

Isabel María	Nombre:
González Moreno	Apellido:
Juana María Plasencia Martínez; Marta Huertas Moreno; Irene Cases Susarte; Carmen Botía González; Elisabeth Cruces Fuentes	Otros Autores:
im.gonzalezmoreno@gmail.com	E-mail:
Hospital Universitario Morales Meseguer	Hospital:
Murcia	Ciudad:
Mucocele apendicular coexistente con apendicitis aguda	Título:
<p>Varón de 63 años que acude a urgencias por dolor en fosa ilíaca derecha de 10 horas de evolución y fiebre de 37,9°. Sin antecedentes personales de interés. Se realizó una ecografía y una TC abdominopélvica con contraste intravenoso, evidenciándose una masa quística en hemipelvis derecha, de 11,5 cm x 6,3 cm, en continuidad con el ciego. Presentaba calcificaciones periféricas y una densidad homogéneamente baja. Existía reticulación de la grasa adyacente y líquido libre. El diagnóstico radiológico fue de mucocele apendicular con cambios inflamatorios. El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica concluyó que se trataba de un cistoadenoma apendicular con cambios inflamatorios agudos y crónicos y focos de displasia epitelial de bajo y alto grado.</p>	Presentación:
<p>El diagnóstico fue mucocele apendicular con cambios inflamatorios locorregionales. Llamamos mucocele a un apéndice cecal anormalmente dilatado con acumulación intraluminal de moco, cuya causa puede ser obstructiva o neoplásica (1). Se identifican en un 0,2-0,3 % de las apendicectomías (1). Puede ser un hallazgo casual o identificarse ante un cuadro sintomático. En este último escenario el radiólogo se enfrenta al diagnóstico diferencial entre apendicitis aguda, mucocele o ambos hallazgos asociados. La diferencia es relevante de cara al manejo quirúrgico, que varía desde una apendicectomía a una hemicolectomía derecha en caso de malignidad. Además, por el riesgo de ruptura del mucocele, se recomienda la cirugía abierta (1). Los hallazgos radiológicos sugestivos de mucocele son el diámetro luminal máximo mayor de 13 mm, la presencia de dilatación quística y la calcificación mural (1,2). La irregularidad y el engrosamiento con densidad de partes blandas parietal, así como la afectación de la grasa adyacente son inespecíficos (1). Por último, debemos descartar mediante TC el pseudomixoma peritoneal, complicación más temida del mucocele maligno (1).</p>	Discusión :
<p>Ante los hallazgos radiológicos descritos en un paciente con apendicitis aguda debemos sospechar un mucocele concurrente y comunicarlo al cirujano.</p>	Conclusión:
<ol style="list-style-type: none"> 1. T. Persaud, N. Swan, W C. Torreggiani. (2007) Best Cases from the AFIP: Giant Mucinous Cystadenoma of the Appendix. Radiographics 27:2 553-557 2. G.Bennett, T.Tanpitukpongse, M. Macari, K. Cho, S. Babb (2009) Original Research. CT Diagnosis of Mucocele of the Appendix in Patients with Acute Appendicitis. American Journal of Roentgenology 192:W103-W110 	Bibliografía:
<p>Imagen de ecografía en fosa ilíaca derecha que muestra la masa quística con alteración de la ecoestructura de su pared profunda (flecha blanca). La grasa adyacente mostraba aumento de la ecogenicidad (no mostrada). b y c. Cortes axiales de TC con contraste intravenoso. La masa quística se origina en el ciego (flecha blanca en b). En corte axial más craneal (c) se evidencia la masa quística, con focos de</p>	Pie de foto:

<p>calcificación parietal (flecha negra), contenido de baja atenuación y realces lineales en su pared (flecha blanca). Véase el gran tamaño de la masa y la estriación de la grasa a su alrededor (estrella blanca).</p>	
--	--