

ADENOCARCINOMA DE APÊNDICE: RELATO DE DOIS CASOS

APPENDICECAL CARCINOMA: REPORT OF TWO CASES

Alexandre Cruz Henriques, TCBC-SP¹
Marise Gomes, ACBC-SP²
Cláudia Aparecida Bragarollo, ACBC-SP³

INTRODUÇÃO

O adenocarcinoma de apêndice é uma doença rara e o diagnóstico pré-operatório muitas vezes não é realizado¹⁻⁵. Como é uma das etiologias da apendicite aguda, o cirurgião pode ser surpreendido com o exame anatomopatológico da peça cirúrgica. Por outro lado, pode apresentar grande agressividade loco-regional, invadindo outras estruturas como bexiga ou parede abdominal, confundindo o diagnóstico com neoplasias primárias destes sítios¹⁻³. Tendo evidenciado dois casos desta afecção que se manifestaram como grande tumor abdominal, diante da sua raridade e dificuldade para firmar o diagnóstico, julgamos oportuno relatá-los.

RELATOS DOS CASOS

Caso 1

JCS, masculino, 29 anos, com queixa de tumor abdominal no hipogástrio há 30 dias, indolor, e de crescimento rápido. O exame mostrava tumor no hipogástrio e fossa ilíaca direita, com aproximadamente 10cm no seu maior diâmetro, que se estendia da cicatriz umbilical até a sínfise púbica, de consistência endurecida, pouco móvel, limites precisos e indolor.

A tomografia computadorizada do abdome e pelve mostrou um processo expansivo no hipogástrio e fossa ilíaca direita, com invasão de pele e subcutâneo. O exame de urina revelou hematuria; a cistoscopia revelou tumor vegetante na cúpula vesical, cujo anatomopatológico foi inconclusivo. Foi realizada biópsia a céu aberto do tumor de parede abdominal e nova biópsia do tumor de bexiga por cistoscopia; o exame anatomopatológico de todos os frag-

mentos colhidos mostraram tratar-se de um adenocarcinoma do tipo entérico (colônico), moderadamente diferenciado. O enema opaco não mostrava nenhuma alteração. Por não haver nenhum sinal de disseminação, foi programada cirurgia para exérese em bloco do tumor, respeitando-se os princípios oncológicos. À laparotomia foi encontrado tumor englobando a cúpula da bexiga, ceco e parede abdominal anterior; foi realizada uma ressecção em monobloco incluindo o tumor, o hemicólon direito, a cúpula da bexiga e parte da parede abdominal anterior. A bexiga foi fechada com sutura simples, o trânsito intestinal foi reconstruído com uma íleo-transverso anastomose e foi necessária a utilização de uma tela de polipropileno para a síntese da parede abdominal. O exame macroscópico da peça cirúrgica mostrou grande tumor invadindo a cúpula vesical, parede abdominal e o ceco (Figura 1); o apêndice vermiforme estava totalmente englobado pelo tumor e não podia ser reconhecido, a mucosa do ceco era normal, porém o óstio apendicular encontrava-se alargado, por onde saía tecido neoplásico. O exame microscópico mostrou tratar-se de adenocarcinoma do tipo entérico, moderadamente diferenciado.

O paciente teve boa evolução pós-operatória sem apresentar complicações. Foi indicada quimioterapia e radioterapia complementar, porém o paciente evadiu-se do serviço médico ambulatorial no segundo mês de pós-operatório. Retornou após dois anos com quadro de hérnia incisional, sem nenhum sinal de recorrência da neoplasia.

