

CISTOADENOMA MUCINOSO APENDICULAR

M.A. GARCÍA GARCÍA, M.A. TRÍVEZ BONED, J. OLIVA ENCINA,
A. GARCÍA DE JALÓN MARTÍNEZ, P. GIL MARTÍNEZ, L.A. RIOJA SANZ

Servicio de Urología. Hospital Universitario "Miguel Servet". Zaragoza.

PALABRAS CLAVE:

Cistoadenoma mucinoso. Apéndice. Tumor benigno.

KEY WORDS:

Mucous cystadenoma. Appendix. Benign tumor.

Actas Urol Esp. 26 (2): 139-142, 2002

RESUMEN

Los cistoadenomas mucinosos son tumores benignos de estirpe epitelial con abundante contenido mucoide en su interior. Aún siendo benignos, alcanzan gran tamaño, comprimiendo y desplazando órganos y estructuras importantes de la región, con las consecuencias que se derivan de dicha compresión. La exéresis quirúrgica es muy aparatosa, siendo difícil su extirpación total, presentando además una gran tendencia a la recidiva.

Presentamos el caso de un paciente de 54 años con cistoadenoma mucinoso localizado a nivel apendicular.

ABSTRACT

Mucous cystadenomas are benign epithelial tumours with great mucous content inside. Despite being non - malignant, they acquired great size, compressing and displacing important structures and organs of the zone, with theirs unlucky outcomes. Surgical exeresis is very difficult, being almost impossible its total exeresis, showing great frequency of relapse.

We present an appendix mucous cistadenoma case in a 54 years old patient.

El caso que se trata en este trabajo es de un paciente con cistoadenoma mucinoso localizado a nivel apendicular.

Aunque estos tumores son benignos, llegan a tener un elevado tamaño comprimiendo y desplazando órganos y estructuras importantes de la región.

CASO CLÍNICO

Se trata de un varón de 54 años diabético tipo II, alérgico a los A.A.S, con sintomatología prostática de larga evolución e intervenido hace años de hidrocelectomía izquierda.

Acude a consultas de Urología presentando un dolor sordo de tres meses de evolución, no irra-

diado en hipocondrio derecho. A la exploración se palpa en dicha zona bultoma de grandes dimensiones (Fig. 1). El paciente nunca ha presentado episodios de hematuria.

La radiografía simple abdominal es inespecífica. En la ecografía se aprecia una próstata de 57 x 44 x 43 mm (53 gr). Asimismo, se describe una masa de 16-18 cm de diámetro con alteración estructural en su interior, con predominio de zonas hipocógenas con refuerzo posterior.

El TAC posterior (Fig. 2) demuestra voluminosa masa de 18 cm de diámetro, que comprime riñón ipsilateral, extendiéndose hacia fosa iliaca derecha, disecando los planos fasciales entre psoas y cuadrado lumbar. Asimismo, presenta

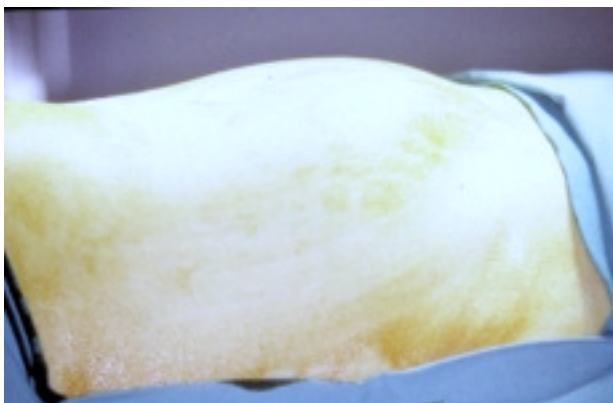


FIGURA 1. Bultoma a la exploración, visualizándose y palpándose en zona de hipocondrio derecho (foto preoperatoria).

compresión sobre la unión pieloureteral y uréter derecho, respetando no obstante la función renal. En su interior se observan algunas calcificaciones lineales periféricas, así como un contenido homogéneo con algún pequeño septo en su interior. La lesión es avascular en toda su superficie. Vejiga de morfología normal con impronta prostática a nivel de suelo vesical.

Se realiza punción-biopsia, mediante ecografía obteniéndose un contenido gelatinoso que en estudio anatómico-patológico se confirma como material mucoso. Ante todos estos hallazgos se decide laparoscopia exploradora de la masa, realizándose apertura subcostal derecha anterior tipo chevrón. La intervención quirúrgica resulta de una dificultad extrema debido tanto al tamaño de la masa, como a su íntima relación con órganos vecinos, lo que dificulta la exéresis de la pieza y prolonga el tiempo quirúrgico. (Figs. 3 y 4).

