Um relato de caso sobre mucocele de apêndice: Uma patologia rara

https://doi.org/10.56238/levv15n39-145

Natália Cervantes Uzeloto Guazi
Graduanda de Medicina
Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE

Eduardo Alves Canedo
Residente de Cirurgia Geral
Hospital Regional de Presidente Prudente – HR

Adriana Horwat Delaporte
Graduanda de Medicina
Universidade de Marília – UNIMAR

Beatriz Holmo Freire
Graduanda de Medicina
Universidade de Marília – UNIMAR

Dianah Dantas Pulvirenti
Graduanda de Medicina
Universidade de Marília – UNIMAR

Lucileia Mazuqueli Marques
Graduanda de Medicina
Universidade de Marília – UNIMAR

Maria Regina Araújo Silva
Graduanda de Medicina
Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE

Sofia Oliveira Fabretti
Graduanda de Medicina
Universidade de Marília – UNIMAR

RESUMO
Introdução: O apêndice vermiforme é uma estrutura muscular cilíndrica originada perto da junção do ceco e íleo, com média de 9 cm. Diante disso, pode ser o local do desenvolvimento de processos neoplásicos, que podem ou não envolver a produção de muco, como no caso da mucocele apendicular (MA), doença rara que causa dilatação obstrutiva do apêndice devido ao acúmulo intraluminal de mucina. Os pacientes com MA são em grande parte assintomáticos ou podem apresentar manifestações vagas e inespecíficas. Devido à sua raridade e característica clínica atípica, a MA é muito difícil de diagnosticar corretamente. A ressecção cirúrgica precoce é o tratamento recomendado para todas as MA para excluir neoplasia mucinosa e prevenir arrebatamento espontâneo no futuro. Discussão:

Neoplasias mucinosas do apêndice são classificadas em um espectro de benignas a malignas com base em certas características durante o exame histológico. Neoplasias apendiculares podem arrebatar e mucina pode vazar para dentro da cavidade peritoneal. O termo pseudomixoma peritoneal (PMP) é usado para descrever uma disseminação difusa que inclui produção abundante de mucina, em vez de depósitos de mucina perto do apêndice. A ressecção cirúrgica do mucocele apendicular é o tratamento preferido. Conclusão: A mucocele de apêncide é uma condição rara, e por isso, eles são frequentemente encontrados incidentalmente, pois muitos pacientes são assintomáticos ou apresentam sintomas inespecíficos. A ressecção cirúrgica do mucocele apendicular é o tratamento preferido pelos especialistas, sendo a ultrassonografia e a tomografia computadorizada os exames de escolha para o diagnóstico.

Palavras-chave: Mucocele de Apêndice, Pseudomixoma Peritoneal, Tratamento.

1 INTRODUÇÃO

O apêndice vermiforme é uma estrutura muscular cilíndrica originada perto da junção do ceco e íleo, com média de 9 cm (5–35 cm) de tamanho. Como é uma víscera mais móvel, pode adotar várias posições, sendo a mais comum a posição retrocecal (CONSTANTIN et al., 2023). Embora o apêndice tenha sido frequentemente chamado de órgão vestigial, essa interpretação está mudando, visto que serve como um tecido imunológico no intestino que também é capaz de regular o microbioma intestinal (KILLINGER e LABRIE, 2019). Além disso, parece estar envolvido na função imunológica, servindo na maturação de linfócitos B e na produção de imunoglobulina A, e na função endócrina excretando aminas e hormônios nos 2–3 mL de muco secretado diariamente (CONSTANTIN et al., 2023).

No entanto, ao longo da vida, o apêndice pode ser o local de várias patologias, sendo categorizadas em patologias inflamatórias (apendicite aguda), patologias relacionadas a anomalias congênitas do apêndice e outras doenças relacionadas e tumores do apêndice. Entretanto, apenas a apendicite aguda apresenta sintomas específicos (dor abdominal descendo para o quadrante inferior direito, náuseas, vômitos e anorexia), e o restante das patologias apresentam sintomas semelhantes ou não apresenta sintomas específicos (CONSTANTIN et al., 2023).

