

MUCOCELE APENDICULAR (*)

Dr. José Pedro Otero

El caso que presento es un enfermo operado de urgencia hace 50 días con diagnóstico de apendicitis aguda. Al hacer el Mac Burney nos encontramos con una formación tumoral quística situada en el F.I.D. que no podíamos interpretar exactamente con esta incisión. No podíamos saber a qué correspondía su ubicación, su topografía y su relación. Tuvimos que hacer una incisión mediana para darnos cuenta bien de la situación. Entonces comprobamos que se trataba de un tumor quístico, alargado, del tamaño de una berenjena por lo menos, que estaba situado debajo del ciego y que tenía adherencias con las ansas delgadas. Liberando progresivamente las adherencias llegó un momento cuando pediculizamos el tumor que tenía una implantación en la base del ciego. Es decir que era un tumor apendicular, insertado en el ciego, de consistencia quística y desde el primer momento nos había hecho pensar en mucocèle apendicular en el curso de un empuje agudo. Entonces teníamos que reseca la raíz de implantación en el ciego, implantación que era demasiado ancha para permitir una ligadura simple y que obligaba a una sutura del ciego en el curso de un empuje agudo, con paredes inflamadas. Resolvimos entonces fijar el ciego a la pared y hacer una cecostomía. Le pusimos por lo tanto una sonda gruesa de Pezzer con el ciego fijado a la herida. Ese fue el primer tiempo de la intervención.

El segundo tiempo de la intervención, un mes más tarde, lo hicimos con el propósito de cerrar el ano cecal. Pero al llegar a la zona de la antigua implantación nos dimos cuenta que estaba demasiado cerca del delgado y que era muy peligroso cerrar la brecha porque comprometía posiblemente la luz del delgado en su terminación. Por lo tanto nos vimos obligados a hacer una hemicolectomía derecha que el enfermo soportó perfectamente bien. Entre la primera y la segunda intervención pasaron 30 días, y después de la primera intervención estuvo internado 15 días más o menos. Hace un mes de la segunda intervención, y ustedes ven que las heridas están cerradas; la mediana cerró completamente desde el principio por primera. La segunda incisión es la prolongación hacia el reborde de la incisión de Mac Burney primitiva, prolongación que se hizo seccionando completamente todos los planos musculares y que dio una luz muy satisfactoria.

Este caso lo presento por lo siguiente: se podría plantear que nosotros deberíamos haber hecho desde el primer momento el cierre de la brecha del ciego. Pero nos pareció a nosotros que en curso de un empuje agudo inflamatorio era peligroso realizar esta sutura, por lo cual nos pareció más prudente adoptar esta conducta que nos dio absoluta seguridad y tranquilidad. La intención era cerrar el ano en la segunda intervención, pero nos vimos obligados a la colectomía por ser imposible de acuerdo con las lesiones, hacer otra cosa.

(*) Trabajo presentado en la $\frac{1}{2}$ hora previa en la Sociedad de Cirugía el día 25 de julio de 1962.