

Nota clínica

Invaginación ileocecal secundaria a mucocele apendicular: reporte de caso.

Ileocecal intussusception caused by appendiceal mucocele: case report.

Ramón-Baviera Martínez M, Artigues Sánchez de Rojas E, Oviedo Bravo JM, Beut Peris N, Santofimia Chordá R

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.

RESUMEN

La invaginación apendicular es una entidad poco frecuente que puede ocurrir a cualquier edad. Su diagnóstico puede resultar complejo debido a la sintomatología inespecífica. En la mayoría de los casos se realiza de forma intraoperatoria. El tratamiento suele ser quirúrgico, realizándose desde una apendicectomía hasta una hemicolectomía derecha.

Se presenta un caso clínico de un paciente varón de 29 años con invaginación ileocecal secundaria a un mucocele apendicular.

Palabras clave: invaginación, apéndice cecal, mucocele apendicular.

ABSTRACT

Appendiceal intussusception is a rare entity that can occur at any age. Diagnosis can be complex due to non-specific symptoms. In most cases it is performed intraoperatively. The treatment is usually surgical, performing from an appendectomy to a right hemicolectomy.

A clinical case of a 29-year-old male patient with ileocecal invagination secondary to an appendiceal mucocele is presented.

Key words: intussusception, cecal appendix, appendicular mucocele.

INTRODUCCIÓN

La intususcepción apendicular es un cuadro clínico infrecuente. Se estima que representa el 0.01% de las indicaciones de apendicectomía¹. La presentación clínica puede ser variable, desde aguda y progresiva, simulando una apendicitis aguda, a crónica o asintomática². Su tratamiento es quirúrgico, variando desde una apendicectomía a una hemicolectomía derecha³.

CORRESPONDENCIA

María Ramón-Baviera Martínez
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia
46014 Valencia
maria.baviera95@gmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Ramón-Baviera Martínez M, Artigues Sánchez de Rojas E, Oviedo Bravo JM, Beut Peris N, Santofimia Chordá R. Invaginación ileocecal secundaria a mucocele apendicular: reporte de caso. Cir Andal. 2023;34(1):77-79. DOI: 10.37351/2021341.14.

CASOS CLÍNICOS

Varón de 29 años que acudió al servicio de urgencias por dolor abdominal tipo cólico localizado en epigastrio de un día de evolución. Refería episodios de dolor autolimitados de características similares durante dos semanas por los que ya había consultado en urgencias. Asociaba deposiciones con restos de sangre desde el inicio del cuadro. Al examen físico el paciente se encontraba estable. El abdomen era blando, depresible y no presentaba defensa.

En la analítica sanguínea no se evidenciaron alteraciones. Se realizó una ecografía que describió una imagen de extensa invaginación intestinal de probables asas de intestino delgado en flanco izquierdo-región periumbilical. Se completó estudio mediante TC, confirmando dicha imagen de invaginación, probablemente íleo-ileal en la misma localización, así como adenopatías en mesenterio y líquido libre perihepático, periesplénico y en fondo de saco rectovesical. En la cabeza de invaginación se observaba una imagen quística tubular de 2,8 x 10 cm (Figuras 1 y 2).



Figura 1

TC corte axial. Invaginación intestinal con imagen quística tubular de 2,8 x 10 cm.

Dados los hallazgos, se realizó una laparotomía exploradora, evidenciando a nivel de fosa ilíaca derecha una invaginación ileocecal que comprendía en su interior el íleon terminal y el apéndice engrosado y a tensión (Figuras 3 y 4). Ante la sospecha de un mucocele apendicular se decidió realizar una resección ileocólica. El paciente evolucionó favorablemente y fue dado de alta tras 6 días de ingreso. La anatomía patológica fue de tumor mucinoso apendicular de bajo grado.

DISCUSIÓN

La intususcepción apendicular es la invaginación del apéndice ileocecal o parte de este dentro de su propia luz o la del ciego¹. Esta entidad es más común en adultos (76%) que en niños (24%). Las mujeres se ven afectadas más que los varones con una ratio superior a 2:1. Puede aparecer en cualquier época de la vida, siendo más frecuente en la cuarta década².