Histologicamente a parede apendicular é composta por serosa, subserosa, túnica muscular externa, submucosa, uma camada muscular interna, mucosa, lâmina própria e epitélio, sendo a camada mucosa a camada secretora mais proeminente do apêndice. Diante disso, o apêndice vermiforme pode ser o local do desenvolvimento de processos neoplásicos, que podem ou não envolver a produção de muco, como no caso da mucocele apendicular, doença rara que causa dilatação obstrutiva do apêndice devido ao acúmulo intraluminal de mucina (CONSTANTIN et al., 2023) (WANG et al., 2021).

Mucocele de apêndice (MA) é um termo descritivo e morfológico dada a uma aparência obstrutiva e distendida do apêndice devido ao acúmulo intraluminal de substância mucosa, independentemente da patologia que pode ser não neoplásica e neoplásica (SINGH, 2020). MA são raras, sendo detectados em apenas 0,1-0,7% dos espécimes apendiculares e 8-10% de todos os tumores apendiculares. Eles ocorrem tipicamente em pacientes com idade entre 50 e 60 anos e são mais comuns em mulheres. Eles são frequentemente encontrados incidentalmente, pois muitos pacientes são assintomáticos ou apresentam sintomas inespecíficos (SANTOS et al., 2022) (WANG et al., 2021).

A MA pode ser causada por estas quatro etiologias: cistos de retenção, hiperplasia da mucosa, cistoadenomas e cistoadenocarcinomas (SINGH e HUDA, 2022). O primeiro grupo é composto por um cisto de retenção simples secundário a oclusão proximal do apêndice, como um fecalito ou tecido cicatricial de inflamação anterior, ou em raros casos devido à endometriose. Com o aumento da pressão, alterações degenerativas na mucosa apendicular se desenvolvem consecutivamente. Este tipo de a mucocele geralmente é menor que 2cm de diâmetro. O segundo grupo, denominado hiperplasia da mucosa, tem as mesmas características dos pólipos hiperplásicos do cólon (FAURE et al., 2014). O

cistadenoma mucinoso é o tipo mais prevalente de neoplasia benigna que afeta o apêndice. Estima-se que ocorra em aproximadamente 0,6% de todos os espécimes de apendicectomia. Ele é frequentemente associado à dor abdominal, que é o sintoma de apresentação mais comum (KHAN et al., 2023). Por fim, o quarto grupo engloba os cistadenocarcinomas mucinosos malignos, caracterizados por invasão estromal glandular e/ou células tumorais em implantes peritoneais e tem uma taxa de perfuração mais alta, o que pode levar ao desenvolvimento de pseudomixoma peritoneal (PMP), sendo a sua pior complicação (WANG et al., 2021) (FAURE et al., 2014). Outras complicações da mucocele apendicular incluem sangramento/obstrução intestinal, melena e pionefrose (SAAD et al., 2018).

A Organização Mundial da Saúde ainda classificou a MA em neoplásico e não neoplásico (OYEH et al., 2024). De acordo com a classificação patológica da OMS, atualizada em 2019, as causas neoplásicas de uma mucocele incluem lesões/pólipos serrilhados, neoplasias mucinosas apendiculares de baixo grau (LAMNs), neoplasias mucinosas apendiculares de alto grau (HAMNs) e adenocarcinomas mucinosos. Lesões/pólipos serrilhados são pólipos mucosos caracterizados por um lúmen de cripta estrelado ou em forma de dentes de serra. Essas lesões incluem pólipos hiperplásicos e lesões serrilhadas sésseis, sem ou com displasia. Uma lesão que cresce além da mucosa, com bordas de empurrar, é classificada como uma LAMN ou uma HAMN. Uma LAMN tem atipia citológica de baixo grau e características como perda da muscular da mucosa, fibrose da submucosa, ruptura do apêndice e mucina ou células fora do apêndice. Um HAMN tem todas as características arquitetônicas de um LAMN, mas apresenta atipia citológica de alto grau. Embora a diferenciação entre causas benignas e malignas de um mucocele do apêndice seja relevante para o prognóstico, fazer essa distinção pré-operatória continua sendo um desafio (SANTOS et al., 2022).

