

ADENOCARCINOMA DO APÊNDICE CECAL - RELATO DE TRÊS CASOS

GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA, TSBCP-SP
JOSÉ HYPPÓLITO DA SILVA, TSBCP-SP

FORMIGA GJS & SILVA JH - Adenocarcinoma do apêndice cecal - Relato de três casos. *Rev bras Coloproct*, 1997; 17(4):245-247

RESUMO: Os autores apresentam três casos de adenocarcinoma do apêndice cecal. Nos dois primeiros casos, a manifestação clínica foi sob a forma tumoral e no terceiro caso ocorreu a forma de apendicite aguda. É feita uma análise sobre o tipo de apresentação clínica da doença, as dificuldades diagnósticas e as modalidades de tratamento cirúrgico.

UNITERMOS: adenocarcinoma; apêndice; apendicite aguda

O adenocarcinoma do apêndice cecal é uma afecção extremamente rara, cuja primeira descrição foi atribuída a Berger, em 1882⁽¹⁾, e, até 1995, existiam publicados somente 450 casos, sendo na grande maioria como relato de casos⁽²⁾. Sua incidência em peças de apendicectomia é de 0,01 a 0,2%⁽³⁾, e constitui 3,5% dos tumores malignos do apêndice, considerando que 63,3% das tumorações apendiculares são de caráter benigno⁽⁴⁾.

O acometimento do apêndice, em sua forma primária, pode ter como manifestação inicial uma tumoração no quadrante inferior do abdome ou um quadro de apendicite aguda. O diagnóstico dificilmente é feito no pré-operatório, mesmo com estudos exaustivos, por meio de exames complementares⁽²⁻⁵⁾.

Em relação ao tratamento, embora haja autores, como Sieracki e col.^(4,6), que propõem apendicectomia simples, é aceito, pela maioria dos autores, que a colectomia direita é a técnica de eleição no primeiro tempo cirúrgico, ou mesmo em uma segunda intervenção complementar, praticada após três ou quatro semanas da primeira operação^(2,4).

O nosso objetivo é relatar três casos de adenocarcinoma do apêndice cecal, ocorridos durante o período de 1981 a 1996, em nosso Serviço, dando ênfase à forma de apresentação clínica, ao diagnóstico e ao tratamento.

RELATOS DOS CASOS

Caso 1

CSC, 32 anos, feminina, branca, procedente de São Paulo, deu entrada no Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis-SP, em 1981, com quadro clínico inicial de tumor palpável no flanco direito.

Relatava como antecedentes pessoais o aparecimento de abscesso na região lombar direita, drenado cirurgicamente há dois anos, em outro hospital, que evoluiu com fístula cutânea de grande débito com secreção purulenta. Em seis meses de evolução, houve diminuição da secreção, entretanto, com a persistência do quadro clínico, procurou o nosso Serviço.

Ao exame físico, a paciente mostrava-se emagrecida, e, à palpação do abdome, identificou-se tumoração no flanco direito, com cerca de oito centímetros no maior eixo, aderente aos planos profundos, de consistência endurecida. Na região lombar direita, notava-se cicatriz de lombotomia. Os exames proctológico completo e ginecológico foram normais.

A colonoscopia realizada evidenciou polipose múltipla, com concentração de pólipos no cólon direito.

A urografia excretora feita foi normal.

O enema opaco mostrou falha de enchimento no ceco e múltiplos pólipos no cólon direito e porções proximal e medial do transverso.

Neoplasia do ceco e polipose múltipla foi a hipótese diagnóstica firmada.

O estadiamento peroperatório confirmou a hipótese de polipose múltipla e neoplasia do ceco, esta perfurada e fistulizada para a parede abdominal.

A conduta cirúrgica tomada foi colectomia direita ampliada, devido à fistulização e à ausência de pólipos no cólon esquerdo e porção distal do transverso.

O exame anatomopatológico da peça operatória diagnosticou cistoadenocarcinoma mucinoso do apêndice cecal, pólipos adenomatosos múltiplos e ausência de infiltração linfonodal.

O seguimento pós-operatório, realizado durante dois anos, não apresentou intercorrências clínicas.

Caso 2

JR, 62 anos, masculino, branco, procedente de São Paulo, foi internado no Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis-SP, em 1982, com história de dor em fossa ilíaca direita há 40 dias e perda de peso de oito quilos nesse período.

Ao exame clínico, o paciente encontrava-se em regular estado geral e, à palpação do abdome, observava-se massa em fossa ilíaca direita, com cerca de seis centímetros no maior eixo, aderida a planos profundos. O exame proctológico completo foi normal.

A urografia excretora mostrou elevação do assoalho vesical, sugestiva de aumento prostático.

O enema opaco evidenciou falha de enchimento no ceco, com características radiológicas de neoplasia.

A hipótese diagnóstica pré-operatória foi de neoplasia do ceco.

A avaliação peroperatória confirmou a neoplasia do ceco, com tumoração aderida à parede posterior do abdome.

