

CISTOADENOMA MUCINOSO DE APÊNDICE CECAL

Giovana Viecili Rossi¹, Samuel Azenha Gregório², Bruna Santos Togni³, Hevila Cristina Mora Amancio de Souza⁴, Jan Pagenotto Sukorski⁵, Edmundo Vieira Prado Neto⁶, Marcela Amaro⁷.

Associação Beneficente Hospital Unimar - Marília – São Paulo - Brasil

INTRODUÇÃO

O cistoadenoma mucinoso de apêndice cecal caracteriza-se por uma dilatação da luz apendicular, acompanhada do acúmulo de material no seu interior, descrito como “mucocele”. Frequentemente, este termo torna-se ambíguo e é melhor utilizado quando referido por uma aparência de imagem, em vez de uma entidade patológica, por apresentar biologia e comportamento amplamente variáveis.

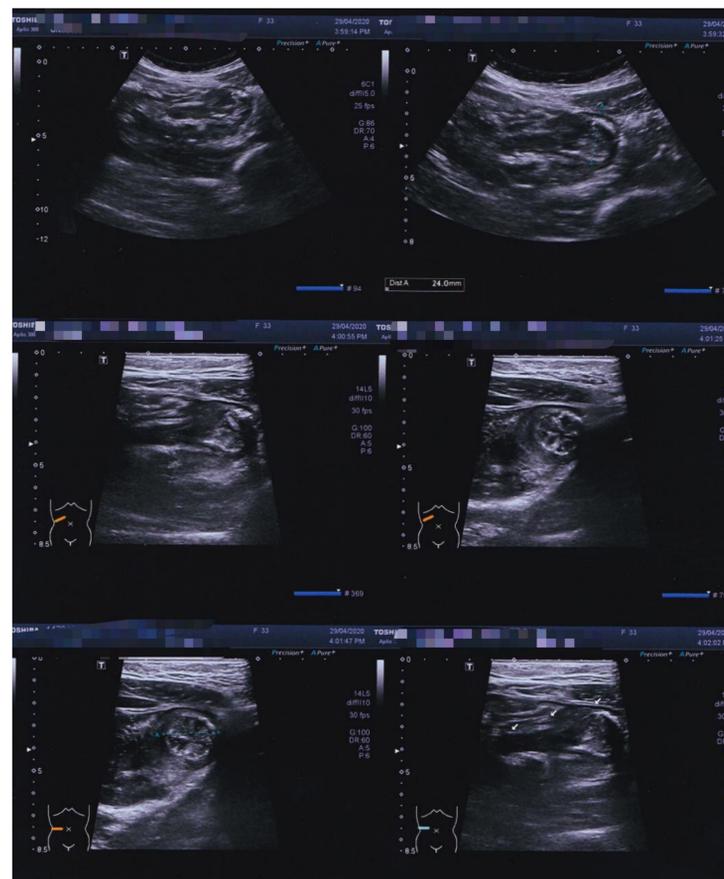
Sabe-se que, na maioria das vezes, é um achado incidental em laparotomias, devendo ser um diagnóstico sempre lembrado em pacientes com história clínica de dor abdominal e/ou massa palpável no flanco ou fossa ilíaca direita, não raro, envolvendo o diagnóstico diferencial de patologias originárias do trato urogenital, vesícula biliar, cólon direito, íleo terminal e, do próprio apêndice, como demonstrado no presente relato.

OBJETIVO

O presente estudo tem como objetivo fazer um relato de caso de uma paciente atendida no serviço de cirurgia geral de um hospital secundário do interior paulista, portadora de cistoadenoma mucinoso, submetida a abordagem laparoscópica sendo convertida posteriormente para cirurgia aberta.

RELATO DO CASO:

Paciente feminina, 33 anos, apresentando dor abdominal difusa, tipo cólica, insidiosa, iniciada há 02 dias. Relatou migração da dor para fossa ilíaca direita, além de hiporexia. Negava demais sintomas associados. Antecedentes pessoais: sem patologias/cirurgias prévias. Ao exame físico: bom estado geral, hemodinamicamente estável. Aparelho digestivo: sem cicatrizes prévias, abdome plano, flácido, ruídos hidroaéreos presentes hipoativos, normotimpânico, dor a palpação difusa, ausência de massas palpáveis, ausência de visceromegalias, ausência de sinais de peritonite, Murphy negativo, Blumberg positivo e Rovsing positivo. Apresentava: leucitose de 12.600/mm³ sem desvios. Ultrassonografia de abdome total evidenciando imagem tubular aperistáltica com sinais de espessamento inflamatório/edematoso da parede intestinal na região de flanco direito, associado a imagem do sinal dos “anéis concêntricos múltiplos”, sugerindo intussuscepção intestinal. Indicamos abordagem cirúrgica videolaparoscopia. Ao inventário de cavidade: apêndice cecal edemaciado invaginado para o ceco, com pequena quantidade de líquido livre ao redor. Após diversas tentativas de redução, sem sucesso, foi necessária conversão da cirurgia para laparotomia, sendo possível exteriorizar o apêndice do ceco, notando-se extenso espessamento des Medindo 5 cm de comprimento x 1,8 cm de diâmetro, sem sinais de ruptura. Não foi encontrada a presença de material mucinoso na cavidade abdominal. Optamos por hemicolectomia direita com anastomose primária. Encaminhamos a paciente a unidade de terapia intensiva no pós operatório imediato, apresentando evolução satisfatória e recebendo alta no 03º dia pós operatório. A peça extraída foi enviada ao anatomopatológico com resultado de: neoplasia mucinosa apendicular de baixo grau (LAMN) (Adenomatosa Papilífero Mucinoso), com margens próximas e distais livres de neoplasia. A análise citológica do líquido pleural demonstrou-se negativa para células neoplásicas. Paciente foi encaminhada ao serviço regional de oncologia para seguimento do quadro.



DISCUSSÃO

O cistoadenoma mucinoso associa-se a manifestações clínicas muito inespecíficas, sendo confirmado após o diagnóstico patológico, descoberto de forma tardia, quando susintomas obstrutivos, inflamatórios ou complicações, como a intussuscepção relatada no caso. Macroscopicamente é indistinguível do cistoadenoma. A nível histopatológico, o cistoadenocarcinoma diferencia-se pela invasão neoplásica abaixo do nível da muscular da mucosa, evidenciando células epiteliais malignas em cistos de mucina na parede apendicular ou fora do apêndice.

É um achado raro, com a sua incidência variando de 0,2-0,3% no anatomopatológico de apendicectomias.

A complicação mais temida é o pseudomixoma peritoneal que consiste na ascite mucinosa com redistribuição de implantes tumorais para cavidade abdominal, tendo sua origem nas lesões do apêndice ou ovário, apresentando etiologia espontânea ou iatrogênica.

O tratamento é cirúrgico, podendo ser laparoscópico ou convencional. O nível da ressecção cirúrgica deve ser individualizado de acordo com o local, estágio da lesão e invasão linfonodal.

A conduta apropriada é a congelação para avaliar as margens da ressecção. Nos casos de acometimentos extracecais, é indicada a citorredução associada a quimioterapia intraperitoneal para melhores resultados.

A conduta após a cirurgia também varia de acordo com a citologia, margens de ressecção e a presença de linfonodos acometidos, podendo variar desde o simples segmento ambulatorial, bem como: quimioterapia intraperitoneal, cirurgia citorreduzora e até mesmo hemicolectomia.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Cristiano Feijó et al. Cistoadenoma mucinoso do apêndice: relato de caso. *Acta Cir. Bras.*, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 251-254, Dec. 2001. Leonardo Maciel da Fonseca e Cols.
- Cistoadenoma de Apêndice – Relato de Caso e Revisão da Literatura sobre Tumores Mucinosos do Apêndice Vermiforme No 1. Vol. 28 Janeiro/Março, 2008. FONSECA LM; SASSINE GCA; LUZ MMP; SILVA RG; CONCEIÇÃO SA; LACERDA-FILHO A. Cistoadenoma de Apêndice _ Relato de Caso e Revisão da Literatura sobre Tumores Mucinosos do Apêndice Vermiforme. *Rev bras Coloproct*, 2008;28(1): 089-094.
- Kehagias I, Zygomalas A, Markopoulos G, et al. Diagnosis and treatment of mucinous appendiceal neoplasm presented as acute appendicitis. *Oncological Medicine*, 2016.
- Kelly KJ. Management of Appendix Cancer. *Clin Colon Rectal Surg*, 2015. 28: 247-55.
- Ramaswamy V. Pathology of Mucinous Appendiceal Tumors and Pseudomyxoma Peritonei. *Indian J Surg Oncol*, 2016. 7(2): 258-67.