Figura 2

TC corte sagital. Invaginación intestinal con imagen quística tubular de 2,8 x 10 cm.

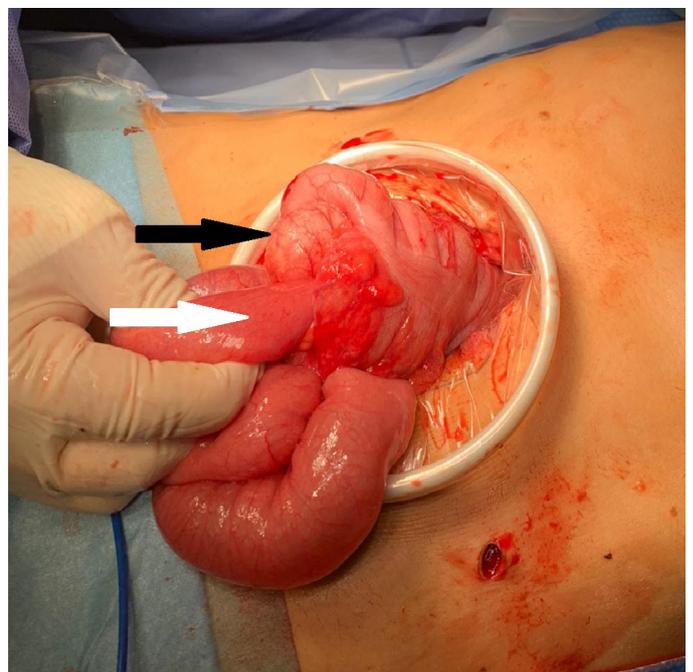
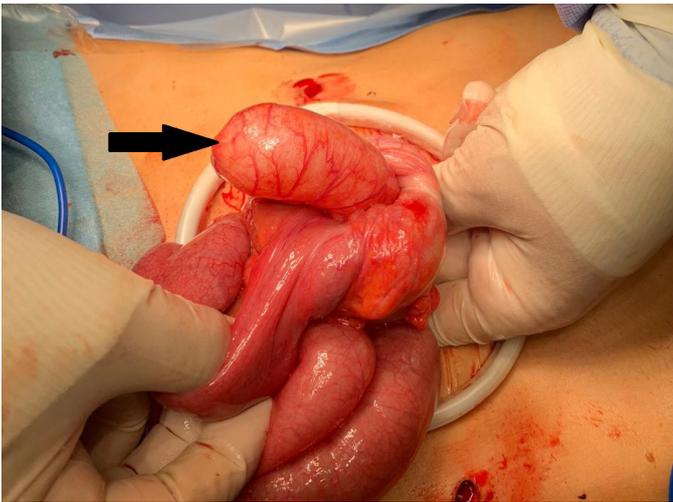


Figura 3

Apéndice (flecha negra) e íleon terminal (flecha blanca) invaginados en el ciego.

En la edad pediátrica la causa habitualmente es idiopática o secundaria a procesos virales. Sin embargo, en adultos la etiología es variable y más del 90% tiene una causa identificable⁵. La causa


Figura 4

Apéndice (flecha negra) engrosado que se encontraba completamente invaginado en el ciego.

más frecuente suele deberse a la endometriosis (33%), en segundo lugar los mucoceles apendiculares (19%), seguido por la inflamación apendicular (19%). Existen otras causas menos frecuentes, como son los tumores carcinoides, hamartomas, linfomas y metástasis^{1,2,4}.

El diagnóstico en adultos puede resultar un gran desafío debido a su clínica inespecífica y su baja incidencia. La clínica es variable, pudiendo presentarse de forma aguda, con dolor en fosa iliaca derecha similar al de una apendicitis aguda o con síntomas crónicos, incluyendo episodios de dolor cólico, vómitos o rectorragia que pueden ceder por una resolución espontánea de la intususcepción, tal y como sucedía en el caso presentado previamente¹⁻⁴. También es posible evidenciar una masa cecal palpable³. En algunos casos cursa de forma asintomática y se diagnostica como hallazgo en alguna prueba de imagen^{3,4}.