Os pacientes com MA são em grande parte assintomáticos ou podem apresentar manifestações vagas e inespecíficas (SINGH, 2020). O sintoma mais comum é dor no quadrante inferior direito. Portanto, eles podem mimetizar clínica e radiologicamente, uma massa anexial ou inflamação aguda/subaguda do apêndice (SANTOS et al., 2022). Em mulheres, a MA pode frequentemente imitar uma patologia com uma massa pélvica palpável e representa um desafio para o diagnóstico pré-operatório durante o exame de imagem ou mesmo no momento da cirurgia. Náuseas, vômitos, alterações nos hábitos intestinais, sangramento gastrointestinal, sintomas geniturinários podem ser a apresentação inicial. A MA também pode resultar em intussuscepção e obstrução intestinal (SINGH, 2020). A falta de características clínicas distintas pode levar à identificação errônea desta condição como apendicite aguda, resultando em tratamento incorreto. Portanto, é imperativo o diagnóstico correto entre essas duas patologias antes da cirurgia para garantir o tratamento cirúrgico apropriado (KHAN et al., 2023).

Devido à sua raridade e característica clínica atípica, a MA é muito difícil de diagnosticar corretamente, resultando em diagnóstico incorreto ou diagnóstico tardio. Isso aumenta a possibilidade

de arrebatamento espontâneo ou tratamento tardio ou inadequado (SINGH, 2020). É difícil fazer um diagnóstico pré-operatório apropriado devido à apresentação clínica inespecífica da mucocele apendicular (WANG et al., 2021). Em geral, condições como apendicite, abscesso peri-apendicular, diverticulite, doença inflamatória intestinal, isquemia mesentérica, linfocele, cisto de inclusão peritoneal, pielonefrite, urolitíase, cistite, hérnia inguinal e neoplasias apendiculares (carcinoide, adenocarcinoma, lipoma, fibroma, leiomioma) devem ser excluídas. Além disso, mioma uterino, adenomiose, doença inflamatória pélvica, abscesso tubo-ovariano, hidrossalpinge, cisto ovariano rompido e endometriose devem ser excluídos em mulheres, enquanto hipertrofia prostática benigna deve ser excluída em homens no pré-operatório (OYEH et al., 2024). Nos últimos anos, com a melhoria das técnicas de diagnóstico e o acúmulo de experiência clínica, a taxa de diagnóstico pré-operatório foi melhorada (WANG et al., 2021).

A maioria das AM é detectada incidentalmente durante cirurgia, colonoscopia de condições não relacionadas, no momento do exame patológico de espécime dissecado do apêndice e durante exames de imagem. Quando uma mucucele apendicular é demonstrada em estudo de imagem, uma colonoscopia pode ser indicada para examinar mais detalhadamente outras lesões apendiculares, lesões colônicas e também para verificar se o ceco também está envolvido, indicando invasão local de um adenocarcinoma. Em aproximadamente 13%-42% dos pacientes com neoplasia apendicular, uma lesão colônica sincrônica está presente (SINGH, 2020). A colonoscopia geralmente revela um monte liso em forma de bola no orifício do apêndice, movendo-se para dentro e para fora com o movimento respiratório. O orifício apendicular está no centro do monte, que é conhecido como o “sinal do vulcão” (WANG et al., 2021). A sondagem com a pinça de biópsia pode revelar consistência firme ou macia, com recuo central suave chamado "sinal de cushin". A biópsia da mucosa não é diagnóstica, pois a mucosa sobrejacente é normal e a lesão é submucosa. Uma vez que o diagnóstico de mucocele é suspeito, a biópsia por agulha nunca deve ser tentada (SINGH, 2020).

