

MUCOCELE APENDICULAR (*)

Dr. José A. Piquinela

E. I. P., de 45 años, ingresa a la Sala San Luis, H. Maciel, en mayo de 1951, por dolor y tumefacción en f.i.d. Antecedentes personales y familiares sin nada digno de mención. La historia de su enfermedad actual comienza hace algo más de un año con dolores en f.i.d., poco intensos aunque persistentes, que aumentan con el esfuerzo y el movimiento y desaparecen espontáneamente; el dolor aparece periódicamente sin relación alguna con la alimentación y con irradiaciones al muslo —caras ántero-interna y posterior— y a la pierna derecha. Tránsitos digestivo y urinario sin particularidades.

Pocos meses después del comienzo del cuadro doloroso, el enfermo percibe una tumefacción casi indolora a la palpación en su f.i.d., que se mantiene incambiada según el enfermo, desde hace un año. El **examen** evidencia un excelente estado general y en el abdomen una tumefacción intraperitoneal a nivel de la f.i.d., situada inmediatamente por encima de la arcada crural, ovoidea, de unos 5 cms. de largo por 2 ½ cms. de ancho, cuyo eje mayor se dirige abajo y adentro. De superficie lobulada y consistencia firme, apenas sensible a la palpación, es llamativa su amplia movilidad en sentido vertical y transversal. Resto del abdomen, tacto rectal: sin particularidades. Nada a señalar en lo demás del examen clínico.

Orina normal; urea: 0gr.36; R. W.: negativa. Pielografía descendente; riñones en posición y con forma y aspecto normales. Estudio radiológico del colon por enema: el tumor que se palpa es transparente a los rayos, está situado por fuera del ciego y ascendente a los que desplaza hacia adentro, pareciendo dejar una impresión —como si se tratara de una compresión extrínseca— sobre su borde externo; es independiente de ellos.

Se plantea la posibilidad diagnóstica de un mucocele apendicular o de una tumefacción inflamatoria de origen apendicular.

Intervención: 19-V-51. Dr. Piquinela. Dr. Barreneche. Pte. Esteves. Anestesia general: gases (Ormaechea). Incisión de Mc Burney; se trata

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 12 de noviembre de 1952.

de un mucocoele apendicular de forma ovoidea que adhiere solamente y en forma muy laxa, a un ciego extremadamente móvil, lo cual explica los grandes desplazamientos comprobados clínicamente; no adhiere a ninguna otra estructura vecina. El mucocoele toma el apéndice casi en su totalidad, dejando notoriamente íntegro un sector de su base de 2 cms., lo que facilita considerablemente la apendicectomía y el encapuchonamiento ulterior. Se examina cuidadosamente la f.i.d. y el resto del abdomen, no encontrándose ningún depósito de material mucoso. Cierre de la pared por planos; lino en la piel.

Post operatorio: sin incidentes. Alta con herida cicatrizada, a los ocho días.

Informe anatómo-patológico (Dr. Juan F. Casinelli):

1) **Aspecto macroscópico.** Tumoración alargada e incurvada, cilíndrica, con un extremo más globuloso que el otro; superficie externa surcada por finos vasos inyectados. En uno de los bordes se conservan los restos del tejido adiposo mesial. Peso 130 grs. Mide 10 cms. de largo y tiene 4 cms. de diámetro, en las porciones más anchas. Consistencia fluctuante. Abierta la tumoración se observa que tiene paredes fibrosas muy delgadas, una superficie interna lisa y la cavidad está llena de moco, que se hincha en la solución fijadora de formol.

2) **Diagnóstico microscópico.** Pared adelgazada por distensión, con capa muscular conservada; fibrosis difusa; infiltración celular inflamatoria crónica, constituyendo focos alargados en la cara fibrosa subserosa. Revestimiento interno formado por un estrato de células cilíndricas altas, mucíparas, en hipersecreción mucinosa, con cierto desarrollo hacia el interior de la cavidad del apéndice. Contenido: sustancia mucinosa.