O tratamento cirúrgico realizado foi colectomia direita clássica.

O exame anatomopatológico da peça operatória diagnosticou adenocarcinoma do apêndice cecal, tipo colônico, e ausência de comprometimento ganglionar.

A evolução do paciente ocorreu sem quaisquer intercorrências clínicas, durante os três primeiros anos de seguimento.

Caso 3

MBR, 49 anos, feminina, branca, procedente de São Paulo, foi admitida no Ambulatório de Especialidades Heliópolis-SP, em 1996, para seguimento da evolução de adenocarcinoma de apêndice cecal, operada em outro hospital, em situação de urgência.

Como antecedentes pessoais, informava quadro clínico de dor em fossa ilíaca direita e febre no momento do primeiro atendimento, que justificou hospitalização de urgência, sendo imediatamente submetida a laparotomia exploradora com apendicectomia, devida à apendicite aguda complicada.

No início do estadiamento oncológico a paciente encontrava-se em bom estado geral, abdome sem massas palpáveis e parede abdominal com cicatriz mediana infra-umbilical.

Os exames proctológico e ginecológico foram normais.

A avaliação por meio de exames complementares constituiu-se de:

- Hemograma - normal
- Antígeno carcinoembriogênico normal - 1,4 ng/dl
- Radiografia do tórax - normal
- Endoscopia digestiva alta - hérnia hiatal e gastrite superficial
- Colonoscopia total - normal
- Ultra-sonografia abdominal e pélvica - normal
- Tomografia computadorizada do abdome e da pelve - normal

Foi feita revisão do estudo anatomopatológico da peça operatória, que confirmou tratar-se de apendicite aguda ulcerada e adenocarcinoma mucossecretor de células em anel de sinete.

O seguimento ambulatorial com avaliação clínica trimestral, realização semestral de exames complementares e discussão clínica do caso, não justificou, até o momento, em virtude da data da primeira operação, a indicação de *second look*, para possível complementação do tratamento cirúrgico, com colectomia direita e ooforectomia bilateral.

DISCUSSÃO

O adenocarcinoma primário do apêndice cecal é uma doença de origem epitelial e de ocorrência rara, que acomete os doentes principalmente da sexta e sétima décadas da vida⁽⁷⁾. Os nossos pacientes tinham 32, 62, e 49 anos de vida, respectivamente.

Em relação ao quadro clínico, o adenocarcinoma do apêndice apresenta-se, na maioria dos casos, como forma de apendicite aguda, e, em menor frequência, como tumoração no quadrante inferior direito do abdome. O adenocarcinoma pode se comportar como câncer do ceco, devido a própria anatomia do apêndice, pois um tumor pequeno pode se disseminar por via subserosa ou também produzir metástases para linfonodos⁽³⁾. Os dois primeiros casos desta publicação apresentavam-se como forma tumoral, e o terceiro, como forma de apendicite aguda.

O adenocarcinoma apendicular pode ser invasivo ou não invasivo, sendo possível, analogamente aos adenocarcinomas do cólon, dar metástases para gânglios regionais e órgãos a distância, por vias linfática e sanguínea. A classificação internacional mais aceita, segundo a penetração tumoral, é a seguinte^(4, 5):

- Estádio I (17%) - Tumor limitado à mucosa;
- Estádio II (36%) - Tumor invadindo todas as camadas sem ultrapassar a serosa;
- Estádio III (17%) - Tumor invade o ceco, peritônio, gânglios ileocecais e/ou perfuração apendicular;
- Estádio IV (17%) - Metástases em outros órgãos.

Adenocarcinoma do apêndice freqüentemente metastatiza para os ovários⁽⁸⁾. De acordo com Cortina e col., em trabalho publicado⁽²⁾, 38% de pacientes femininas tinham câncer metastático de ovários. As pacientes - casos 1 e 3 - não manifestaram câncer metastático em ovários.

O diagnóstico do adenocarcinoma de apêndice cecal é feito basicamente pelo estudo anatomopatológico da peça operatória, sendo rara a suspeita clínica, quer no pré-operatório ou no intra-operatório^(2,5,7). O encontro do apêndice perfurado é fato freqüente durante o estudo da peça operatória⁽²⁾. Esta complicação não ocorreu em nossos casos.

Considerando a histopatologia, os tumores primários do apêndice são classificados em benignos e malignos. Os tumores benignos geralmente são: mucoceloses, adenomas, leiomiomas, neuromas, neurofibromas. Os tumores de natureza maligna são: adenocarcinomas do tipo colônico ou do tipo

mucinoso, cistoadenocarcinomas, leiomiiossarcomas, fibrosarcomas, linfomas^(4,5). Existem ainda os tumores carcinóides, cuja natureza histológica é controversa. Na opinião de diferentes autores, os tumores carcinóides são considerados benígnos por alguns e malignos por outros. Há ainda aqueles que afirmam existir uma correlação entre o tamanho do tumor e o seu comportamento biológico, sendo primariamente benígnos, passando a malignos quando ultrapassam dois centímetros e começam a dar metástases⁽⁵⁾. Nos casos relatados, o primeiro tumor era cistoadenocarcinoma mucinoso, o segundo era adenocarcinoma do tipo colônico e o terceiro era adenocarcinoma mucossecretor.