A classificação da mucocele apendicular é essencial para fazer um diagnóstico preciso e determinar a abordagem de tratamento apropriada (KHAN et al., 2023). A ultrassonografia abdominal é usada como método diagnóstico de primeira linha em qualquer paciente que apresente dor abdominal. Uma mucocele do apêndice aparece como uma massa cística ovoide ou em forma de pêra no quadrante inferior direito, onde o apêndice geralmente está localizado. Embora a conhecida aparência de “casca de cebola” (camadas ecogênicas concêntricas internas de mucina) seja considerada típica, a ecotextura interna das mucoceles do apêndice varia. Calcificações murais distróficas podem produzir sombra acústica, uma característica que é vista em menos da metade de todos os casos (SANTOS et al., 2022). A TC é o método de diagnóstico pré-operatório mais comumente usado. A característica é uma massa cística bem encapsulada, redonda e de parede fina, preenchida com material levemente atenuado no abdômen inferior direito, e até 50% dos casos mostram calcificação mural. A espessura da parede

do apêndice é menor que 6 mm, sem inflamação periapendicular geralmente, o que é útil para distinguir a mucocele da apendicite aguda (WANG et al., 2021). Alguns artigos na literatura relataram cistoadenoma mucinoso apendicular coexistindo com tumores carcinoides apendiculares; portanto, a colonoscopia às vezes é obrigatória para descartar tumores de cólon associados. A endoscopia com biópsia direcionada do apêndice é útil no diagnóstico pré-operatório, mas é bastante difícil devido à estreiteza do lúmen apendicular (KHAN et al., 2023). O diagnóstico pré-operatório é difícil mesmo com o uso de ultrassonografia abdominal ou tomografia computadorizada. O exame histopatológico do espécime dissecado é necessário para um diagnóstico definitivo visando um tratamento correto e adequado para cada caso (SINGH, 2020).

A ressecção cirúrgica precoce é o tratamento recomendado para todas as MA para excluir neoplasia mucinosa e prevenir arrebatamento espontâneo no futuro. Não há consenso sobre o procedimento cirúrgico ideal. A apendicectomia padrão é o procedimento inicial (SINGH, 2020). A secção congelada da base do apêndice intraoperatória pode ajudar a distinguir o mucocele de outras neoplasias mucinosas. No caso de mucocele simples de menos de 2 cm de diâmetro, uma apendicectomia com remoção de toda a gordura e linfonodos no mesoapêndice é garantida (SINGH e HUDA, 2022). Apendicectomia para mucocele simples, mucocele hiperplásica e cistoadenoma mucinoso tem uma taxa de sobrevida de 90%-100% em 5 anos, e é o tratamento ideal para pacientes com diagnóstico histológico de mucocele benigna (WANG et al., 2021). No entanto, no caso de margem positiva na base, linfonodos periapendiculares positivos ou base apendicular dilatada mais de 2 cm, hemicolectomia direita ou ileocecectomia é a melhor escolha (SINGH e HUDA, 2022).

Portanto, a extensão da cirurgia depende de vários fatores e deve ser guiada pelo diagnóstico patológico. O tamanho do tumor, a localização, o conteúdo de mucina, o envolvimento do ceco e do íleo, o envolvimento dos linfonodos, o estado das margens e o relatório final da patologia precisam ser considerados. Além disso, o tumor ovariano ou colônico coexistente também deve ser considerado na tomada de decisão e a exploração do abdômen deve ser feita (SINGH, 2020). Se o diagnóstico histológico for cistoadenocarcinoma, a apendicectomia combinada com colectomia direita deve ser realizada. No entanto, as desvantagens dos procedimentos cirúrgicos incluem um alto grau de trauma, alto custo e possíveis complicações graves causadas pela ruptura da mucocele. Para mucocele apendicular não neoplásica, a colonoscopia pode substituir a cirurgia tradicional para atingir bons efeitos terapêuticos ao lavar completamente o muco. Para mucocele apendicular neoplásica, a ressecção cirúrgica aumenta o risco de metástase de implantação causada pela ruptura da mucocele se a pressão intraluminal do apêndice for alta. No entanto, a colonoscopia pode aliviar a pressão no lúmen apendicular ao lavar o muco, reduzindo assim o risco de ruptura causada pela cirurgia subsequente (WANG et al., 2021).