La historia del mucocoele apendicular —término introducido por Feré ⁽⁵⁾ en el año 1876 para designar distensiones del apéndice conteniendo material mucoso o pseudo mucoso— parece iniciarse en 1842 con Rokitansky y seguir con Virchow en 1863, quienes lo consideraron como la degeneración coloide de un carcinoma. Su verdadera importancia se origina en 1901 cuando Fraenkel ⁽⁶⁾ señala el papel desempeñado por la rotura de un mucocoele apendicular en la génesis de depósitos peritoneales secundarios que llama “seudomixoma peritoneal”. Este término ya había sido empleado por Werth en 1884 para referirse a los depósitos o crecimientos peritoneales similares originados en la rotura de ciertos quistes del ovario.

Su frecuencia con relación a las apendicectomías se mantiene entre 0,1 y 0,3 %, porcentaje semejante al que se obtiene

cuando se estudia material autópsico. Para Weaver ⁽¹⁶⁾ un 0,2 % de la patología apendicular, le pertenecería; Woodruff y McDougal ⁽¹⁷⁾ encuentran en 43.000 casos de la Mayo, 0,3 % de mucocelos (146 casos) y Probsteyn y Lassar ⁽¹²⁾ estiman en 500 el número de mucocelos publicados hasta 1947, 39 de los cuales con mixoglobulosis.

En nuestro país algunos casos han sido publicados ^(3, 4, 14); conocemos además observaciones aún inéditas de varios cirujanos.

Puede vérselo a cualquier *edad*, preferentemente entre 40 y 60 años. En cuanto al *sexo*, la mayoría de los autores encuentran un predominio en las mujeres.

El término mucocelo señala esencialmente un hecho anatómo-patológico. No se inclina en ningún sentido dentro de la patología apendicular, ni en el sentido inflamatorio ni en el tumoral.

Phemister ⁽¹¹⁾ señalaba en 1915 que se trata de un proceso debido a la involución normal del apéndice y a la inflamación, comunmente asociada. Se acepta en general que para que el mucocelo ocurra debe existir un punto o zona de obliteración u obstrucción de la luz apendicular, siendo el factor más importante en la génesis de esa obliteración, una inflamación reciente, que ha regresado, o antigua. Otros factores pueden, aunque con mucha menor frecuencia, ser los responsables: torsión, adherencias, proceso tumoral generalmente maligno, a veces benigno (un pólipo), divertículos (que conducirían según algunos autores frecuentemente al pseudo mixoma). En varios casos ⁽⁸⁾ el mucocelo se habría desarrollado consecutivamente al simple drenaje de un absceso apendicular, después que la región ha llegado a ser estéril como resultado de una reacción de los tejidos ayudada por el drenaje; el proceso cicatrizal comprime en uno o más puntos la luz apendicular en la que se conserva por debajo de una zona de constricción, una parte del revestimiento epitelial que continúa segregando mucus, una vez que la inflamación ha regresado. La consecuencia es un bolsillo quístico relleno de material mucoide, es decir un mucocelo.

La obstrucción completa o permanente no parece condición necesaria, siendo en cambio el carácter y la intensidad de la

infección lo que condicionaría el que un mucocoele relativamente estéril se forme como consecuencia de una obstrucción parcial o total o por el contrario, un apéndice fuertemente infectado, que evoluciona a la gangrena. Las distintas etapas conducentes al mucocoele podrían de acuerdo con esto último, esquematizarse



FIG. 1

así: obstrucción, ausencia de grave infección, secreción más rápida que la absorción, distensión. El aumento progresivo de la presión intraluminal determina protrusiones herniarias de la mucosa que se proyectan a través de la capa muscular formando divertículos, propensos a romperse y a originar unseudomi-

xoma. Una infección leve persistente podría estimular la secreción mucosa de las células sin conducir a nuevos ataques de apendicitis aguda y el apéndice, distendiéndose progresivamente, alcanzar un tamaño a veces enorme.

