Cistoadenoma Mucinoso de Apêndice

Mucinous cystadenoma of the appendix

Rodrigo Piltcher da Silva[1], Renato Azevedo da Silva[2], Isabele Beatris Denk[1], Junior Luza[3]

RESUMO

O presente trabalho relata o caso de paciente do sexo feminino que foi encaminhada ao médico cirurgião por apresentar dor na fossa ilíaca direita e alterações em exames radiológicos na topografia do apêndice cecal. Ela foi examinada no consultório e prontamente encaminhada para internação no Hospital Miguel Piltcher, na cidade de Pelotas/RS, onde submeteu-se à apendicectomia.

UNITERMOS: Mucocele, Cistoadenoma, Apêndice.

ABSTRACT

This paper reports the case of a female patient who was referred to a surgeon for presenting pain in the right iliac fossa and changes in radiological studies on the topography of the cecal appendix. She was examined in the office and promptly sent to Hospital Miguel Piltcher in the city of Pelotas, RS, where she was subjected to appendectomy.

KEYWORDS: *Mucocele, Cystadenoma, Appendix.*

INTRODUÇÃO

A mucocele de apêndice cecal foi primeiramente descrita em 1842, por Rokitansky, e formalmente denominada por Feren, em 1876. Em 1942, Woodruff e McDonald classificaram a mucocele em benigna e maligna (1,2). Um dos tipos de mucocele de apêndice, o cistoadenoma mucinoso do apêndice cecal, é uma neoplasia benigna caracterizada pela metaplasia focal ou difusa do epitélio superficial da mucosa, associada à dilatação do apêndice e produção de muco para a luz apendicular. Sendo uma entidade clínica rara, correlaciona-se com apenas 0,07% a 0,3% das apendicectomias realizadas (3,4,13). A cirurgia é o método terapêutico recomendado, proporcionando um excelente prognóstico (8,9,10).

HISTÓRIA E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Em dezembro de 2013, uma paciente feminina, 69 anos, natural de Pinheiro Machado/RS, começou a apresentar alternância de episódios de diarreia e constipação, sendo indicada a colonoscopia pelo médico clínico. Porém, o procedimento não foi realizado por desinteresse da paciente.

Em dezembro de 2014, procurou novamente atendimento, relatando alteração do hábito intestinal de maior intensidade acompanhada de desconforto abdominal. Nesse momento, ela aceitou realizar a colonoscopia, tomografia e ressonância, ainda solicitados pelo mesmo clínico. Posteriormente, ela apresentou aumento do número de evacuações e dor intensa em queimação, com início no hipocôndrio esquerdo e irradiação para flanco inferior direito.

A paciente é hipertensa, faz uso das medicações Atenolol, Pressat, Diosmin, Lansoprazol, Osteotrat e Prosso. Ela negou etilismo, tabagismo e perda ponderal. Realizou ooforectomia direita há aproximadamente três anos e colecistectomia há dez anos. Apresenta histórico familiar de câncer de intestino (irmão, aos 58 anos) e de câncer de tireoide (filho, aos 22 anos), além de outros relatos de cânceres não especificados em parentes de segundo grau.

[1] Graduando em Medicina pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel).
[2] Professor Universitário da Graduação e Pós-graduação da Universidade Católica de Pelotas (UCPel), Médico Cirurgião Geral do Hospital Universitário São Francisco de Paula e Diretor Clínico do Hospital Miguel Piltcher.
[3] Graduando em Medicina pela Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc).

EXAMES

Na colonoscopia realizada, observou-se pólipo séssil em ângulo hepático, o qual foi retirado e encaminhado para exame anatomopatológico, resultando em adenoma túbulo-viloso, com displasia de baixo grau. Foi realizada tomografia computadorizada de abdome total, evidenciando imagem alongada na topografia do apêndice cecal com conteúdo hipodenso, paredes parcialmente calcificadas e medindo cerca de 10,0 cm x 3,8 cm x 3,6 cm nos eixos crânio-caudal, látero-lateral e ântero-posterior, respectivamente (figuras 1-2).

A ressonância magnética também evidenciou imagem alongada, com as mesmas características, indicando conteúdo líquido em seu interior (figuras 3-4).

