

(21348) - CASO CURIOSO DE NEOPLASIA MUCINOSA DO APÊNDICE APRESENTANDO-SE COM APENDICITE E SALPINGITE AGUDAS

Bruno Vieira¹; Nádia Tenreiro¹; Fernando Próspero¹; André Marçal¹; Gonçalo Guidi¹; Daniela Martins¹; Maria Gualter¹; João Pinto De Sousa¹

1 - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

INTRODUÇÃO

O risco de neoplasias mucinosas ocultas do apêndice é maior nos doentes que se apresentam com apendicite complicada do que na população em geral. Os LAMNs (*Low-grade Appendiceal Mucinous Neoplasms*) estão confinados pela *muscularis* própria da parede apendicular. Embora, por definição, os LAMNs não invadam as estruturas adjacentes, o derrame resultante de mucina celular ou acelular pode levar ao pseudomixoma peritoneal (PMP).

OBJETIVO

Poster que pretende mostrar com recurso a imagens de fotografia do intra-operatório a realização de uma apendicectomia e salpingectomia direita laparoscópicas em contexto de urgência de uma doente com o diagnóstico pós-operatório de neoplasia mucinosa do apêndice que se apresentou com apendicite e salpingite agudas purulentas com a trompa de Falópio aderente ao apêndice ileocecal. Curiosamente a avaliação anatomopatológica da peça operatória revelou um apêndice ileocecal com a presença de uma apendicite aguda e uma neoplasia mucinosa de baixo grau (LAMN). O seguimento do doente com este tipo de patologia também é descrito nesta apresentação.

MATERIAL E MÉTODOS

Caso clínico: doente do sexo feminino, 57 anos, autónoma e com bom estado

geral. Antecedentes pessoais de relevo: colecistectomizada eletivamente por litíase vesicular sintomática em 2021; depressão. Medicada com Quetiapina 50 mg id; alergia conhecida a Penicilina. Doente recorre ao serviço de urgência com dor abdominal na fossa ilíaca direita e hipogastro com 3 dias de evolução, sem irradiação, associada a náuseas e vômitos. Doente refere anorexia e tem trânsito intestinal mantido sem alteração dos seus hábitos intestinais. Nega arrepios, nega queixas respiratórias ou urinárias. Objetivamente, no serviço de urgência, apresenta-se vígil, consciente e colaborante, febril (temperatura auricular de 38,1°C), hemodinamicamente estável, normocárdica, com boas saturações periféricas em ar ambiente; o abdómen mostra-se doloroso na palpação profunda da fossa ilíaca direita com defesa localizada e sinal de Blumberg positivo. Analiticamente apresenta hemoglobina de 13,9 g/dL, sem leucocitose e com PCR 19,9 mg/dL, sem outras alterações de relevo. A ecografia abdominal realizada em contexto de urgência revelou, na fossa ilíaca direita, a presença de apêndice ileocecal com calibre aumentado, com um apendicolito distal, com hiperecogenicidade e tumefação da gordura adjacente, bem como líquido heterogéneo não organizado póstero-inferiormente à topografia ileocecal numa extensão de 52x29mm; achados sugestivos de apendicite aguda, não se podendo excluir perfuração. A doente foi proposta para apendicectomia laparoscópica e durante o procedimento verificou-se a presença de apendicite aguda com porção distal apendicular perfurada com saída de líquido purulento confinado à região da fossa ilíaca direita e do fundo de saco; trompa de Falópio direita com sinais inflamatórios e saída de líquido purulento e aderente ao apêndice. Foram realizadas a apendicectomia e salpingectomia direita laparoscópicas. As peças operatórias foram removidas em saco de peças pela porta umbilical. Os procedimentos decorreram sem intercorrências. A doente esteve internada 2 dias no serviço de cirurgia geral que decorreu sem complicações e teve alta medicada com antibioterapia (Clindamicina e Gentamicina). A avaliação anatomopatológica da peça operatória revelou um apêndice ileocecal com a presença de uma apendicite aguda e uma neoplasia mucinosa de baixo grau desenvolvida em divertículo apendicular, com margens de ressecção cirúrgica sem lesões epiteliais displásicas identificáveis; a trompa de Falópio direita mostrou-se com envolvimento marcado pelo processo inflamatório agudo, sem outras alterações dignas de registo. A doente foi reavaliada em consulta 5 semanas após a alta hospitalar e apresenta-se com bom estado geral, sem queixas, a tolerar dieta, trânsito intestinal mantido. A doente foi diagnosticada com um LAMN T4a segundo a classificação da *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) e encontra-se em vigilância na consulta de cirurgia geral a aguardar a realização de Tomografia Computorizada abdominal e pélvica e análises com marcadores tumorais (CA 19-9, CEA e CA 125).

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

As neoplasias mucinosas do apêndice são raras, com uma estimativa de 3500 casos diagnosticados anualmente nos Estados Unidos. Estas lesões têm uma ligeira predominância feminina e são geralmente diagnosticadas em doentes na faixa etária dos 50 e 60 anos. Nos exames de imagem, a presença de inflamação ou abscesso periapendiculares é sugestiva de apendicite aguda e não é tipicamente observada em lesões mucinosas apendiculares, embora até 30% dos doentes com apendicite complicada possam ter lesões mucinosas. A rotura de lesões mucinosas neoplásicas do apêndice pode levar a uma disseminação intraperitoneal e à acumulação de ascite mucinosa e de células neoplásicas, resultando numa síndrome clínica designada por pseudomixoma peritoneal. A evolução e o prognóstico das lesões mucinosas do apêndice são ditados pelos seus subtipos histológicos. Em centros não especializados, a cirurgia inicial para uma lesão mucinosa apendicular com apêndice com rotura da sua parede (que é localizada) deve ser limitada a uma apendicectomia/ileocectomia/hemicolectomia direita, inspeção cuidadosa da cavidade abdominal com documentação e biópsia de quaisquer lesões peritoneais suspeitas. Não existe consenso sobre a melhor forma de gerir os doentes com LAMNs T4a. Na maioria das instituições, esses pacientes são acompanhados com exames de imagem regulares e marcadores tumorais (CA 19-9, CEA e CA 125) para detetar evidências de PMP. A maioria dos autores recomenda TC abdominal e pélvica de acompanhamento anualmente durante quatro anos e, depois, de dois em dois anos até aos 10 anos de seguimento.

Palavras-chave : LAMN, Apendicite, Salpingite