Waugh y Findley (15) distinguen dos tipos: *el hidrops*, acumulación simple de líquido viscoso que distiende la luz de un apéndice cuya pared adelgazada presenta una mucosa chata y



FIG. 2

atrófica y *el mucocoele*, acumulación de gran cantidad de líquido viscoso en un apéndice de pared espesada, muy vascular, con mucosa en hiperplasia, presentando por zonas elevaciones papilares de tipo adenomatoso, vale decir, impresionando como una superficie activamente secretante. Es imposible afirmar la influencia que ha tenido la obstrucción en el desarrollo de esta última lesión que traduce una actividad celular mucho mayor que la primera. La alteración epitelial en el sentido de una se-

creción excesiva de mucus precedería en esos casos a la distensión y ese estado adenomatoso papilar puede ser considerado como precanceroso; no llevaría con frecuencia al cáncer, hecho que ha pasado sin embargo en el caso que presentan.

Woodruff y Mc Donald ⁽¹⁷⁾ hacen en los mucocelos apendiculares una distinción esencial en base a 146 casos; por un lado, los que contienen *adenocarcinoma grado 1*, que serían los responsables del pseudo mixoma de origen apendicular (10 casos); en un segundo grupo los *simples mucocelos*, dilataciones quísticas del apéndice asociadas a una producción de mucus en exceso. Resultan así separados dos grupos definidos: uno relativamente inocuo, consecuencia de una estrictura de la luz, causada habitualmente por un proceso inflamatorio del que, en todos los casos, se encontró la evidencia anatomo-patológica y los antecedentes clínicos correspondientes. El órgano se distiende, las paredes se hialinizan; un quiste conteniendo un material gelatinoso relativamente inerte y que puede romperse en cualquier momento es el resultado. En el otro grupo la pared presenta formaciones papilares con aspecto histológico de adenocarcinoma grado 1 que sería el resultado de cambios malignos que suceden en algún sitio en el ciclo patogénico de un simple mucocelo.

Delarue ⁽¹⁰⁾ en 1942 sustituye la teoría mecánica generalmente admitida, por una teoría nerviosa: una hipercrinia intensa de las glándulas a mucus y una distensión extrema, convergiendo bajo el influjo de una misma acción fisiológica exagerada —la excitación intensa de los filetes nerviosos secretorios que al mismo tiempo tienen una acción antagonista de los constrictores musculares— podría explicar la acumulación de mucus en un apéndice distendido.

El *tamaño* de los mucocelos varía en proporciones amplias dada la posibilidad de gran distensión: los tumorales son habitualmente de moderado desarrollo en tanto que los de grandes dimensiones responden al hidrops o simple mucocelo, tomando aspecto francamente quístico, con pared uniformemente lisa. La *forma* depende generalmente del sitio de la estrictura con relación a la base del apéndice y la *topografía* es la del apéndice

pudiéndose encontrar en todos los sitios en que este puede hallarse.

La *pared* tiene aspecto variable en razón de su diferente estructura; inicialmente hay hipertrofia de la muscular, infiltración por células redondas de la subcumosa e hiperplasia de la mucosa traduciendo gran actividad secretoria. Ulteriormente, el aumento progresivo de la distensión con acúmulo creciente de secreción trae la atrofia gradual de la mucosa y el adelgazamiento de la pared con producción de divertículos de la mucosa en los bordes mesentérico o antimesentérico. El distinto aspecto y la diferente estructura de la pared llevan a Woodruff y McDonald a admitir al lado del simple mucocoele, más frecuente, un tipo que contiene un adenocarcinoma grado 1 en su pared, verdadero tumor maligno que puede llevar al pseudo mixoma de origen apendicular.

