

Mucocele apendicular. Informe de un caso

Appendiceal mucocele. Case report

Yoandy Alonso-Rodríguez¹  <https://orcid.org/0000-0002-3560-6171>

Ilian Esteban Tarife-Romero^{1*}  <https://orcid.org/0000-0001-9314-3630>

Luis Manuel Abreu-Pereira¹  <https://orcid.org/0000-0001-5901-2688>

¹ Hospital Docente Clínico-Quirúrgico Aleida Fernández Chardiet. Mayabeque, Cuba.

* Autor para la correspondencia: itarife6@gmail.com

RESUMEN

El mucocele apendicular es una entidad poco frecuente. Constituye una dilatación de la luz del apéndice ileocecal, y produce un acúmulo de sustancia mucoide en su interior. El objetivo de este artículo es describir el caso de un mucocele apendicular en una paciente de 57 años, que asiste a la consulta de urgencias del Servicio de Cirugía General, con dolor abdominal en fosa ilíaca derecha, y antecedentes de salud aparentes. Se le realiza intervención quirúrgica tras la detección de una imagen sugestiva de tumor apendicular por estudios imagenológicos, que es confirmada como mucocele apendicular mediante estudios histológicos. La evolución fue favorable. El mucocele apendicular es más común en mujeres entre 50 y 70 años, y requiere diagnóstico por imagen para un tratamiento quirúrgico efectivo, ya sea abierto o laparoscópico.

Palabras clave: mucocele; apéndice; apendicectomía.



ABSTRACT

Appendiceal mucocele is a rare entity. It constitutes a dilation of the lumen of the ileocecal appendix, and produces an accumulation of mucoid substance inside. The objective of this article is to describe the case of an appendiceal mucocele in a 57-year-old female patient, who attended the emergency consultation of the General Surgery Service with abdominal pain in the right iliac fossa, and an apparent health history. Surgical intervention was performed after the detection of an image suggestive of an appendiceal tumor by imaging studies, which was confirmed as an appendiceal mucocele by histological studies. The evolution was favorable. Appendiceal mucocele is most common in women aged 50 to 70 years and requires imaging diagnosis for effective surgical treatment, whether open or laparoscopic.

Key words: mucocele; appendix; appendectomy.

Recibido: 10/10/2024.

Aceptado: 07/02/2025.

INTRODUCCIÓN

El mucocele apendicular se caracteriza por presentarse como una dilatación quística de la luz del apéndice ileocecal; de etiología obstructiva produce un acúmulo progresivo y retrógrado de sustancia mucóide en su interior.⁽¹⁾ Fue descrito por primera vez en 1842, por el patólogo austriaco Carl Freiherr von Rokitsky, quien lo llamó *Hydrops processus vermiformes*.⁽²⁾

Es una entidad muy poco frecuente, con una incidencia de 0,2 a 0,3 % en todas las apendicectomías, y abarca entre el 8 y 10 % de los tumores apendiculares.⁽²⁾ En más del 75 % de los casos, la edad pico de presentación se encuentra entre la quinta y sexta décadas de la vida. Su expresión clínica, por lo general, es asintomática, y a menudo es un hallazgo encontrado de manera incidental durante una intervención. El sexo más afectado es el femenino, con una relación 4:1.⁽³⁾

Un paciente portador de esta enfermedad es asintomático o suele presentar síntomas muy inespecíficos que contribuyen a la formulación de diagnósticos tardíos o fallidos.⁽⁴⁾ Las manifestaciones más frecuentes son: dolor abdominal en la fosa ilíaca derecha, palpación de masa en la misma región, náuseas, vómitos, cambios en el hábito intestinal, sangrados gastrointestinales, perforaciones y, en algunos casos, puede llegar a presentarse como una obstrucción intestinal por invaginación o un cuadro similar a la apendicitis aguda.^(5,6)

El ultrasonido es el primer estudio de imágenes que se realiza y por medio de él es posible observar el signo de "capas de cebolla" que se considera patognomónico. La



tomografía axial computarizada (TAC) es el método de elección para establecer diferenciales e identificar posibles complicaciones.⁽⁷⁻⁹⁾

Aunque el mucocele es un tumor apendicular de baja incidencia, su estudio es fundamental para comprender las patologías del apéndice. La información sobre esta entidad con potencial maligno favorece el diagnóstico temprano y el desarrollo de estrategias de manejo óptimas. Este artículo tiene como objetivo describir el caso de un mucocele apendicular en una paciente.

