



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 160/655 - Algo mas que un problema urinario

G.M. Mendoza Granados<sup>a</sup>, P. Águila Pujols<sup>b</sup>, D.E. Mendoza Treviño<sup>c</sup>, R. Codinachs Alsina<sup>b</sup> y M. Cabrera Choto<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud EAP Vic El Remei. Vic. Barcelona. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud EAP Vic El Remei. Vic. Barcelona. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud EAP Vic El Remei. Vic. Barcelona. <sup>d</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud EAP Vic El Remei. Vic. Barcelona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 42 años sin alergias medicamentosas, antecedentes médicos de Infecciones de tracto urinario a repetición, litiasis renal y síndrome depresivo en tratamiento con fluoxetina. Consultó a su médico de cabecera por mal olor en la orina de largo tiempo de evolución sin otro síntoma adicional; no presentaba dolor abdominal, ni síntomas ginecológicos. Sin historia familiar de importancia. Se realizó la exploración y pruebas complementarias pertinentes y se interconsultó al servicio de ginecología que no evidencia patología significativa. Dado que la paciente reconsulta en múltiples ocasiones por igual sintomatología se solicita TAC abdominal que destaca imagen compatible con mucocele apendicular. Ingresa al hospital para cirugía programada de apendicectomía laparoscópica, evidenciando apéndice cecal patológico. Informe anatopatológico compatible con mucocele apendicular. Período postoperatorio sin incidencias y resolución de problema urinario.

**Exploración y pruebas complementarias:** Examen físico: abdomen normal y exploración genital dentro de la normalidad. Analítica sanguínea: ligera leucocitosis (leucos 12,3 N73,5%, L19,8%), bioquímica normal. Sedimento urinario: no patológico. Citología vaginal endo-exo cervical: normal. Ecografía renovesical: tejido graso inespecífico. TAC abdominal con contraste: Imagen tubular de 3,5 cm con calcificación periférica a nivel de fosa ilíaca derecha que no capta el contraste, compatible con mucocele apendicular.

**Juicio clínico:** Mucocele apendicular.

**Diagnóstico diferencial:** Infección de orina: sedimento negativo. ecografía reno vesical inespecífica. Infección vaginal: cultivos y citología negativa. Valoración Ginecología nada patológico.

**Comentario final:** El mucocele apendicular es una entidad rara e infrecuente, caracterizada por un engrosamiento y aumento de tamaño del apéndice producto de la acumulación de una sustancia mucosa en la cavidad apendicular. Clínicamente pueden ser asintomáticos (25%), cursar con dolor abdominal, masa en fosa iliaca derecha, sepsis o cursar con síntomas urinarios. Histológicamente se clasifica: 1. Mucocele simple (representa un 25% de los casos): Agrandamiento globular del apéndice por moco espesado, generalmente a consecuencia de la obstrucción por un fecalito. 2. Cistoadenoma mucinoso benigno: Neoplasia mucinosa más común (representa el 60% de los casos), sustituye a la mucosa apendicular y resulta histológicamente idéntico a los tumores análogos del ovario. La dilatación luminal se asocia a perforación apendicular. El moco no revela células malignas. 3. Cistoadenocarcinomas mucinosos malignos: son menos comunes. Producen dilatación quística llena de mucina del apéndice, con penetración de la pared apendicular por

células invasivas y diseminación más allá del apéndice en forma de implantes peritoneales localizados o generalizados. En su estado totalmente desarrollado, se llena el abdomen de mucina firme, semisólida, para originar el seudomixoma peritoneal (un 6% de los casos) que en la mayoría de los casos acaba por tener un curso fatal.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Robbins y Cotran. Mucocele apendicular: Patología estructural y funcional, 7<sup>a</sup> edición. Elsevier.
2. Higa E, Rosai J, Wise L, et al. Mucosal hiperplasia, mucinos cystadenoma, and mucinoscystoadenocarcinoma of the appendix: a re-evaluation of appendiceal mucocele. *Cancer*. 1973;32:1525-4.
3. Premoli G, Pierini L, Ramos R, Minatti W, Capellino P. El mucocele apendicular. *Revista del Hospital Privado de Comunidad*. 2003;6(1).
4. Ashrafi M, Joshi V, Zammit M, Telford K. Intussusception of the appendix secondary to mucinous cystadenoma: a rare cause of abdominal pain. *Int J Surg Case Rep*. 2011;2(2):26-7.