

Caso	(298) La Cara Oculta del apéndice: más allá del sufijo -itis	
Autores		Cecilia Ruiz De Castañeda Zamora, César Sánchez Muñoz, Celia Astor Rodríguez, Íñigo Sánchez Sánchez, Ana Hernández-garcía Calvo, María José Risco Fernández
Centro		Complejo Hospitalario Universitario De Toledo

EXPOSICIÓN DEL CASO

Hombre de 33 años que acude a la urgencia por dolor abdominal focalizado en fosa ilíaca derecha (FID), refiriendo un episodio similar hacía una semana que se resolvió espontáneamente. La analítica era rigurosamente normal, salvo por una discreta elevación de la proteína C reactiva. Ante la persistencia del dolor, se solicita valoración por el Servicio de Radiodiagnóstico y realizamos ecografía abdominal para descartar posible apendicitis. En la ecografía se observa invaginación ileocecal, con marcado engrosamiento de la pared del ciego, y masa quística en el interior de su luz. La tomografía axial computarizada (TC) con contraste yodado intravenoso y adquisición de imágenes en fase venosa, demuestra la existencia de una estructura tubular invaginada en el interior del ciego/colon ascendente, que termina en fondo de saco y en cuyo interior se observa contenido hipodenso, con ausencia del realce y presencia de calcificación grosera en fondo de saco. Se realizó hemicolectomía derecha.

DISCUSIÓN

El diagnóstico fue de mucocele apendicular invaginado.

Las invaginaciones intestinales ocurren mayoritariamente en niños, sobre todo a partir de los tres meses de edad. Las invaginaciones intestinales en adultos son muy infrecuentes con una prevalencia del 5%, no obstante, su diagnóstico es importante ya que normalmente están ocasionadas por lesiones estructurales, sobre todo neoplasias.

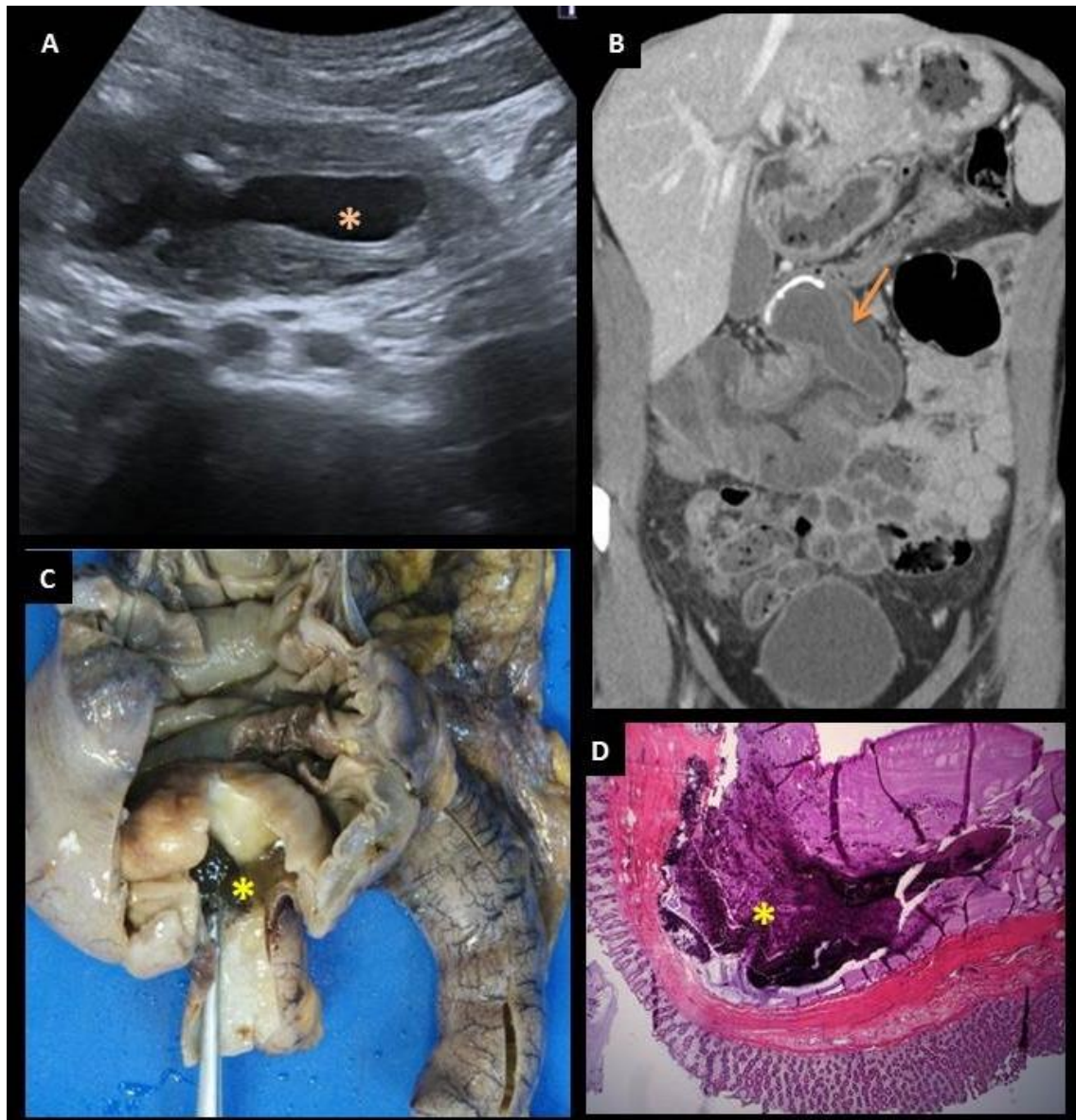
La TC constituye la técnica de elección para el estudio de estos pacientes puesto que nos permite detectar la causa de la invaginación en la gran mayoría de los casos. Se debe realizar el diagnóstico diferencial con las invaginaciones transitorias de intestino delgado, normalmente asintomáticas. El tratamiento de la invaginación ileocecal en adultos es quirúrgico.

