Caso	(494) Patología enmascarada
Autores	Vega De Miguel Delgado, Paula Gómez Lozano, Antonio Tirado Muñoz, Laura Ortiz Evans
Centro	Hospital Universitario De Cáceres

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente mujer de 81 años que acude a urgencias derivada de Atención Primario por presencia de dolor abdominal desde hace 3 días, fiebre de hasta 39ºC e hiporexia de un mes de evolución sin pérdida de peso asociada.

A la exploración, se encuentra un abdomen doloroso a la palpación, con defensa generalizada.

En la analítica de sangre se objetiva una leucocitosis de 12 mil/mm3, una LDH 164 UI/L y una PCR 202.3 mg/L

Con estos datos se solicita un TC ABDOMINAL con contraste iv.

Identificamos aumento de calibre de estructura tubular dependiente de ciego en relación con apéndice cecal, el cual presenta engrosamiento y realce de pared, con desestructuración de su punta la cual se continúa a nivel craneal con colección de localización subhepática. Dicha colección presenta área hipodensa central con pared gruesa y realce periférico que asocia cambios inflamatorios en la grasa locoregional, realce de la fascia lateroconal y pequeños ganglios de características reactivas. Hallazgos compatibles con probable apendicitis aguda abscesificada/mucocele complicado. No se aprecia líquido libre abdominal. Sin otros hallazgos patológicos.

Posteriormente, la biopsia de la pieza quirúrgica demostró que se trataba de un carcinoma mucoso con perforación distal.

DISCUSIÓN

Neoplasias primarias del apéndice:

Los tumores primarios del apéndice son poco frecuentes, aparecen en un 0,5-1% de las piezas quirúrgicas post apendicectomía, pero estos suelen generar clínica que resulta en la realización de pruebas diagnósticas, por lo que es importante conocerlos.

La mayoría resultan en apendicitis aguda, como en el caso expuesto, pero también pueden presentar hemorragias gastrointestinales, obstrucción ureteral o masa palpable, entre otros.

A nivel del apéndice pueden aparecer con cierta frecuencia acúmulos de mucina, ya sea de forma no tumoral, debido a tumores benignos o a causa de malignidad.

Datos que sugieren origen maligno de un mucocele apendicular:

-Tamaño mayor de 2 cm.

-Engrosamiento de tejidos blandos circundantes

-Irregularidad de la pared del mucocele y alteración de la grasa periapendicular

-Inflamación secundaria

A pesar de todo, el diagnóstico definitivo lo da la biopsia, en la cual se demuestra que el adenocarcinoma mucinoso está constituído, a diferencia de otros adenocarcinomas intestinales por al menos un 50% de mucina.

Otros tumores que pueden debutar con clínica de apendicitis son las neoplasias epiteliales-colónicas del apéndice, que a diferencia de las anteriores no producen mucoceles, y se presentan como masas intestinales que envuelven o infiltran el apéndice. Histológicamente menos del 50% está compuesto por mucina.

También es importante mencionar los tumores carcinoides, que suponen el 80% de las neoplasias apendiculares primarias. Estos producen clínica de apendicitis en menos del 25% de los casos, y suelen descubrirse de forma incidental, ya que suelen situarse en la zona distal apendicular y medir menos de 1 cm, y además a diferencia de otros tumores carcinoides, tienen mejor pronóstico y no suelen presentar síndrome carcinoide. Los que miden más de 2 cm deben tratarse con hemicolectomía derecha.

CONCLUSIÓN

Dentro de un paciente que presenta apendicitis, habrá que sospechar la afectación por un tumor productor de mucina en caso de que el apéndice presente una colección, siendo el acúmulo de la misma demasiado abundante para ser un proceso infeccioso simplemente, cuando no da clínica para el tamaño que tiene o cuando aparecen calcificaciones murales curvilíneas. También existen características que sugieren su origen un origen más benigno o maligno, sin embargo, el diagnóstico definitivo lo dará la biopsia que debe analizarse ante cualquier caso de apendicitis, y con mayor importancia si el cuadro ocurre en un paciente de más edad.

La flecha roja señala una estructura tubular, en su origen, que ya se encuentra aumentada de tamaño, con engrosamiento e hipercaptación parietal, así como una colección en la zona más distal, de localización subhepática. También se observan signos inflamatorios, como rarefacción de la grasa periférica. Imagen compatible con carcinoma mucoso de apéndice.

BIBLIOGRAFÍA

-Perry J. Pickhardt, Angela Dd. Levy, Charles A. Rohrmann. Primary Neoplasms of the Appendix: Radiologic Spectrum of Disease with Pathologic Correlation. Radiographics. May 1 2003. Vol. 23, No. 3. https://doi.org/10.1148/rg.233025134

-Laura M. Leonards, Anokh Pahwa, Maitraya K. Patel, Jeffrey Petersen, Michael J. Nguyen, Cecilia M. Jude. Neoplasms of the Appendix: Pictorial Review with Clinical and Pathologic Correlation. Radiographics. Jun 9 2017. Vol. 37, No. 4. https://doi.org/10.1148/rg.2017160150