Quando há um tumor de alto grau, adenocarcinoma invasivo ou tumor de células caliciformes e/ou aqueles com uma célula epitelial contendo mucina fora do apêndice têm maior risco de envolvimento nodal e subsequente desenvolvimento de PMP (SINGH e HUDA, 2022). A perfuração de uma mucocele do apêndice pode ocorrer espontaneamente ou intra-operatoriamente. Isso pode levar à disseminação de mucina, células epiteliais ou ambas, por toda a cavidade peritoneal, resultando em pseudomixoma peritoneal (PMP), que pode causar complicações fatais. Portanto, diagnóstico por imagem e tratamento cirúrgico imediato são cruciais (SANTOS et al., 2022).

Em tomografias computadorizadas de pacientes com PMP, as seguintes características são geralmente vistas: ascite mucinosa (que pode se tornar grande em volume, com ou sem septos); implantes de tecido mole peritoneal; "aglomeração omental"; e envolvimento ovariano. Os implantes mucinosos se manifestam como nódulos de baixa atenuação que podem conter calcificações grosseiras. Recortes na superfície de órgãos abdominais sólidos, como o fígado, são bastante típicos e representa um efeito de massa característico de implantes mucinosos (SANTOS et al., 2022). Esses pacientes devem ser tratados como pacientes com PMP estabelecido e considerados para hemicolectomia direita com peritonectomia regional profilática (parietal direita), omentectomia e quimioterapia intraperitoneal (SINGH e HUDA, 2022).

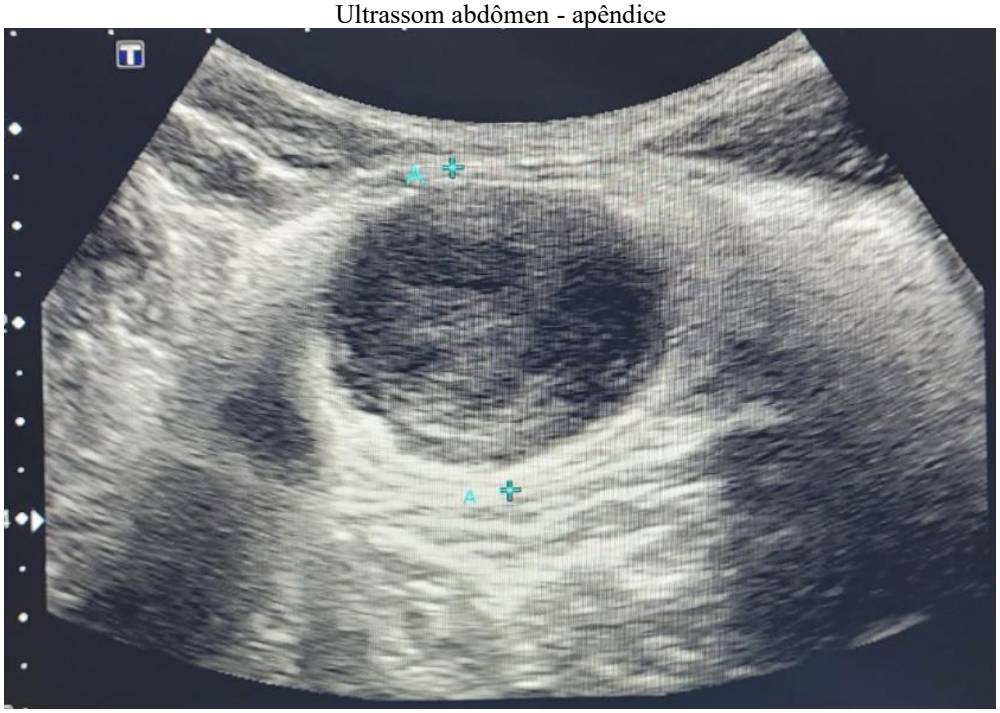
Há um debate contínuo sobre a adequação da cirurgia aberta em relação à abordagem laparoscópica. As chances de arrebatamento são menores na abordagem aberta devido ao manuseio mais cuidadoso e meticuloso que o mantém intacto. A palpação do tumor e a escolha da ressecção ideal são possíveis durante a cirurgia (SINGH, 2020). Porém, Intervenção cirúrgica, seja cirurgia aberta ou cirurgia laparoscópica, é necessária para o tratamento da mucocele apendicular. E essa escolha depende se a mucocele apendicular é perfurada ou não, envolvimento da base do apêndice e da presença de mesoapêndice e linfonodos ileocólicos (OYEH et al., 2024). Pacientes com neoplasias epiteliais de baixo grau sem nenhuma evidência de mucina ou células epiteliais além do apêndice têm um risco muito baixo de desenvolvimento de PMP. Uma colonoscopia deve ser feita para excluir quaisquer lesões epiteliais colônicas associadas e os pacientes devem ser mantidos em vigilância pós-operatória por pelo menos 5 anos. A vigilância pode incluir revisão clínica, tomografia computadorizada abdominopélvica anual e marcadores tumorais relacionados ao apêndice (CEA, CA 199, CA 125) (SINGH e HUDA, 2022).

