

# TUMOR DO APÊNDICE VERMIFORME

## VERMIFORM APPENDIX TUMORS

Ascêncio Garcia Lopes Júnior, ACBC-PR<sup>1</sup>  
Eufânio E. Saqueti<sup>2</sup>  
Luciene T. Q. Cardoso<sup>3</sup>

### INTRODUÇÃO

A origem embriológica do apêndice vermiforme é a mesma do intestino grosso, portanto, condições favoráveis ao aparecimento de tumor no cólon podem também ocorrer no apêndice. A relativa pouca frequência de tumores no apêndice – correspondem a somente 0,5% dos tumores intestinais<sup>1</sup> – reflete apenas o pequeno tamanho desse órgão<sup>2</sup>.

O achado operatório de tumor no apêndice pode causar dúvida quanto à conduta a ser tomada. Cirurgias devem conhecer os tumores que acometem o apêndice e a conduta frente a esses casos, principalmente porque a maioria dos pacientes se apresenta com quadro clínico de apendicite aguda e é encaminhada à cirurgia sem que se suspeite da presença de neoplasia, o que obriga a decidir pelo tratamento em caráter de urgência.

Estima-se que há tumor em 0,5% das apendicites e que se encontre adenocarcinoma em 0,1% dos apêndices ressecados<sup>2,3</sup>. Tumores malignos primários de apêndice são, portanto, raros e nenhum cirurgião em particular irá adquirir uma extensa experiência com essa doença, enfatizando a importância de relatos de casos como o que a seguir será apresentado.

### RELATO DO CASO

Paciente de 53 anos, sexo masculino, com história de dor abdominal em fossa ilíaca direita, febre e mal-estar de início há 24 horas. Com a hipótese diagnóstica de apendicite aguda, foi submetido à cirurgia. O achado cirúrgico foi apêndice edemaciado e hiperemiado, sem sinais de tumor. Realizada a apendicectomia, o resultado do estudo histológico da peça evidenciou adenocarcinoma tipo intestinal com margem cirúrgica comprometida.

O paciente evoluiu bem no pós-operatório. Foi então submetido à ultra-sonografia (USG) abdominal, à endos-

copia digestiva alta, à colonoscopia (resultados normais) e dosado o antígeno carcinoembriogênico (CEA = 1,3).

A reoperação foi realizada 14 dias depois. O inventário da cavidade abdominal mostrou apenas endurecimento do ceco no local da base do apêndice vermiforme ressecado e a hemicolectomia direita foi realizada com anastomose íleo-transverso em dois planos.

O paciente evoluiu bem, sem intercorrências, recebendo alta no 7º dia pós-operatório. O exame anatomopatológico da peça revelou ausência de neoplasias e linfonodos livres de tumor.

O paciente completou 12 meses de pós-operatório e não apresenta metástases ou tumores metacrônicos.

### DISCUSSÃO

Os tumores do apêndice são pouco frequentes, correspondem a somente 0,5% dos tumores intestinais, e apresentam-se geralmente como apendicite aguda<sup>1</sup>. No entanto, ocorrem em aproximadamente 0,5% das apendicites, e apendicectomias são responsáveis por até 55% das cirurgias de emergência em alguns serviços<sup>2</sup>, portanto, apesar de pouco frequentes, alguns cirurgiões irão se deparar com casos, como o por nós relatados, em suas carreiras.

A classificação histológica dos tumores malignos primários do apêndice é controversa. Três são os tipos mais frequentemente encontrados na literatura: adenocarcinoma, carcinóide e adenocarcinóide<sup>2</sup>. Outros como os leiomiossarcomas, fibrossarcomas e lipossarcomas são extremamente raros.

Os tumores carcinóides são os mais frequentes, geralmente são menores que 1cm e raramente causam metástases ou levam o paciente ao óbito. Tumores com aparência macroscópica e padrão infiltrativo semelhante ao carcinóide, mas com comportamento agressivo semelhante ao adenocarcinoma, são chamados adenocarcinóides (ou carcinóide mucinoso ou *globet cell carcinoid* ou *crypt cell*

1. Professor Adjunto do Setor de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HU-Uel.

2. Residente de Cirurgia Geral do HU-Uel.

3. Professora Adjunta do Setor de Terapia Intensiva do HU-Uel.

Recebido em 7/7/2000

Aceito para publicação em 19/10/2000

Trabalho realizado no Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina – HU-Uel - PR

*carcinoid*). Esses tumores causam metástases em até 30% dos casos<sup>2</sup>.

Os adenocarcinomas se apresentam de duas maneiras: o cistoadenocarcinoma, que produz mucina e geralmente é bem diferenciado e o tipo intestinal (colônico), que não produz mucina e é pouco diferenciado. Tumores colorretais sincrônicos e metacrônicos são encontrados muito freqüentemente<sup>3</sup>. Metástases linfonodais ocorrem em até 25% dos casos e são mais comuns no cistoadenocarcinoma. Metástases para outros órgãos podem ocorrer em até 20% dos casos, principalmente no tipo intestinal. O prognóstico nesses casos é semelhante ao dos tumores colorretais e é determinado pelo estágio de Dukes (Dukes A – sobrevida de cinco anos de 100%, Dukes B – sobrevida de 67%, Dukes C – sobrevida de 50% e Dukes D – sobrevida de 6%)<sup>2</sup>.

