fig. 2). Finalmente la T.A.C. abdomino-pélvica indica que la formación desplaza sin infiltrar las asas intestinales adyacentes (Fig. 3).

Con todo lo anterior se decide la realización de una laparotomía exploradora en la que se encuentra que la lesión asienta en el lugar anatómico correspondiente al apéndice vermiforme y se halla íntimamente en relación a ciego y colon ascendente, por lo que se procede a

* Cap. Médico.

** Cte. Médico.

Centro de Trabajo. Hospital Militar Central "Gómez Ulla".

la realización de una hemicolectomía derecha con anastomosis ileocólico término-terminal.

Histopatológicamente se observa:

1. **Macroscopia:** La pieza de resección intestinal incluye 21 cm. de intestino grueso (correspondientes a ciego y colon ascendente) y 11 cm. de íleon terminal.

Adherido a ciego por su borde



Figura 2. Enema de bario mostrando desplazamiento e impronta en colon ascendente y ciego.

antimesentérico y en la localización anatómica del apéndice vermiforme, observamos un nódulo tumoral del $15 \times 5,5 \times 5,5$ cm. de forma elíptica, coloración marrón, superficie externa lisa y marcada trama vascular que respeta la mucosa colónica y válvula ileocecal. Al corte, se corresponde con un proceso quístico unicameral repleto de moco a tensión.

2. **Microscopia:** Se procede al estudio del material seleccionado con hematoxilina-eosina, PAS y PAS-Azul alcian, concluyendo que se trata de una lesión quística benigna que asienta en el apéndice cecal, alterando casi por completo su estructura y se caracteriza por presentar una pared fibrosa en la que podemos observar restos de las capas propias del órgano e infiltrados inflamatorios crónico-linfocitarios de disposición focal.

La superficie interna del quiste

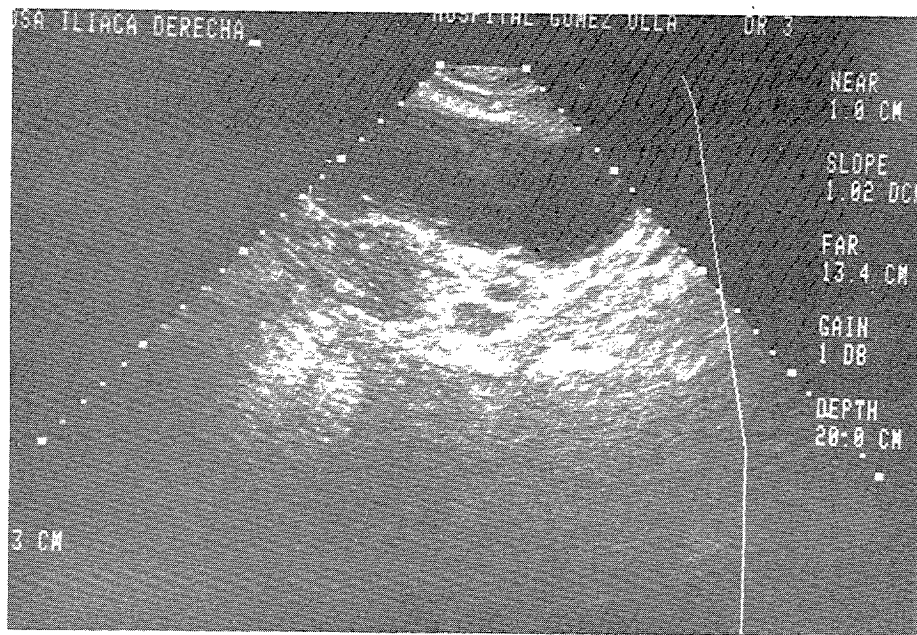


Figura 1. Ecografía de fosa iliaca derecha mostrando colección líquida bien delimitada.

está tapizada por un epitelio cilíndrico mucosecretor (Fig. 4) pseudoestratificado con pequeñas formaciones papilares (Fig. 5). Dicho epitelio presenta aglomerados de núcleos de disposición basal con discreto pleomorfismo y sin figuras mitóticas.