Logo, em termos de marcadores tumorais, o Antígeno carcinoembrionário (CEA), CA19-9 e CA-125 são os marcadores tumorais para acompanhamento, cuja elevação pode anunciar a recorrência da doença (OYEH et al., 2024). Esses marcadores não são específicos, mas precisam ser medidos após o diagnóstico de MA e repetidos rotineiramente para monitorar a progressão da doença, assim como o acompanhamento, pois as evidências disponíveis sugerem que seu nível elevado se correlaciona com o estágio avançado do tumor na maioria dos pacientes (SINGH, 2020).

2 DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente A.R.P.J, sexo masculino, 29 anos, sem comorbidades. Procurou atendimento queixando-se de dor abdominal, com duração variável. Ao exame físico, abdômen se encontrava com desconforto à palpação e alteração palpável na fossa ilíaca direita. Realizada ultrassonografia de abdômen total, onde contatou-se hiperecogenicidade focal de limites imprecisos no lobo hepático direito, podendo corresponder à esteatose focal, e imagem tubuliforme alongada e hipoecoica de parede espessa, em íntimo contato com a margem lateral do ceco, podendo corresponder à distensão/mucocele de apêndice. Para uma complementação diagnóstica, foi solicitada tomografia computadorizada, que mostrou uma formação expansiva bem circunscrita, de baixa atenuação, tubuliforme e contígua à base do ceco, chegando a medir cerca de 76x33x37 mm nos seus maiores eixos, e observam-se calcificações curvilíneas nas suas paredes. A imagem termina em “fundo cego”. Paciente foi diagnosticado com mucocele de apêndice e encaminhado para a cirurgia. Realizada colectomia parcial (tiflectomia + apendicectomia) sem colostomia e a peça encaminhada ao anatomopatológico, onde voltou negativo para neoplasia. Permaneceu com dores à palpação no dia seguinte à cirurgia, recebendo alta no segundo dia, sem intercorrências.