A ruptura do cistoadenocarcinoma pode disseminar células malignas e causar o desenvolvimento do pseudomixoma peritoneal, que é uma doença insidiosa, recorrente, que não se dissemina através da via linfática ou hematogênica e que geralmente se apresenta como uma ascite gelatinosa que contém células epiteliais<sup>4</sup>.

A estimada incidência do adenocarcinoma é de 0,2/100.000 habitantes ano. A maioria provém de um adenoma e a idade de apresentação é ao redor de 50 anos, afetando mais homens que mulheres. Aproximadamente 70% dos pacientes com adenocarcinoma do apêndice se apresentam com sinais e sintomas sugestivos de apendicite aguda e, durante a cirurgia, mais de 50% dos casos permanecem com esse diagnóstico e não se suspeita da presença de tumor. Alguns casos apresentam sintomas mais insidiosos e massas palpáveis. Nesses casos a USG e a tomografia computadorizada (TC) devem ser utilizadas para o diagnóstico

e a avaliação da extensão da doença. Alguns casos evoluem com distensão abdominal sugestiva da presença de ascite “fixa”, devendo se suspeitar de pseudomixoma peritoneal. A dosagem do CEA deve ser realizada, sendo útil para o acompanhamento posterior desses casos<sup>2</sup>.

Enfatizamos, assim, alguns aspectos para diagnóstico e tratamento do tumor do apêndice:

- 1) A biópsia de congelação deve ser realizada sempre que o apêndice se mostrar atípico. Assim o diagnóstico pode ser feito durante a cirurgia e a conduta adequada pode ser tomada, evitando uma segunda intervenção, como aconteceu no caso aqui relatado<sup>1</sup>.
- 2) Todos os pacientes devem ser investigados à procura de tumores sincrônicos e metacrônicos que são achados em 15% a 20% dos casos<sup>1,2</sup>.
- 3) Os adenocarcinomas devem ser tratados através da colectomia direita para se obter uma melhor sobrevida, independente do grau de invasão, do subtipo histológico ou grau de diferenciação do tumor<sup>1</sup>. Alguns autores, entretanto, preconizam que a colectomia direita não deva ser realizada em tumores restritos à mucosa sendo a apendicectomia o procedimento correto<sup>2</sup>.
- 4) Tumores carcinóides menores que 1cm podem ser tratados somente por apendicectomia. Tumores maiores que 2cm ou entre 1 e 2cm, mas com invasão linfática ou mesentérica extensa, devem ser submetidos à colectomia direita. Os pacientes com tumores do tipo adenocarcinóide também devem ser submetidos à colectomia direita e, quando ocorrem em mulheres na menopausa, ooforectomia bilateral deve ser realizada devido à grande incidência de metástases ovarianas nestes casos<sup>1</sup>.

---

## ABSTRACT

*Appendiceal tumors are rare and usually presented as acute appendicitis. They are incidentally discovered at an emergency surgery, in which case the decision-making is very difficult. The purpose of this report is discuss to the most appropriate management for appendiceal tumors. A retrospective analysis of one case treated at HU-UEL was undertaken and the literature was reviewed. The conclusion is that frozen section should be done whenever the appendiceal findings are atypical. For appendiceal carcinoids greater than 2 cm and adenocarcinomas, a right hemicolectomy is recommended. Appendectomy is appropriate for patients whose carcinoid tumors are 1 cm in diameter or less and for carcinoid tumors between 1 cm and 2 cm without extensive lymphatic permeation and mesenteric invasion. Every case should be searched for synchronous tumors.*

**Key Words:** Adenocarcinoma; Carcinoid tumor; Adenocarcinoid; Vermiform appendix; Surgery.

---

## REFERÊNCIAS

1. Rutledge RH, Alexander JW - Primary appendiceal malignancies: rare but important. *Surgery* 1992; 111: 244-250.
2. Deans GT, Spence RAJ - Neoplastic lesions of the appendix. *Br J Surg* 1995; 82: 299-306.
3. Connor SJ; Hanna GB; Frizelle FA - Appendiceal Tumors. Retrospective clinicopathologic analysis of appendiceal tumors from 7,970 appendectomies. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 75-80.
4. Landen, S; Bertrand C; Maddern GJ; et al - Appendiceal mucoceles and pseudomyxoma peritonei. *Surg Gynecol & Obst* 1992; 175: 401-404.

Endereço para Correspondência:  
Dr. Ascêncio Garcia Lopes Júnior  
Av. Adhemar P. Barros, 387  
86050-190 – Londrina - PR  
E-mail: garcialopes@hotmail.com