Caso 2

DGS, masculino, 38 anos, com queixa de tumor abdominal na fossa ilíaca direita há 2 meses, doloroso e acompanhado de emagrecimento de 4 quilogramas neste período. O exame físico mostrou abdome normotenso, doloroso

-
1. Professor Assistente do Departamento de Cirurgia da FMABC
 2. Cirurgião Colaborador do Departamento de Cirurgia da FMABC
 3. Cirurgião do Serviço de Cirurgia de Urgência do Hospital de Ensino da FMABC

Recebido em 22/05/2000

Aceito para publicação em 12/06/2001

Trabalho realizado no Hospital de Ensino da Faculdade de Medicina do ABC

Serviço do Prof. Dr. Manlio Basilio Speranzini

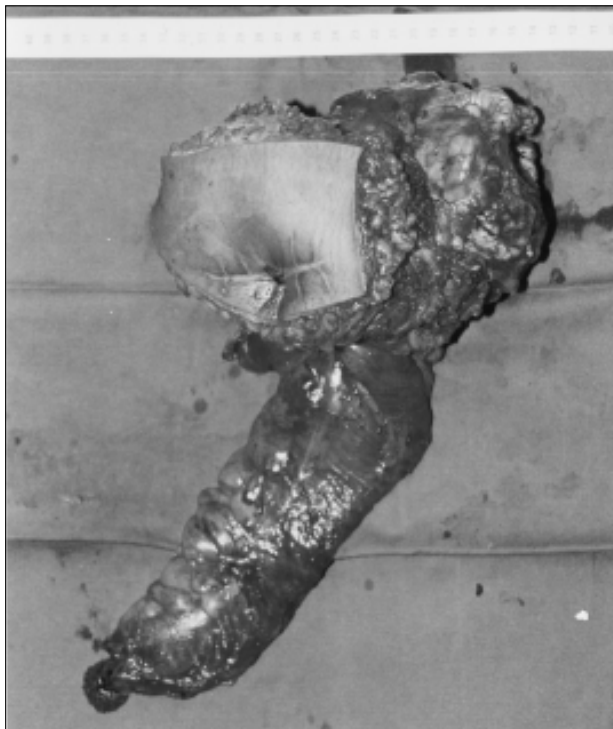


Figura 1 — Tumor envolvendo apêndice, ceco, cúpula vesical e parede abdominal anterior (Caso 1).

a palpação na fossa ilíaca direita, onde era palpado um tumor, de aproximadamente 5cm no seu maior eixo, de consistência endurecida, limites precisos e pouco móvel. O enema opaco evidenciou imagem de subtração em projeção do ceco. O paciente não apresentava nenhum sinal de disseminação e o tratamento cirúrgico foi indicado. À laparotomia foi encontrado um grande tumor no ceco. Foi realizado uma hemicolectomia direita com fleo-transverso anastomose. O exame macroscópico da peça cirúrgica mostrou grande tumor no ceco; o apêndice vermiforme estava totalmente englobado pelo tumor e não podia ser reconhecido; a mucosa do ceco tinha aspecto normal, porém o óstio do apêndice encontrava-se alargado por onde havia saída tecido neoplásico (Figura 2). O exame microscópico mostrou tratar-se de um adenocarcinoma tipo entérico, moderadamente diferenciado.

O paciente apresentou boa evolução pós-operatória, sem complicações, passou em consulta cinco meses após a cirurgia, encontrando-se assintomático e sem sinais de recorrência.

DISCUSSÃO

O adenocarcinoma do apêndice vermiforme é uma neoplasia rara¹⁻⁵. Representa cerca de 0,2% a 0,5% de todas as neoplasias gastrointestinais^{3,4}. Acomete o sexo masculino na proporção de 5:2, e incide principalmente entre a sexta e sétima décadas de vida^{2,4}.

Os tumores do apêndice são representados por três tipos histológicas distintos, o benigno (16% casos), o ma-



Figura 2 — Mucosa intestinal normal (1), alargamento do óstio apendicular com saída de tecido neoplásico (2) e válvula íleo-cecal sem alterações (3) (Caso 2).

ligno (27% casos) e o carcinóide (57% casos); este foi recentemente classificado como entidade isolada devido ao seu comportamento particular, com caráter benigno quando menor que 2 cm ou maligno quando maior que 2cm^{1,5}. Dentre os malignos o adenocarcinoma é o mais freqüente e pode ser subdividido em colônico (tipo entérico), mucinoso (cistoadenocarcinoma mucinoso) e linites plástica⁵.