TERAPÊUTICA

Foi realizada apendicectomia, que identificou um apêndice com aspecto cístico e com aumento significativo de volume (Figura 5). Os achados do exame anatomopatológico foram compatíveis com cistoadenoma mucinoso de apêndice.

Houve boa evolução da paciente.

DISCUSSÃO

Cistoadenoma mucinoso de apêndice é uma lesão rara que predomina em mulheres na sexta década de vida (1,12), com apresentação de dor em flanco inferior direito e/ou desconforto abdominal, além de alteração do hábito intestinal (1, 11), como observado neste caso.

O diagnóstico pré-operatório é difícil, entretanto, essencial para evitar o desencadeamento do pseudomixoma peritoneal (8,9,10,15). Consequentemente, é um achado incidental em laparatomias realizadas por dor abdominal e alteração do hábito intestinal, podendo ser assintomático em até 25% dos casos (5,6,7).

A evolução para pseudomixoma peritoneal ocorre por rompimento da cápsula e extravasamento do conteúdo



Figura 2 – Tomografia Computadorizada com contraste evidenciando calcificação periapendicular.



Figura 1 – Tomografia Computadorizada com contraste.



Figura 3 – Ressonância Magnética.

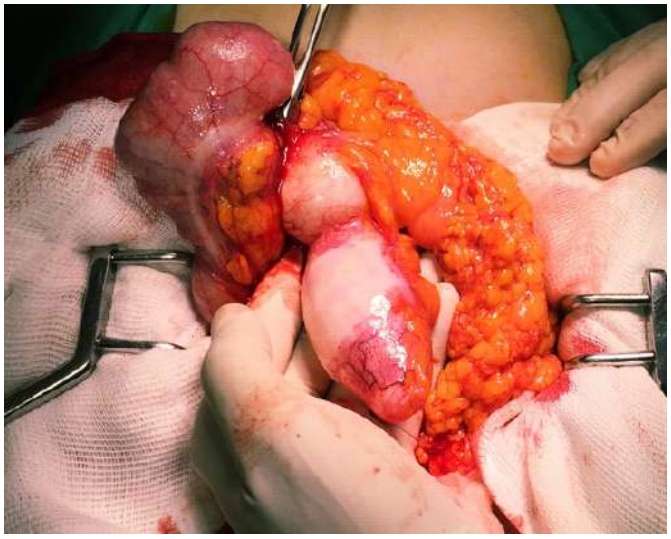


Figura 4 – Apêndice Cecal exteriorizado.

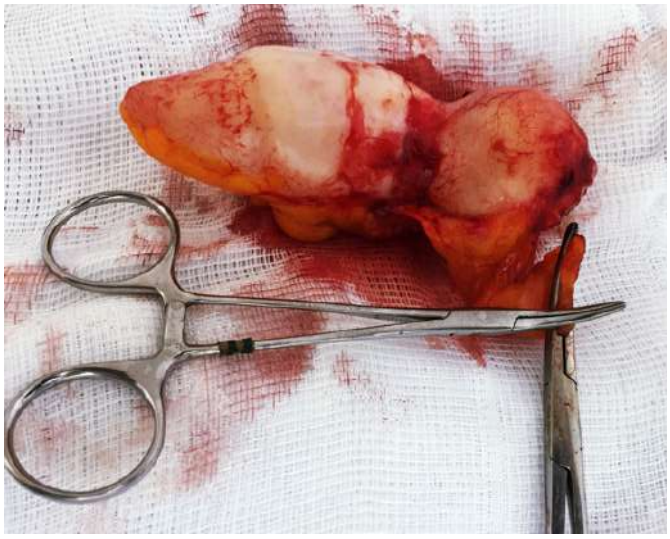


Figura 5 – Apêndice Cecal.

mucinoso ou por contiguidade, quando há malignização do cistoadenoma, denominado cistoadenocarcinoma, o qual é identificado pela invasão da muscular da mucosa (1).

Em torno de 20% da mucocele de apêndice, há associação com câncer colorretal (6), valendo-se que, neste caso, foi observado pólipo séssil túbulo-viloso, com baixo grau de displasia e único em flexura hepática.

Dentre os diagnósticos diferenciais, encontram-se o tumor carcinoide de apêndice, apendicite hiperplásica, hidrossalpingite, cisto de ovário e linfocele (14). Anteriormente, a hemicolectomia direita era o tratamento-padrão. Contudo, atualmente, considera-se a apendicectomia como aceitável para o tratamento da mucocele benigna.