La anatomía patológica de la pieza revela una cavidad quística con un contenido mucinoso, revestido por un epitelio predominantemente mucosecretor en distintos estadios de maduración, y sostenido por un tejido colágeno denso con infiltrado inflamatorio crónico difuso (células plasmáticas, linfocitos e histiocitos). Periféricamente se observan fibras musculares lisas. Se considera como más probable el origen mesotelial con posterior metaplasia mucinosa. Todo ello encamina al informe anatomopatológico de cistoadenoma mucinoso de origen apendicular como diagnóstico (Fig. 5).

FIGURA 2. T.A.C. Gran masa de 18 cm de diámetro de contenido homogéneo y con calcificaciones periféricas, que comprime y desplaza el riñón ipsilateral.

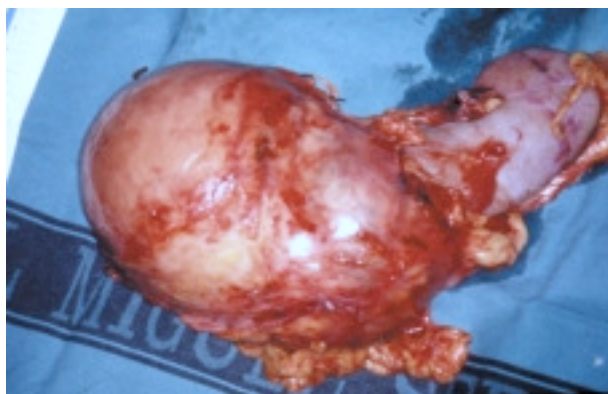


FIGURA 3. Pieza quirúrgica tras exéresis de la misma.

Tras la intervención quirúrgica, transcurrió un postoperatorio sin complicación alguna y con un curso evolutivo favorable, por lo que el paciente abandonó la hospitalización transcurridos los días pertinentes.



FIGURA 4. Pieza quirúrgica, una vez disecada con contenido mixoide en su interior.

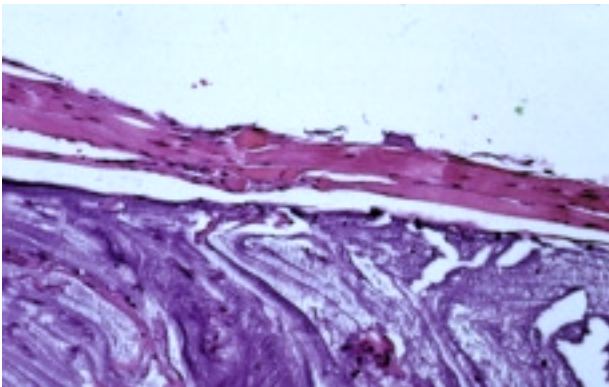


FIGURA 5. A.P. Tejido epitelial, predominantemente mucosecretor en diversos estadios evolutivos. Periféricamente se observan células de tejido muscular liso.

El paciente en la actualidad presenta buen estado general, sin signos de recidiva (constatado mediante TAC seriados), pudiendo desarrollar una actividad diaria totalmente satisfactoria. Es controlado periódicamente en nuestras consultas externas hasta la fecha.

DISCUSIÓN

El retroperitoneo es un amplio y complejo espacio anatómico, definido como el área comprendida entre la hoja posterior del peritoneo, segmentos del duodeno y colon, y parte de la superficie posterior del hígado (límite anterior) y la fascia paravertebral, el psoas y el músculo cuadrado lumbar por encima de la cresta iliaca, los músculos psoasiliaco, obturador y piriforme en la pelvis (límite posterior). El diafragma respiratorio y el diafragma pélvico (músculos elevadores del ano y coccígenos) son los límites superior e inferior, respectivamente¹.

Este espacio comprende diversos órganos, así como grandes y diferentes formaciones vasculares, linfáticas y nerviosas. Todas ellas pueden llegar a desarrollar formaciones tumorales, dependientes de diversos tejidos¹⁻³.

Son tumores poco frecuentes, representando sólo el 0,2-0,07 de las neoplasias en general. El 80% de estos tumores son malignos, muchos son inoperables por el enorme tamaño y el compromiso de estructuras vitales⁴.

Podemos clasificar las masas retroperitoneales atendiendo a su origen neoplásico ó no neoplásico. Dentro de las no neoplásicas cabría destacar los hematomas, abscesos y la fibrosis retroperitoneal como entidades más frecuentes. En las neoplásicas se situarían en un primer lugar los procesos benignos como los quistes y los tumores de tejidos blandos, dentro de los cuales se situaría el cistoadenoma mucinoso apendicular.