El *contenido* tiene aspecto variable que depende de la etapa evolutiva, el grado de espesamiento y la proporción de la reacción celular. Su naturaleza es discutida: mucina, pseudomucina, sustancia coloide, aun cuando se ha sugerido abandonar el término pseudomucina ya que verosíblemente una serie de componentes químicos existen en la sustancia conocida como mucina. Algunos mucocoeles contienen cuerpos globoides de 2 a 3 mms. de diámetro, compuestos de material mucoide, formando racimos parecidos a huevos de rana, incluyendo en su interior células epiteliales, restos celulares y cristales de colesterol. Es lo que Von Hanseman llamó en 1914, *mixoglobulosis*.

La *luz* está obstruida en las vecindades de la base por una estrictura de tipo habitualmente inflamatorio. Ese cierre no es absolutamente constante quizás porque en algún caso la presión intra-apendicular del mucus acumulado forzó el pasaje al ciego. En la mayoría de los casos publicados, era neto en el nuestro, se señala la indemnidad de la *base* del apéndice cuya irrigación depende de una arteriola proveniente de la cecal posterior en tanto que el proceso toma habitualmente cuerpo y punta, vascularizados por la apendicular. A lo que cabe añadir el hecho señalado por Lasnier en el sentido de la difusión de la carga mucosa que se extiende a todos los elementos epiteliales y conjuntivos del territorio considerado. De ahí que se haya insinuado (³)

la posible influencia del factor vascular al que se había referido Van Alstine, aunque con otro punto de mira, al hacer desempeñar papel patogénico a los restos embrionarios que pueden haber quedado en el apéndice y a su pobre vascularización. La ausencia de gérmenes en la luz es considerada como condición necesaria aunque un grado bajo de inflamación residual puede estimular la secreción mucosa tal cual lo evidencia la experimentación mostrando el valor de la obstrucción de una luz apendicular relativamente limpia pero no necesariamente bacteriológicamente estéril (7)

El mucocoele apendicular ha sido excepcionalmente diagnosticado antes de la operación (Varela Fuentes y col., consideran que su caso publicado en 1939 es el primero diagnosticado antes de la intervención en base al estudio clínico-radiológico).

El *cuadro clínico* es generalmente vago e impreciso: dolores abdominales en el cuadrante inferior derecho del abdomen, no siempre bien localizados ni bien definidos, con o sin náuseas, vómitos y constipación; sin contractura, fiebre, ni leucocitosis a menos que el proceso se acompañe de una reacción inflamatoria franca. Habitualmente falta el dolor inicial epigástrico o paraumbilical de la apendicitis pero, hecho a destacar, el *mucocoele se palpa a menudo*, como una tumefacción alargada, poco sensible o totalmente indolora a la presión, fija o movilizable en grado variable. El "hidrops intermitente del apéndice" parece haber sido de observación excepcional. Para Ch. Mayo (8) debe pensarse en mucocoele cuando hay dolor vago en el bajo vientre y una masa palpable en el cuadrante inferior derecho, especialmente en el hombre. Además pueden verse dos situaciones extremas: o la tumefacción es descubierta a la palpación en el curso de un examen del abdomen por malestares vagos o el enfermo presenta el cuadro de una apendicitis aguda y es en la intervención que el mucocoele se reconoce.

Los *antecedentes* pueden faltar —en un 50 % de los casos— y cuando están presentes, ser netos —catalogados como ataques de apendicitis aguda— o vagos, como trastornos dispépticos no etiquetados o puestos a cuenta de una apendicitis crónica, un

sufrimiento vesicular o en la mujer frecuentemente, de una afección anexial. Puede la historia clínica iniciarse con el cuadro de una complicación: *seudomixoma peritoneal* u *obstrucción intestinal* (compresión del mucocoele adherido a segmentos intestinales vecinos o provocando una invaginación).