En conclusión, el cuadro histopatológico se corresponde con un *Cistoadenoma de apéndice cecal*.

definido clásicamente a un grupo de lesiones apendiculares caracterizadas por:

- a) dilatación de la luz visceral por hipersecreción y retención de moco,
- b) alteraciones del epitelio mucoso,
- c) asociación con implantes mucosos peritoneales (pseudomixona peritonei).

Entre las causas que se han implicado en este cuadro podemos encontrar:

COMENTARIO

Con el término de mucocele se ha

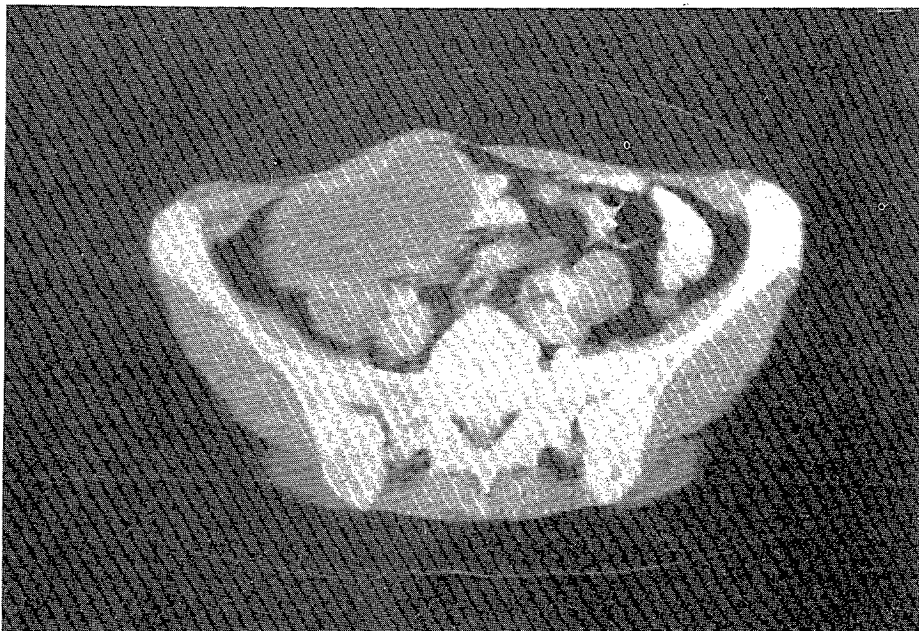


Figura 3. T.A.C. mostrando masa quística con contenido semisólido situada en fosa iliaca derecha.

1. Estenosis postinflamatorias que ocasionan dilataciones secundarias de la luz apendicular debido a estasis de las secreciones mucosas, cuando no se desarrolla un cuadro de apendicitis aguda por ausencia de gérmenes en la cavidad apendicular.

2. Hiperplasias mucosas del apéndice, también conocidas como metaplasias polipoideas apendiculares. Histopatológicamente son indistinguibles de los pólipos hiperplásicos colónicos.

3. Cistoadenomas mucinosos del apéndice. Consisten en dilataciones quísticas del apéndice repletas de moco a las que se acompaña una transformación adenomatosa del epitelio mucoso de revestimiento. Estas lesiones normalmente suelen ser asintomáticas y su diagnóstico realizarse de forma causal, no requiriendo otro tratamiento que una apendicectomía simple, aunque está indicado el control colonoscópico de estos pacientes dada su frecuente asociación con adenomas y carcinomas colorrectales.

Las neoplasias benignas del apéndice se encontraron en el 4,6% de los apéndices estudiados en una serie de 71.000 apendicectomías. En general, se distribuyen aproximadamente igual entre ambos sexos, siendo más frecuentes sobre la sexta década de la vida. No presentan historia familiar y clínicamente se manifiestan por molestias difusas a dolor en cuadrante inferior derecho. Pueden a veces dar sintomatología urinaria por adherencia a la cúpula vesical.

En un elevado tanto por ciento son de descubrimiento casual con ocasión de otra patología quirúrgica abdominal (colecistitis, úlcera péptica, etc.).