En un segundo lugar se situarían el grupo de las neoplasias malignas, como son los sarcomas, linfomas (primarios o metastásicos), tumores de células germinales (primarios o metastásicos), metástasis y tumores indiferenciados¹.

El apéndice cecal es una estructura, en la cual pueden asentarse diversos procesos tumorales. Atendiendo a una clasificación histológica podemos dividirlos⁵ en:

I. TUMORES EPITELIALES

A. Benignos.

1. Cistoadenoma mucinoso. (El más frecuente)
2. Otros tipos.

B. Malignos.

1. Adenocarcinoma.
2. Adenocarcinoma mucinoso.
3. Carcinomas no clasificados.

II. TUMORES CARCINOIDES

A. Argentafín.

B. No argentafín.

C. Carcinóide de células caliciformes.

III. TUMORES NO EPITELIALES

A. Benignos.

1. Leiomioma (el más frecuente).
2. Otros tipos.

B. Malignos.

1. Leiomiomasarcoma.
2. Otros tipos.

*IV. TUMORES NO CLASIFICADOS**V. TUMORES METASTÁSICOS.*

Los cistoadenomas son tumoraciones benignas de origen epitelial, formados por elementos glandulares⁶, que producen una sustancia mixoide, llegando a adquirir en diversas ocasiones un tamaño considerable. Por frecuencia el sitio más común de presentación es el ovario, pudiendo no obstante presentarse en diversas localizaciones del cuerpo. Debido al tamaño que alcanzan dan con frecuencia clínica derivada de la compresión de órganos vecinos. Suelen permanecer silenciosos durante largo tiempo, debutando como una tumoración visible y palpable a nivel abdominal o de los flancos^{1,3}.

En cuanto al diagnóstico, la ecografía y el TAC se han erigido como uno de los pilares fundamentales hoy en día en el estudio de ésta patología³, confirmando la sospecha de exploraciones previas.

El tratamiento de elección de los Cistoadenomas retroperitoneales sigue siendo la cirugía. La vía de abordaje debe ser amplia (toracofrenolaparotomía, laparotomía media, laparotomía transversal tipo Chevron, etc.⁷.

Se debe de realizar la máxima radicalidad posible, siendo a menudo muy difícil su exéresis debido tanto al gran tamaño que alcanzan estas

masas, como a la implicación directa con órganos y estructuras adyacentes a las mismas. Asimismo, el índice de recidivas es elevado, llevando a algunos autores como Donnelly a estimar la operabilidad de estos tumores en un 35%, y el índice de recidivas en un 50-60%³.

REFERENCIAS

1. VERA DONOSO CD, JIMÉNEZ CRUZ JF.: Tumores retroperitoneales primarios. In: Tratado de Urología. Edited by Jiménez Cruz J.F. y Rioja Sanz L.A. Barcelona. *J.R Prous* 1993; **2 (71)**: 1.323-1.336.
2. KABALIN JN.: Anatomía del retroperitoneo y del riñón. In : Campbell Urología Sexta Edición; Walsh P., Retik A., Stamey T., Darracott Vaughan E., et al. *Editorial Panamericana* 1994; **1 (1)**: 3-22.
3. ZULUAGA GÓMEZ A.: Tumores retroperitoneales primitivos: Urología y Retroperitoneo. Tema Monográfico LXII Congreso Nacional de Urología. *Actas Urológicas Españolas* 1997; **4**: 51-75.
4. DOMÍNGUEZ MOLINERO JF, GÓMEZ JIMÉNEZ J, ZULUAGA GÓMEZ A.: Patología del retroperitoneo. In: Urología. El libro del residente. Resel Estévez L. Madrid 1998; **51**: 615-639.
5. ÁLVAREZ FERRÁNDEZ REPRESA.: Tumores del intestino delgado. In: tratado de patología y clínica quirúrgicas. Durán Sacristán H., Arcelus Imaz I., García-Sancho Martín L., et al. *Interamericana* 1988; **2 (35)**: 1.812-1.818.
6. BRAIER L.: Diccionario enciclopédico de medicina. *Editorial Jims*. Barcelona 1986; **1**: 18.
7. FRANK HINMAN JR. M.D. Incisiones In Atlas de Cirugía Urológica. Frank Hinman. *Interamericana*. México 1993; **20**: 865-920.

Dr. M.A. García García
C/ La Pampa, 1 – 1º pta. 3
50012 Zaragoza

(Trabajo recibido el 27 julio de 2001)