El estudio radiológico puede ser de real utilidad y asociado a los datos clínicos permitió el diagnóstico pre-operatorio en el caso de Varela Fuentes (¹⁴), siguiendo los caracteres señalados por Akerlund (¹): la formación tumoral, en una placa de la región obtenida sin preparación especial, se destaca por su densidad, de las partes vecinas, teniendo forma de pera o riñón, con contornos bien definidos. Es muy importante reconocer un doble contorno en el borde externo del tumor —la línea interna es más opaca que la externa— como si correspondiese a un borde calcificado (hay allí, en efecto, concreciones calcáreas que se traducen por manchas más o menos acentuadas, de calcificación). Colocado en las proximidades del ciego, al que puede rechazar y comprimir lo mismo que al ascendente, sin modificar el tránsito intestinal (estudio baritado, ingestión, o por enema) el tumor puede disociar especialmente por su polo inferior, las últimas asas ileales. La pared cólica puede estar comprimida —hecho al parecer frecuente— mostrándose una imagen dentada idéntica a la que produce un proceso inflamatorio yuxta-cólico.

Si la obstrucción de la luz apendicular es incompleta o hecho excepcional, la luz se ha reabierto —es ya, no un mucocoele sino un apéndice degenerado en cuyo interior el bario puede penetrar— el examen radiológico visualizándolo, favorece el reconocimiento de la afección.

En nuestro caso la tumefacción transparente a los rayos desplaza al ceco-ascendente hacia adentro y deja en su borde externo una ligera impresión, como lo hace cualquier proceso yuxta cólico. El tumor es absolutamente transparente, lo que hace pensar, comparando con otros documentos radiográficos publicados que el depósito calcáreo traduzca una etapa evolutiva del proceso y corresponda a un período tardío de la enfermedad. En algunos casos como el nuestro, la tumefacción no se ve en la placa, acusándose sólo el desplazamiento del colon y, no siempre, la impresión que deja la compresión de la misma, sobre la pared

visceral, mientras que en otros se ve un contorno tenue, sin huellas de infiltración cálcica. El resto de la pared intestinal es normal y las radiografías del aparato urinario muestran que no hay ninguna relación entre él y la tumefacción.

El mucocoele apendicular puede dar origen a *complicaciones* diversas: 1) *obstrucción intestinal*, sea provocando una invaginación o determinando una compresión; 2) *vólvulo*; 3) suceder en un *saco herniario*; 4) *ruptura de vasos*; 5) *gangrena*; 6) *divertículos*, hecho muy común; 7) *cáncer* asociado del apéndice y 8) *seudomixoma peritoneal*, la complicación más frecuente.

Sale de los límites de esta comunicación el estudio del pseudomixoma. Digamos sin embargo, conceptuándolo de real interés, que se han señalado casos asociados a mucocoele apendicular y cistoadenoma ovárico, pudiendo estar rotos uno o los dos. Si el origen ovárico es generalmente admitido como el más frecuente, se ha afirmado que el mucocoele puede ser la causa más común — a menudo pasado por alto — y que en mujeres con pseudomixoma, si apéndice y ovario no son extirpados, las recidivas son más rápidas. Chaffee y Legrand ⁽²⁾ establecen un cuadro diferencial para el pseudomixoma, según el origen apendicular u ovárico, considerando a este último de pronóstico peor por ser más frecuentemente maligna la naturaleza de lo implantado. Rosenfeld ⁽¹³⁾, recordando la teoría de Koener, según la cual el pseudomixoma en la mujer no es el resultado de un cistoadenoma primitivo del ovario sino secundario a la rotura de un mucocoele, piensa que se debe extirpar siempre el apéndice cuando se encuentra un cistoadenoma o cistocarcinoma ovárico con implantación peritoneal. La prolongación de la vida es mayor cuando ambas posibles fuentes de extensión de las masas quísticas son extirpadas que cuando lo es sólo el ovario. Moulonguet ⁽¹⁰⁾ llega a pensar que esa asociación puede ser la regla y cree, para explicarla, que el organismo reabsorbiendo enormes cantidades de mucina a nivel del peritoneo, pone en actividad, para desembarazarse de este glicoproteído que parece difícilmente clivable, todos los aparatos glandulares susceptibles de evacuarlo. Las glándulas, funcionando como emunctorios, por una verdadera excitación

química y no nerviosa como piensa Delarue, explicarían la frecuencia, quizás constancia, del mucocèle en los seudomixomas.