Se cumplió con los principios fundamentales de la declaración de Helsinki de 1964, dictamen que rige toda investigación realizada en humanos. Se obtuvo el consentimiento informado de la paciente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina, blanca, de 57 años de edad, con antecedentes de salud aparentes, que asiste a la consulta de urgencias del Servicio de Cirugía General del Hospital Docente Clínico-Quirúrgico Aleida Fernández Chardiet, del municipio Güines, provincia Mayabeque. Acusa presencia de dolor abdominal de 24 horas de evolución, en el hemiabdomen inferior (HAI) a nivel de la fosa ilíaca derecha (FID), de tipo cólico sin irradiación característica ni otro síntoma acompañante.

Al interrogatorio, niega historial de transfusiones o intervención quirúrgica previa. Se precisa alergia medicamentosa a la penicilina y niega hábitos tóxicos.

Como dato positivo al examen físico, se constató dolor exquisito en el HAI a nivel de la FID, solo a la palpación profunda sin la presencia de signos invariantes de abdomen agudo quirúrgico (AAQ).

Exámenes complementarios de urgencia

Los paraclínicos de laboratorio dentro de parámetros normales. Ultrasonido abdominal: llama la atención en el HAI justo en la FID alta, una imagen alargada de baja ecogenicidad aperistáltica que no capta flujo al Doppler, de 57 x 20 mm aproximadamente.

Conducta

Se decide adoptar una posición expectante ante la ausencia de signos que indiquen la necesidad de una intervención quirúrgica urgente, y se indican paraclínicos de preoperatorio con la indicación especial de una TAC, que mostró apéndice cecal aumentada de tamaño de 69 x 23 mm, edematosa, sin líquido periapendicular ni signos de proceso apendicular agudo, sugestivo de tumor apendicular, sin adenopatías intrabdominales. La colonoscopia total arrojó resultados normales.

Se decide la intervención electiva. En el transoperatorio se encuentra apéndice cecal dilatada a expensas de su tercio medio y la punta con la base libre, aumento de la



vascularización, tensa, con líquido en su interior (fig.), ciego libre, sin lesiones, ni adenomegalias. La apendicectomía fue satisfactoria, con la impresión diagnóstica de mucocele apendicular vs tumor carcinoide de apéndice.



Fig. Apéndice cecal dilatada sugestiva de mucocele apendicular.

En el informe del estudio histológico se reporta la presencia de apéndice cecal dilatada, con medidas de 8,5 x 2,5 cm, con aumento de la vascularización, área engrosada en la porción central de consistencia firme, de superficie irregular a nivel de la serosa ocupada por abundante material mucinoso adherente, que confirma el diagnóstico de mucocele apendicular.

La paciente se mantuvo ingresada en la sala del Servicio de Cirugía por 72 horas y bajo tratamiento antibiótico con cefazolina (1 g), un bulbo endovenoso diluido en cloruro de sodio al 0,9 % cada ocho horas. Tuvo una evolución favorable y se decide dar el alta hospitalaria. Se indica ciprofloxacina (250 mg), dos tabletas cada 12 horas, y metronidazol (250 mg), una tableta cada ocho horas, por siete días. En consulta de seguimiento se constató la evolución satisfactoria de la paciente.

DISCUSIÓN

Santiesteban Pupo et al.⁽³⁾ encontraron que la presentación clínica del mucocele del apéndice vermiforme puede ser asintomático y descubrirse de forma accidental en el curso de una revisión ginecológica, prueba radiológica, endoscópica o durante el transoperatorio de una intervención quirúrgica electiva o de urgencia. De forma



general, se manifiesta como un dolor abdominal crónico en la FID; resultados que coinciden con el caso descrito.

De igual manera, realzan el valor de los medios diagnósticos para encauzar la conducta terapéutica y señalan a la ecografía abdominal y la TAC como estudios de imágenes valiosos donde, en el caso de la ultrasonografía abdominal, por lo general, se observa una masa anecoica o heterogénea,⁽³⁾ como sucede con la paciente en cuestión, donde se le añade la ausencia de persitalsis.

En el caso de la tomografía, pueden apreciarse calcificaciones y el centro de la lesión es hipodenso,⁽³⁾ lo que contrasta de forma negativa con el presente, donde el informe se limita a exponer la presencia de aumento de las dimensiones del apéndice cecal, con la ausencia de signos inflamatorios.

Cazorla Badillo et al.⁽¹⁰⁾ sostienen que el sexo femenino con respecto al masculino es el más afectado por la enfermedad, con una edad promedio de presentación a los cincuenta años, lo que corresponde con las características de la paciente a la que se refiere este caso.

Vázquez Añorve et al.,⁽¹¹⁾ Vyas et al.⁽¹²⁾ exponen que la vía de abordaje para el tratamiento definitivo puede ser abierto o laparoscópico, sin la evidencia científica suficiente que sustente ventajas del abordaje mínimo invasivo por el alto riesgo de ruptura, con el muy probable desarrollo, a largo plazo, del pseudomixoma peritoneal. Los autores del presente reporte coinciden con ese criterio, pues existe relación directa entre la ruptura del mucocele y el desarrollo del pseudomixoma *a posteriori* del accidente quirúrgico, lo que también determinó la elección de una intervención quirúrgica abierta.