La invaginación apendicular se puede clasificar según el segmento invaginado, tal y como describe la clasificación de McSwain^{1,3,6}:

- Tipo I: la punta del apéndice se invagina en la luz del apéndice proximal.
- Tipo II: la invaginación se inicia en algún punto a lo largo del apéndice invaginándose en el tejido apendicular adyacente.
- Tipo III: la invaginación se inicia en la unión del apéndice y el ciego.
- Tipo IV: intususcepción retrógrada del apéndice, se invagina el apéndice proximal en el distal.
- Tipo V: invaginación completa del apéndice en el ciego, por progresión de los tipos I, II o III.

El tipo más frecuente de presentación es el III, que suele acompañarse de un cuadro clínico de apendicitis aguda concomitante³, como ocurrió en nuestro caso.

La mayoría de los casos (57%) se diagnostican durante la cirugía². En cuanto al diagnóstico por imagen, la ecografía es de gran utilidad

en la edad pediátrica. En adultos la prueba de elección es la TC, en la cual se identifica una imagen en diana asociada a una masa quística bien encapsulada dentro del ciego. En nuestro caso se observó la imagen típica en diana y la imagen quística, aunque las imágenes sugerían que podía tratarse de una invaginación de intestino delgado. También es posible el estudio mediante colonoscopia, la cual puede identificar una masa en la luz del ciego y permite el diagnóstico diferencial y la toma de biopsias^{1,4,7}.

El tratamiento recomendado es quirúrgico. Comprende desde la apendicectomía hasta la hemicolectomía derecha, dependiendo de la etiología y el grado de la intususcepción¹. Existe controversia sobre la reducción durante la cirugía ya que, aunque esta puede permitir resecciones más limitadas, no está recomendada por aumentar el riesgo de diseminación peritoneal de células tumorales^{1,5,7}. En nuestro caso, al evidenciar un apéndice muy engrosado y a tensión, se sospechó un mucocele apendicular, por lo que se decidió realizar una resección ileocólica que comprendía gran parte del colon ascendente para garantizar así una exéresis con márgenes de seguridad de la lesión.

En cuanto al seguimiento, se debe realizar colonoscopia para descartar patología sincrónica. Hasta el 20% de cistoadenomas apendiculares benignos se asocia al cáncer colorrectal¹.

COMENTARIOS

La invaginación apendicular es una entidad poco frecuente, con una clínica poco específica y que se suele diagnosticar de forma intraoperatoria. En el paciente adulto frecuentemente se asocia a patología tumoral. El tratamiento es quirúrgico, incluyendo desde la apendicectomía a la hemicolectomía derecha.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sagarra E, Burgos de la Obra E, Velasco E, Gómez Lanz L. Intususcepción ileocólica por mucocele apendicular. *Cir Esp*. 2018; 96 (4): 237 -245.
2. Chaar CI, Wexelman B, Zuckerman K, Longo W. Intussusception of the appendix: Comprehensive review of the literature. *Am J Surg*. 2009;198:122-8.
3. E. Betancourth-Alvarengaa , F. Vázquez-Ruedaa, F.J. Murcia-Pascual, J. Ayala-Montoroa. Abdomen agudo secundario a invaginación apendicular. *An Pediatr (Barc)*. 2015; 82(1): e56-e59
4. Lombana-Amaya LJ, Rugeles S, González-González JA. Invaginación del apéndice: un hallazgo poco frecuente en colonoscopia. Informe de caso. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2021;36(2):275-279
5. Chapa Lobo AF, Salgado Cruz LE, Garza Cantú AA, Villafranca Andino IR, Alanís Rodríguez OC. Intususcepción ileocecal en paciente adulto causada por un tumor de Vanek: Reporte de caso. *Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica*. 2018; 19(3): 113-117
6. McSwain B. Intussusception of the appendix. *South Med J*. 1941;34:263-71.
7. Laalim SA, Toughai I, Benjelloun el B, Majdoub KH, Mazaz K. Appendiceal intussusception to the cecum caused by mucocele of the appendix: Laparoscopic approach. *Int J Surg Case Rep*. 2012;3:445-7.