Dos tipos de seudomixoma secundario a un mucocèle se admiten por la mayoría: uno benigno que resulta del depósito pasivo del contenido mucoso apendicular, que puede reabsorberse después de apendicectomía y que significa una reacción inflamatoria del peritoneo con formaciones granulomatosas y reacción hiperplásica del sistema histiocitario; es posible reproducirle en el conejo mediante la ligadura de la base del apéndice. El segundo tipo resulta de un injerto de células de la mucosa apendicular en el peritoneo con proliferación activa y continuada del epitelio y secreción mucosa, pudiéndose agregar secundariamente una reacción inflamatoria del conectivo circundante que a su vez sufre a veces una transformación mixomatosa. El injerto celular peritoneal sigue segregando mucus aun después de la apendicectomía y su pronóstico es malo, especialmente si estos injertos son múltiples.

El mucocèle es generalmente de fácil *reproducción experimental* utilizando el conejo como animal de laboratorio, considerando que es el que posee un apéndice más parecido morfológica y fisiológicamente, al humano. La ligadura en la base, de un apéndice previamente lavado con suero fisiológico, ligadura apretada y cuidando de no incluir los vasos, es suficiente habitualmente para producirlo. En el laboratorio de nuestra Cátedra de Patología Quirúrgica se le ha podido reproducir fácilmente y provocar en algunos animales, un seudomixoma peritoneal. En una proxima comunicacion a esta Sociedad, traeremos los resultados de esas experiencias y la documentación correspondiente.

El *tratamiento* del mucocèle apendicular consiste en la apendicectomía completada por una cuidadosa revisión del abdomen (especialmente fosa ilíaca derecha y pelvis) en cuanto se refiere a posibles depósitos peritoneales. Si estos no existen el pronóstico es bueno y la evolución sin accidentes cercanos ni alejados, es lo habitual. La ectomía es generalmente fácil y la conservación de la integridad de la base señalada en muchas observaciones como la nuestra, favorece las maniobras.

Se ha llamado la atención ⁽²⁾ sobre la ruptura espontánea del muñón apendicular, que se explicaría porque durante la formación del mucocoele y a consecuencia del aumento de tensión intra apendicular y de la distensión parietal, una porción de la pared cecal vecina a la implantación del apéndice puede proyectarse en forma de cono hacia afuera, integrando así la base apendicular, pudiendo ser ligada y seccionada al practicar la ectomía. Después de ésta, el ciego evaginado tiende a volver a su situación anterior, lo cual compromete las suturas y en consecuencia la integridad del cierre quirúrgico. Si se añade la hipertonía cecal frecuente y las modificaciones en el color del ciego, se justifica a juicio de Chaffee y Legrand ⁽²⁾ la operación propuesta por Jones y Carmody en el mucocoele: sacar la porción más baja del ciego con el apéndice, entre clamps de Payr, de modo de mantener el abocamiento ileal normal.

Si hay depósitos peritoneales — a menos de estar localizados a la serosa apendicular, en cuyo caso la apendicectomía puede curar al paciente — la situación es más seria ya que en la práctica, es imposible extirparlos totalmente por medios quirúrgicos, dado su multiplicidad y límites indefinidos. Los casos pueden agruparse en dos categorías: en una de ellas las lesiones peritoneales desaparecen en cierto tiempo después de la ectomía, sea como algunos lo piensan por desarrollo de una reacción de inmunidad, sea porque respondiendo a un simple depósito del contenido mucoso apendicular, la supresión de la fuente productora hace posible la reabsorción ulterior. La segunda categoría corresponde a los casos en los que, a pesar de la apendicectomía y de la extirpación de la mayor parte del material gelatinoso, el proceso sigue evolucionando y toma a menudo un carácter maligno, sea por trasplante celular de elementos apendiculares — siempre malignos para Woodruff y Mc Donald — sea porque el contenido apendicular derramado estimule las células del peritoneo. Se aconseja irradiación post-operatoria aun cuando no puede afirmarse con certeza su eficacia en todos los casos.