4. Cistoadenocarcinomas mucinosos del apéndice. Se trata de adenocarcinomas apendiculares mucosecretorios que se asocian con dilataciones de la luz del órgano. Constituyen el 1,4% de las causas de apendicectomía. Se presentan con mayor frecuencia en el sexo masculino (aprox. 3:1). Clínicamente cursan la mayor parte de las veces con



Figura 4. Secreción luminal de mucinas ácidas (PAS azul-alcian $\times 400$).

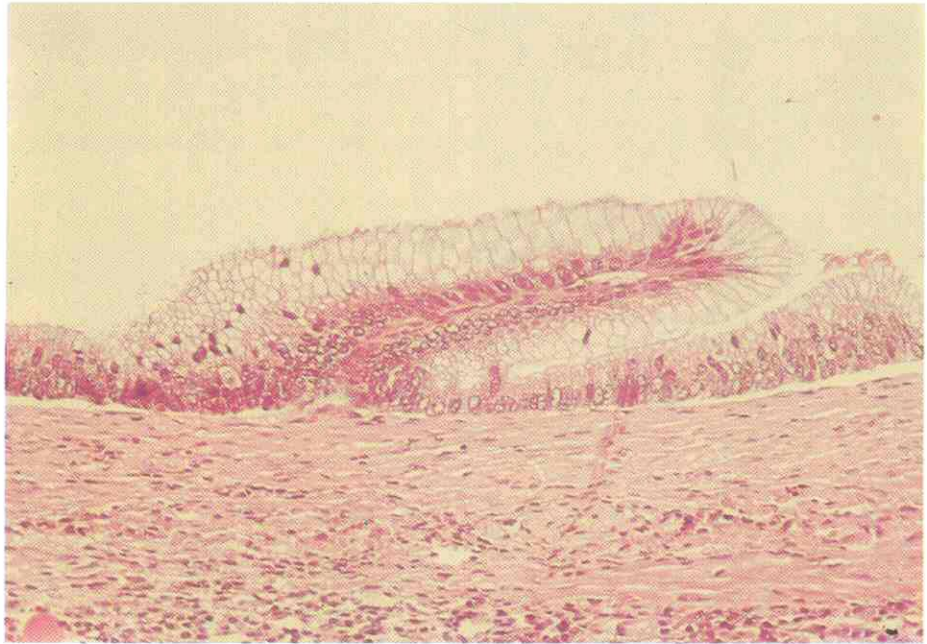


Figura 5. Formación papilar revestida por epitelio cilíndrico mucosecretor (HE $\times 200$)

dolor o como masa palpable, siendo menos frecuente su diagnóstico por sintomatología obstructiva; la duración de los síntomas en general del orden de semanas. En la mayoría de los casos el diagnóstico de entrada es de apendicitis, aunque puede remedar hernia o enfermedad vesicular.

Supone aproximadamente 0,3-0,4% de todos los tumores de tracto digestivo y en muchos casos se originan sobre lesiones adenomatosas preexistentes.

BIBLIOGRAFIA

- DUNPHY, J.E.: "Apéndice" en Diagnóstico y tratamiento Quirúrgicos de Dunphy, J.E. y Way, L.W., Eds. *El Manual Moderno* Edit. Mexico, 1982: 530.
- GONZALEZ HERMOSO, F.: "Apendicitis aguda" en Tratado de Patología y Clínica Quirúrgicas. Edit. *Interamericana-McGraw-Hill*. Madrid, 1988. 1767.
- COLLINS, D.C.: "71.000 humans appendix specimens: A final report summarizing forty years' study". *Am. J. Proctol.* 1963; 14: 365-81.
- HIGA, E., ROSAL, J., PIZZIMBONO, C. y WISE, L.: "Mucosal hyperplasia, mucinous cystadenoma and mucinous cystadenocarcinoma of the appendix". *Cancer* 1973; 32: 1525-41.
- WOLFF, M., y AHMED, N.: "Epithelial neoplasms of the vermiform appendix (Exclusive of carcinoid)". *Cancer*, 1976; 37: 2493-2522.