El mucocele apendicular es una dilatación quística de la luz del apéndice que se produce como consecuencia de la acumulación intraluminal de mucina. Es una entidad infrecuente, representando el 0,3% de las apendicectomías y el 8% de todos los tumores apendiculares. Según la etiología de la obstrucción, se definen histológicamente cuatro tipos de mucocele apendicular: a) Quiste de retención ocasionado por una obstrucción (normalmente un apendicolito); b) La hiperplasia focal o difusa de la mucosa apendicular; c) el cistoadenoma apendicular; d) el cistoadenocarcinoma. Los hallazgos típicos en la TC son de una masa quística situada en FID con paredes lisas y regulares, que en ocasiones presentan calcificación mural y una atenuación interna hipodensa en función del contenido de

mucina. A diferencia de la apendicitis, no existen cambios inflamatorios de la grasa circundante. Dentro de las complicaciones podemos encontrar el pseudomixoma peritoneal, que se trata de la diseminación peritoneal en forma de ascitis mucosa.

CONCLUSIÓN

La TC es la prueba radiológica de elección ante la sospecha de una invaginación intestinal en adultos, ya que ayuda a identificar la causa subyacente a la misma y a planificar el tratamiento, normalmente quirúrgico.



Mucocele apendicular invaginado. a) Imagen de ecografía que muestra un marcado engrosamiento de la pared del ciego, y en su interior una masa quística ovalada (asterisco). b) TC en reconstrucción coronal en fase venosa que muestra la lesión ovalada con contenido hipodenso, en el interior de la luz del colon ascendente (flecha). La lesión presenta una calcificación lineal en fondo de saco. c) Pieza quirúrgica que incluye el ciego y el íleon distal con apéndice cecal dilatado y cuyo lumen está relleno por material mucoso (asterisco). d) Tinción con hematoxilina/eosina: pared de intestino grueso que presenta infiltración de material mucinoso acelular con abundantes calcificaciones (asterisco), el cual disecciona la muscular propia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Azar T, Berger DL. Adult intussusception. *Ann Surg*. Agosto de 1997; 226(2):134-8.
2. Kim YH, Blake MA, Harisinghani MG, Archer-Arroyo K, Hahn PF, Pitman MB, et al. Adult Intestinal Intussusception: CT Appearances and Identification of a Causative Lead Point. *RadioGraphics*. 1 de mayo de 2006; 26(3):733-44. <https://doi.org/10.1148/rg.263055100>
3. Leonards LM, Pahwa A, Patel MK, Petersen J, Nguyen MJ, Jude CM. Neoplasms of the Appendix: Pictorial Review with Clinical and Pathologic Correlation. *RadioGraphics*. 9 de junio de 2017;37(4):1059-83. <https://doi.org/10.1148/rg.2017160150>
4. Lu T, Chng Y. Adult Intussusception. *Perm J*. 2015; 19(1):79-81. DOI: 10.7812/TPP/14- 125