Finalmente cabe señalar las ventajas que tendría para muchos autores el examen sistemático del apéndice en caso deseudomixoma y su extirpación, aun cuando se encuentre una lesión

ovárica que pueda ser juzgada responsable (cistoadenoma mucinoso o cistoadenocarcinoma).

BIBLIOGRAFÍA

1. AKERLUND, A. — Acta radiológica. 17: 594 - 601. 1936.
2. CHAFFEE, J. S. y LEGRAND, R. H. — Pseudomyxoma Peritonei in a man. — Arch. of Surg. 45: 55 - 73. 1942.
3. CHIFFLET, A. y SCANDROGLIO, J. J. — Un caso de mucocèle apendicular. — An. Fac. Med. Montevideo: 23: 669 - 676. 1938.
4. ETCHEGORRY, F. — Mucocèle apendicular benigno. — Bol. S. Cir. de Montevideo. 9: 100 - 118. 1938.
5. FÉRÉ, M. — Mucocèle de l'app. ileo-cecal. — Progrès Medical. 5: 73 - 74. 1876.
6. FRAENKEL, E. — Muenchen Med. Wchuschr. 48: 965 - 970. 1901.
7. GRODINSKY, M. y RUBNITZ, A. S. — Mucocèle of the Appendix and Pseudo-myxoma Peritonei. — Surg. Gynec. Obst. 73: 345 - 354. 1941.
8. MASSON, J. C. y HAMRICK, R. A. — Pseudomixoma Peritonei Originating From Mucocèle of the Appendix. Surg. Gynec. Obst. 50: 1023 - 1029. 1930.
9. MAYO, C. y FAUSTER, J. — Mucocèle of Appendix with Case Report. — Minnesota Med. 15: 254 - 256. 1932.
10. MOULONGUET, P. — Epanchement gelatineux du peritoine. Coexistence du kyste mucoïde de l'ovaire et de mucocèle append. Mem. Acad. Chir. Paris. 68: 244 - 246. 1942.
11. PHEMISTER, D. B. — J. Am. Med. Ass. 64: 1834 - 1836. 1915.
12. PROBSTEIN, J. J. y LASSAR, G. N. — Mucocèle del apéndice con mixoglobulosis. — An. Cirugía 7: 171 - 176. 1948.
13. ROSENFELD, E. D. — Peritoneal Pseudomyxoma. A Report of Four Unusual Cases. — Arch. of Pathol. 48: 255 - 273. 1949.
14. VARELA FUENTES, B. y VIANA, C.; ROLDÁN, A. y BUÑO, W. — El diagnóstico clínico radiológico del mucocèle apendicular. Patología Digestiva de Varela Fuentes y García Capurro. — 2ª ed. pp. 237 - 257. 1943. Espasa Calpe, B. Aires.
15. WAUGH, E. R. y FINDLEY, D. — Mucocèle with Peritoneal Transplantation in Adenocarcinoma of the App. Am. J. Surg. 37: 518 - 525. 1937.
16. WEAVER, C. H. — Mucocèle of App. with Pseudomucinous Degeneration. — Am. J. Surg. 36: 523 - 526. 1937.
17. WOODRUFF, R. y MC DONALD, J. R. — Benign and Malignant Cystic Tumors of the App. — Surg. Gynec. Obst. 71: 750 - 755. 1940.

Dr. Anavitarte. — Quería simplemente relatar un caso de mucocèle apendicular que tuve en colaboración con el doctor Andreón, hace ya algunos años.