O tratamento de escolha é a colectomia direita em todos os casos^(2,12), pois há um aumento significativo da sobrevivência (63%), em cinco anos, quando comparado à apendicectomia (21%)^(2,3). Nos casos em que são realizadas apenas apendicectomia, por se tratar de uma forma de apendicite aguda e sem comprovação anatomopatológica, o tratamento deve ser completado com a colectomia direita, no primeiro mês de seguimento^(2,4,5). Os nossos dois primeiros pacientes foram submetidos a colectomia direita e o terceiro a apendicectomia.

Referente ao tratamento complementar, estes tumores não são radiosensíveis, como também a quimioterapia não traz resultados significativos, embora possa ser aplicada, em caráter paliativo, nos pacientes cuja lesão for considerada irresssecável ou nos casos de carcinomatose^(2,4). Fatores de mau prognóstico incluem o adenocarcinoma tipo colônico e a presença de carcinomatose^(2,9). Tratamento radioquimioterápico não foi indicado nos três doentes citados neste trabalho.

Todos os pacientes operados devem ser estadiados frequentemente, pela possibilidade de recidiva ou aparecimento de tumores colônicos associadas. A periodicidade deve ser trimestral no primeiro ano, semestral até os cinco anos e posteriormente anual⁽⁴⁾. O controle, além da avaliação clínica, inclui enema opaco ou colonoscopia, para pesquisa de lesões no cólon e reto, como também realização de antígeno carcinoembriogênico (CEA), radiografia do tórax, ultra-sonografia ou tomografia computadorizada do abdome, para identificar eventuais metástases. Os nossos pacientes relatados foram submetidos ao estadiamento clínico e complementar, de acordo com o protocolo da época.

FORMIGA GJS & SILVA JH - Adenocarcinoma of the cecal appendix - Report of three cases.

SUMMARY: The authors related three cases of the adenocarcinoma of the cecal appendix. In the two first cases the clinic manifestation was the tumoral kind and in the third was the acute appendicitis kind. An analysis was made about the kind of clinic presentation of the disease, the diagnostic difficulties and the surgical treatment modalities.

KEY WORDS: adenocarcinoma; appendix; appendicitis acute

REFERÊNCIAS

- 1 Berger A. Ein Fall von Krebs des Wurmfortsatzes. Berl Klin Wochenschr. 1882. 19: 616-618
- 2 Cortina R, McCormick J, Kolm P, Perry RR. Management and prognosis of adenocarcinoma of the appendix. Dis Colon Rectum 1995; 38: 848-852.
- 3 Mendonça FPP, Steinman E, Steinman M, Pogetti RS, Birolini D. Adenocarcinoma de apêndice associado à pseudomixoma peritoneal. Rev Col Bras Cir 1994. 21(3): 157-159
- 4 Marugán Horcajo JA, Lomas Espadas M, Nuño Vázquez-Garza JM, Martín Benito J, Olivares Cerezo I. Adenocarcinoma primitivo del apêndice: aportación de un nuevo caso. Rev Esp Enf Ap Digest 1988; 73(3): 307-310
- 5 Amdr R, Bertocco P, Rocha JRM, Hatada H, Naser A. Apendicite aguda por adenocarcinoma primário do apêndice cecal. Considerações gerais - Apresentação de um caso. Rev Ass Med Brasil 1978; 24(11): 385-386.
- 6 Sieracki JC, Tesluk H. Primary adenocarcinoma of the vermiform appendix. Cancer 1956. 9: 997-1011.
- 7 Silva JH, Kerzner A, Rodrigues HC, Vieira WTT. Adenocarcinoma do apêndice - Apresentação de dois casos. An Paul Med Cir 1986. 113(1-2): 27-30.
- 8 Conte CC, Petrelli NJ, Stule J, Herrera L, Mittelman A. Adenocarcinoma of the appendix. Surg Gynecol Obstet 1988; 166: 451-453.
- 9 Lenriot JP, Hugnier M. Adenocarcinoma of the appendix. Am J Surg 1988. 155: 470-475
- 10 Lyss AP. Appendiceal malignancies. Semin Oncol 1988; 15(2): 129-137
- 11 Kiser WJ, Case LG, Cawey LP, Stoffer BE. Appendicectomy or hemicolectomy for adenocarcinoma of the appendix. J Intern Coll Surg 1966. 255. 566-571.
- 12 Witt CB, Herrmann VA. Adenocarcinoma of the vermiform appendix. J Am Geriatrics Society 1982. 30(9): 574-576

Endereço para correspondência:

Galdino José Sintonio Formiga
Av. Líbero Badaró, 1208 - Jd. São Caetano
09581-610 - São Caetano do Sul - SP