A hemicolectomia direita ainda é preconizada nos casos de cistoadenocarcinoma (15), para que ocorra ressecção com área livre. Nestes casos, pode ser feita videocirurgia, porém com bastante cautela na manipulação, sendo a cirurgia aberta, ainda, a preconizada. A apendicectomia por videolaparoscopia é contraindicada devido ao alto risco de disseminação neoplásica pela manipulação direta da peça com pinças, o que aumenta a possibilidade de ruptura (1, 4, 6, 15).

COMENTÁRIOS FINAIS

Este relato ilustra adequadamente o perfil de idade, sexo e sintomatologia mais encontrados nos casos de mucocele de apêndice cecal. A patologia aqui descrita é rara e de fácil resolução se diagnosticada em tempo hábil, enquanto que a sua complicação, o pseudomixoma peritoneal, é de péssimo prognóstico.

REFERÊNCIAS

1. Haritopoulos KN, Brown DC, Lewis P, Mansour F, Eltayar AR, Labruzzo C et al. Appendiceal mucocoele: a case report and rewiew of the literature. Int Surg. 2001; 86(4):256-62.
2. Rokitansky CF. A manual of pathological anatomy, vol 2. English translation of the Viena edition (1842). Philadelphia: Blanchard & Lea, 1885:89.
3. Qizilbash AH. Mucoceles of appendix. Arch Pathol 1975;99:548-55.
4. Resende MS, Oliveira EJM, Araújo JJ, Barros DE, Mendes MBP, Carvalho FA, Lassance PMS. Cistoadenoma mucinoso de apêndice: relato de um caso. Rev Bras Colo-Proct 1990;10(1):20-3.
5. Campbell TE. Mucinous neoplasms of appendix appearing as hernias. Arch Pathol Lab Med 1981;105:57-8.
6. Mini F, Petrella M, Morganti A, Santini D, Marrano D. Giant mucocele of the appendix: report of a case. Dis Colon Rectum 2001;44:1034-1036.
7. Merran S. Tumeur muco-secrétante de láppendice (*mucocéle appeniculariè*). Presse Med 1997 26:933.
8. Aho AJ, Heinonen R, Laurén P. Benign and malignant mucocele of appendix: histological types and prognosis. Acta Chir Scand 1973;139:392-400.
9. Gibbs NM. Mucinous cystoadenoma and cystadenocarcinoma of the vermiform appendix with particular reference to mucocele and pseudomyxoma peritonei. J Clin Pathol 1973;26:413-21.
10. Jalak MT, Curbelo MO, Montilla RP, Rodriguez LF, Toledo ET, Rodriguez BS; Mucocele apendicular. Rev Cubana Cir 1987;26(3):383-92.
11. Kestering DM, Araujo PA, Andriani AC, Kruel NF, Gonçalves WM. Mucocele de apêndice e pseudomixoma peritoneal. Rev Col Bras Cir. 1997; 24(6):441-2.
12. Djuranovic SP, Spuran MM, Kovacenic NV, Ugliesic MB, Kecmanovic DM, Micev MT. Mucinous cystadenoma of the appendix associated with adenocarcinoma of the sigmoid colon and hepatocellular carcionoma of the liver: Report of a case. World Journal of Gastroenterology 2006; 12:1975-1977.
13. Wolff M, Ahmed N. Epithelial neoplasmas of the vermiform appendix (exclusive of carcinoid). Cancer 1976;37:2511-22.
14. Shukunami K, Kaneshima M, Kotsuji F. Preoperative diagnosis and radiographic findings of a freely movable mucocele of the vermiform appendix. Can Assoc Radiol J 2000;51(5):281-2.
15. Tovar JR, Teruel G, Morales V, Castiñeiras, Dehesa AS, Molina M. Mucocele of the appendix. World Journal of Surgery 2007; 31:542-548.

✉ Endereço para correspondência
Rodrigo Piltcher da Silva
Rua Orlando Brizolara Azevedo, 414
96.020-540 – Pelotas, RS – Brasil
☎ (53) 3229-2198
rodrigopiltcher@gmail.com

Recebido: 19/6/2015 – Aprovado: 6/12/2015