Era un enfermo de más de 50 años, alrededor de 55 años, que me consultó por una hemorragia intestinal y un tumor de fosa iliaca derecha. Venía con una anemia marcada de alrededor de tres millones, una melena microscópica, a veces macroscópica, y un tumor fijo a la fosa iliaca derecha.

Simulaba a la perfección, del punto de vista radiológico, un cáncer del ciego y con ese diagnóstico fué intervenido por el doctor Andreón; la pieza creo que fué estudiada por el doctor Rubén Ardao.

Era un mucocèle simple retro mesentérico y curó perfectamente; he visto al enfermo hace poco tiempo, lleva más de cinco años de operado y está perfectamente bien.

Dr. Karlen. — Tuve oportunidad de observar tres casos de mucocèle apendicular.

El primero, de la clínica del profesor Del Campo, presentaba una invasión masiva del apéndice y del meso-apéndice, de tal modo que resultó dificultoso practicar la ligadura de este último, porque las ligaduras cortaban los tejidos.

Prácticamente ofrecían apoyo al hilo sólo los vasos en el meso-apéndice.

La evolución post-operatoria fué buena.

El segundo caso, que creo conoce el doctor Piquinela, porque lo hemos comentado antes, también fué de la Clínica del profesor Del Campo. Un hombre de mediana edad hizo un cuadro agudo de fosa iliaca derecha; lo operé con diagnóstico de apendicitis aguda y me encontré con un apéndice en degeneración mixomatosa. La lesión invadía por continuidad el fondo del ciego.

La ligadura de la base apendicular carecía en absoluto de seguridad, desde el punto de vista del hermetismo, dada la friabilidad de los tejidos, por lo cual después de practicada la ligadura del meso apéndice, se hizo una doble jareta invaginante hasta hacer la segunda sobre tejidos sanos. Frente al muñón se deja un tubo de drenaje.

La cicatrización se hizo en forma correcta. Seguimos vigilando el enfermo, durante dos casos; lo hemos visto por última vez el año pasado y el enfermo seguía perfectamente bien.

El tercer caso es realmente extraordinario. Se trataba de un anciano de 75 años de edad, que hizo un cuadro agudo de hemi-ventre derecho, tan intenso en la fosa iliaca derecha como también en la zona vesicular. Una vesícula tensa y dolorosa orientó el diagnóstico en el sentido de una colecistitis aguda obstructiva.

Efectivamente, la operación reveló una colecistitis obstructiva, por cálculo enclavado en el cuello de la vesícula. Al practicarle la exploración de su fosa iliaca derecha, presentaba un mucocèle apendicular su-

mamente tenso simultáneamente con la colecistitis. Apendicectomía. Hasta ahora es en nuestra experiencia personal, el primer caso de coincidencia de dos afecciones agudas, que evolucionan simultáneamente.

Dr. Piquinela. — Le agradezco al doctor Anavitarte y al doctor Karlen su contribución a este tema. Al doctor Karlen le diré que el segundo caso que él cita entra dentro de lo que se ha descrito como una de las zonas de difusión del mucus, cuando empieza a salir del mucocoele propiamente dicho y la infiltración del meso apéndice puede ser uno de los elementos de dificultad técnica para la exéresis del mucocoele.

Todavía más interesante aún me resulta el enfermo con lesión en la base del apéndice, que hizo difícil el cierre.

Uno de los trabajos mejores que se han publicado sobre mucocoele, hace referencia a un caso —está citado aquí en el trabajo y en la bibliografía— en donde, a pesar de tener relativa seguridad en el cierre, los autores se vieron obligados a reintervenir al enfermo por perforación del muñón, que lo atribuyen, ustedes han visto, a la idea de que en el momento de producirse el mucocoele, una parte de la pared cecal se evagina; la ligadura se hace en consecuencia en el mismo ciego; en base a ello defienden la resección cecal para evitar la posibilidad de ulterior perforación.