Código do Trabalho
3471

20º CONGRESSO DE CIRURGIA RIO DE JANEIRO
17 a 19/09/2020 | EVENTO VIRTUAL
O cirurgião geral de hoje

NEOPLASIA MUCINOSA DO APÊNDICE CECAL: UM RELATO DE CASO

HGIS Hospital Geral de Itapecerica da Serra
seconci SP OSS Serviço Social da Construção

Camila Tamassia Marcato[1], Guilherme Kened Souza Amorim[1], Juliana Oliveira de Miranda[3], Maria Fernanda Brum Ribeiro[2], Phillip Andrade Cerqueira[3], Thais Ayumi Nagano[2], Vanessa Cristina Cação[2], Yasmin Sales Medeiros[1]

1. Médico Cirurgião Geral do Hospital Geral de Itapecerica da Serra
2. Médico Residente do segundo ano do programa de residência médica em Cirurgia Geral do Hospital Geral de Itapecerica da Serra
3. Médico Residente do primeiro ano do programa de residência médica em Cirurgia Geral do Hospital Geral de Itapecerica da Serra

Introdução

A neoplasia mucinosa do apêndice compreende 0,2-0,7% de todas as patologias do apêndice [1] e 0,5% de todas as neoplasias intestinais [2] . O quadro clínico é similar ao da apendicite aguda, sendo o diagnóstico muitas vezes realizado acidentalmente na análise da peça cirúrgica. As neoplasias do apêndice são classificadas histologicamente em adenocarcinoma tipo-colônico, adenocarcinoma mucinoso (AM), adenocarcinoma de células caliciformes e carcinoma neuroendócrino. O AM, acomete ambos sexos, geralmente por volta dos 60 anos e é dividido em baixo (BG) e alto grau (AG) de displasia [3] .

Relato de Caso

Masculino, 66 anos, com quadro de dor abdominal difusa, sem irritação peritoneal, associada à êmese e diarreia há quatro dias. Laboratoriais apresentavam leucocitose com desvio a esquerda e elevação da proteína C reativa, além de Tomografia Computadorizada evidenciando coleção líquida com paredes espessadas e focos gasosos de permeio em fossa ilíaca direita (FID) de 11x4,7cm, sem visualização do apêndice cecal e distensão colônica com níveis hidroaéreos, sem fator obstrutivo.

Indicada laparotomia exploradora, com grande quantidade de secreção purulenta em toda cavidade abdominal, bloqueio de alças em FID, apêndice edemaciado, com pontos de perfuração e saída de secreção mucoide clara. Artéria apendicular obliterada e base viável.

Realizada apendicectomia com invaginação do coto à Oschner, lavagem exaustiva de cavidade e drenagem de cavidade. Iniciada nutrição parenteral em primeiro pós-operatório (PO), por programação de jejum prolongado, duração de sete dias.

Introdução de dieta de prova no terceiro PO, com progressão lenta, até aceitação de dieta geral no sexto PO. Apresentou retorno de hábito intestinal no quarto PO, dreno tubolaminar mantendo secreção serohemática, sendo retirado no sexto PO e alta hospitalar no oitavo PO.

Resultado anatomopatológico descreve apêndice cecal de 8x4,5cm com AM de BG, ausência de invasão e margens cirúrgicas livres, estadiamento pTis Nx Mx.

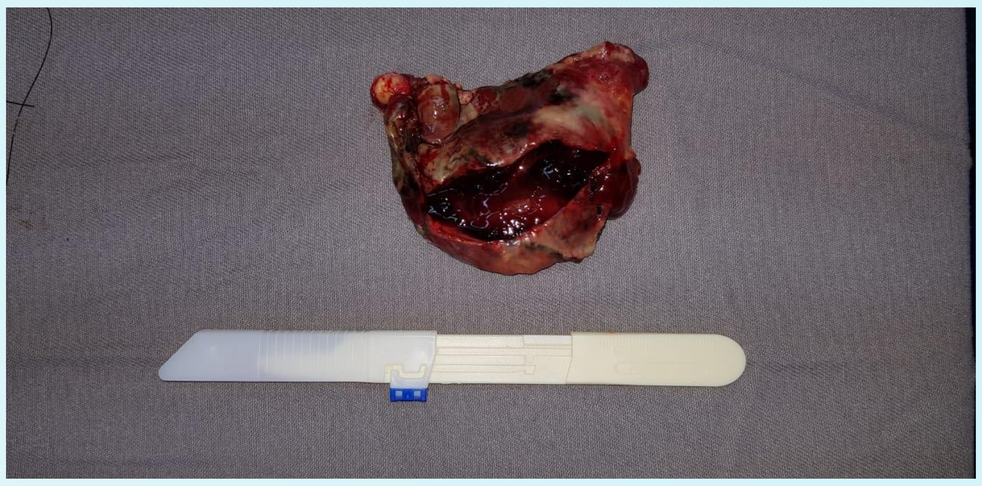

Imagem I. Peça Cirúrgica Apêndice Cecal

Imagem II. Apêndice Cecal

Discussão

O AM geralmente apresenta clínica após sua ruptura, com liberação de células tumorais e mucina na cavidade, mimetizando um quadro de apendicite, podendo levar ao pseudomixoma peritoneal (PMP), tipo de metástase regional.

O BG é caracterizado por células bem diferenciadas glandulares, que, apesar de ser classificada como não invasiva, ainda pode levar ao PMP e é considerada uma patologia maligna.

O tratamento definitivo da BG sem rupturas é a apendicectomia, se houve ruptura e liberação de mucina na cavidade, deve-se inspecionar no intra-operatório para a retirada de toda a tumoração macroscópica (citoredução) e associar a quimioterapia [3] .

A taxa de sobrevida para os casos sem invasão regional é de 5 anos em 91% dos casos, se houver sinais de metástase, essa taxa declina para 41% dos casos [4] .

Concluindo, apesar de ser uma patologia rara, deve-se sempre estar atento, pois seu diagnóstico precoce e manejo adequado, pode evitar desfechos desfavoráveis.

Referências Bibliográficas

1. Kehagias I, Zygomalas A, Markopoulos G, et al (2016) Case Report Diagnosis and Treatment of Mucinous Appendiceal Neoplasm Presented as Acute Appendicitis. Case Rep Oncol Med 2016:1–6 . doi: 10.1155/2016/2161952
2. Júnior AGL, Saqueti EE, Cardoso LTQ (2000) Tumor do apêndice vermiforme. Rev Col Bras Cir 28:228–229
3. Kelly KJ (2015) Management of Appendix Cancer. Clin Colon Rectal Surg 28:247–255
4. Costa LV, Araujo MET de, Batista HMT, et al (2018) Epithelial Neoplasms of the Cecal Appendix. Amadeus Int Multidiscip J 3:75–80 . doi: 10.14295/aimj.v3i5.52

GOVERNO DE SÃO PAULO