El tratamiento del mucocele apendicular siempre será la cirugía; en ocasiones se asocia con quimiohipertermia intraperitoneal en caso de enfermedad gelatinosa peritoneal.

Boui et al.⁽¹³⁾ respecto a esto, plantean que la intervención debe cumplir con un protocolo que incluya la extracción completa, el paso a través de una zona sana en la base y la ausencia de traumatismo apendicular intraoperatorio con alto riesgo de la diseminación de moco y células epiteliales en el peritoneo. En este caso, no hubo accidente quirúrgico, proceso patológico en la base del apéndice, ni ganglios linfáticos regionales, y solo fue necesaria la apendicectomía.

Se concluye que el mucocele apendicular es una entidad con índice de presentación bajo y es más común en el sexo femenino entre los 50-70 años de edad. Los estudios por imágenes son esenciales para el diagnóstico oportuno, y el tratamiento quirúrgico abierto o laparoscópico es el de elección.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Villalobos Romero B, Ching Chacón A, Jiménez Vargas MF. Mucocele apendicular. Rev Méd Sinerg [Internet]. 2022 [citado 13/05/2024];7(3):e772. Disponible en: <https://www.mediagraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2022/rms223d.pdf>
2. Araluce Romero RA, Fonseca Sosa FK, Vallejo Licea J, et al. Mucocele apendicular simulando apendicitis aguda complicada. Multimed [Internet]. 2021 [citado 13/05/2024];25(2):e1356. Disponible en: <https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/download/1356/2093>
3. Santiesteban Pupo WE, Borges Sandrino RS, Ramón Musibay E. Mucocele apendicular. Rev Cubana Med Mil [Internet]. 2020 [citado 13/05/2024];49(2):327-34. Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/download/368/510>
4. Singh MP, Huda T. Mucocele of the Appendix: A Presentation. Surg J (NY) [Internet]. 2022 [citado 13/05/2024];8(3):e215-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36131947/>
5. Vyas J, Badgurjar M, Saxena P, et al. Prudent planning in management of mucocele of appendix. Int J Surg Case Rep. 2021;81:105766. DOI: 10.1016/j.ijscr.2021.105766.
6. Singh MP. A general overview of mucocele of appendix. J Family Med Prim Care. 2020;9(12):5867-71. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_1547_20.
7. Leshchinskiy S, Ali N, Akselrod D. The onion skin sign of appendiceal mucocele. Abdom Radiol. 2018;43(9):2527-8. DOI: 10.1007/s00261-018-1489-0.
8. Llivisaca J, Almeida R, Rodríguez R, et al. Mucocele apendicular. Revista FERI [Internet]. 2018 [citado 13/05/2024];11(2):45-9. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/1005135/reporte-de-caso-8-volumen-11-n2.pdf>
9. Sun P, Jiang F, Sun H, et al. Minimally invasive surgery for appendiceal intussusception caused by Mucocele of appendix: case report and review of the literature. J Gastrointest Oncol. 2020;11(1):102-7. DOI: 10.21037/jgo.2019.12.01.
10. Cazorla Badillo GW, Pástor Romero SA, Bombón Chico JE, et al. Manejo laparoscópico de tumor benigno del apéndice cecal: reporte de caso. Vive Rev Salud. 2022;5(13):35-42. DOI: 10.33996/revistavive.v5i13.128.
11. Vázquez Añorve J, Juárez Pérez PO, Heredia Montañó M, et al. Mucocele apendicular, reporte de un caso. Ciencia Latina. 2022;6(5):2595-03. DOI: 10.37811/cl_rcm.v6i5.3268.



12. Vyas J, Badgurjar M, Saxena P, et al. Prudentt planning in management of mucocele of appendix. Int J Surg Case Rep [Internet]. 2021 [citado 13/05/2024];81:105766. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8039546/>

13. Boui M, Abide Z, Boujida N, et al. Mucocele apendicular: a propósito de un caso. Rev Med Clin Condes [Internet]. 2023 [citado 13/05/2024];34(6):440-3. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-mucocele-apendicular-proposito-un-caso-S0716864023000743>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Editor responsable: Silvio Soler-Cárdenas.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Alonso-Rodríguez Y, Tarife-Romero IE, Abreu-Pereira LM. Mucocele apendicular. Informe de un caso. Rev Méd Electrón [Internet]. 2025 [citado: fecha de acceso];47:e6087. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/6087/6120>