Freqüentemente o adenocarcinoma de apêndice manifesta-se como uma apendicite aguda (70% casos), devido a obstrução do lúmen apendicular¹⁻⁵; outras vezes, como os dois casos relatados, a neoplasia cresce insidiosamente até atingir grandes dimensões, manifestando-se como um tumor abdominal de origem desconhecida; em alguns casos pode invadir estruturas adjacentes como a bexiga, ovários, cólon ou parede abdominal¹⁻⁵, e simular tumor primário de outro sítio (caso 1).

O diagnóstico pré-operatório do adenocarcinoma de apêndice é difícil devido a inespecificidade dos sinais e sintomas^{1,2,3}. A ultrassonografia e a tomografia computadorizada de abdome podem auxiliar, visualizando o tumor em topografia apendicular³. O enema opaco pode, em alguns casos, mostrar massa extracecal^{2,3}.

O tratamento de escolha do adenocarcinoma do apêndice é cirúrgico^{1,2,3,4,5}. Os tumores diagnosticados pelo exame anatomopatológico de uma apendicectomia devem ser submetidos a uma hemicolectomia direita num segundo tempo, independente do tamanho da lesão^{1,3}. Recente estudo retrospectivo realizado na Mayo Clinic, analisou 94 casos de adenocarcinoma de apêndice: 68% dos pacientes submetidos a hemicolectomia direita estavam vivos em cinco anos, contra apenas 20% daqueles que realizaram apendicectomia isolada. Esta significativa diferença na sobrevida justifica a atual tendência no tratamento do adenocarcinoma do apêndice¹. Nos doentes em que ocorre in-

vasão de estruturas adjacentes, está indicado a ressecção em monobloco, como no primeiro caso, no qual a hemicolectomia direita foi associada a cistectomia parcial e ressecção de parte de parede abdominal anterior^{1,3,4,5}.

A radio e quimioterapia estão indicadas como tratamento complementar, quando o tumor for localmente avançado. A sobrevida em 5 anos varia conforme o estadiamento de Dukes, A 100%, B 67%, C 50% e D 6%¹.

ABSTRACT

The authors report two cases of patients with appendix adenocarcinoma, manifested as a syndrome of abdominal tumor of unknown origin. It was not possible to perform etiological diagnosis in the preoperative period for any of them. Literature data show that large locoregional tumor is a manifestation of appendix adenocarcinoma, although acute appendicitis is the most frequent clinical manifestation. Preoperative diagnosis is rare and usually performed during laparotomy or through histopathological examination of the specimen. In large tumors, total mass resection including hemicolectomy should be carried out whenever possible. Whenever diagnosis of appendix adenocarcinoma is performed by the histopathological examination of the acute appendicitis specimen, re-intervention is indicated for a right hemicolectomy.

Key Words: Appendiceal Carcinoma, Appendix Adenocarcinoma.

REFERÊNCIAS

1. Connor SJ, Hanna GB, Frizelle FA. Appendiceal tumors: retrospective clinic pathologic analysis of appendiceal tumors from 7.970 appendectomies. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 75-80.
2. De Souza N, Atat I, Courtade A et al. Adenocarcinoma of the appendix. A propos of a case complicated by double local and parietal recurrence. *J Chir* 1996; 133: 159-61.
3. Hartley JE, Drew PJ, Qureshi A et al. Primary adenocarcinoma of the appendix. *J R Soc Med* 1996; 89: 111-3.
4. Proulx GM, Willet CG, Daley W et al. Appendiceal carcinoma: patterns of failure following surgery and implications for adjuvant therapy. *J Surg Oncol* 1997; 66: 51-3.
5. Yamada T, Murao Y, Nakamura T et al. Primary adenocarcinoma of appendix, colonic type associated with perforating peritonitis in an elderly patient. *J Gastroenterol* 1997; 32: 658-62.

Endereço para correspondência:
Dr. Alexandre Cruz Henriques
Rua Mediterrâneo, 928
Jardim do Mar – São Bernardo do Campo
São Paulo CEP: 09750-420