Ultrassom abdômen - apêndice



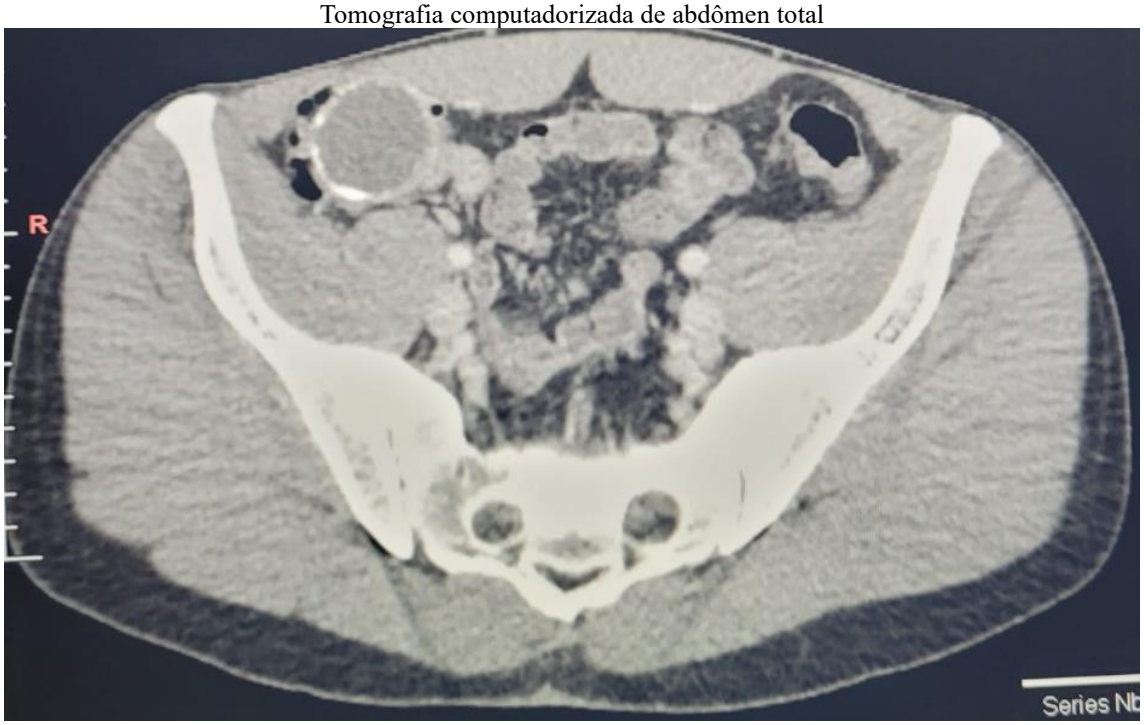
Imagens fornecidas pelo doutor Fernando Pereira de Almeida, Santa Casa de Misericórdia de Presidente Prudente.

Tomografia computadorizada de abdômen total



Imagens fornecidas pelo doutor Fernando Pereira de Almeida, Santa Casa de Misericórdia de Presidente Prudente.

Tomografia computadorizada de abdômen total



Imagens fornecidas pelo doutor Fernando Pereira de Almeida, Santa Casa de Misericórdia de Presidente Prudente.

3 DISCUSSÃO

Os tumores do apêndice têm origem epitelial ou mesenquimal e, segundo a OMS, são categorizados em vários tipos: pólipos hiperplásicos, lesões serrilhadas sésseis sem displasia, lesões

serrilhadas com displasia, adenocarcinomas SOE (não especificados de outra forma), carcinoma indiferenciado SOE, adenocarcinomas de células caliciformes (ACGs), tumores neuroendócrinos e neoplasias mucinosas do apêndice. (CONSTANTIN, et al., 2023). Segundo o Peritoneal Surface Oncology Group International (PSOGI) em 2012, existem duas categorias de lesões mucinosas apendiculares: não neoplásicas (envolvendo a mucocele simples, cistos de retenção, mucocele inflamatória ou obstrutiva) e neoplásicas (envolvendo pólipos serrilhados com ou sem displasia e neoplasias mucinosas) (SINGH, 2020). No caso relatado, o paciente se encontra nas neoplasias mucinosas não neoplásicas, visto que seu anatomopatológico voltou negativo para neoplasias.

Como não há critérios confiáveis para excluir lesões malignas em exames de imagem, o exame histopatológico da amostra do apêndice após a cirurgia é necessário para fazer um diagnóstico definitivo (SINGH, 2020). Neoplasias mucinosas do apêndice são classificadas em um espectro de benignas a malignas com base em certas características durante o exame histológico. Na extremidade benigna do espectro, há o cistoadenoma mucinoso sem risco de recorrência. Na extremidade maligna do espectro está o adenocarcinoma mucinoso com uma taxa de sobrevivência muito baixa e uma alta taxa de metástases para os linfonodos e fígado (LOUIS e FELTER, 2014). No paciente do caso, houve ausência de malignidade. A apresentação clínica é tardia, atípica, frequentemente com uma dor vaga no abdômen inferior ou nódulo palpável imitando apendicite (assim como no paciente desse relato) ou massa tubo-ovariana na mulher (SINGH, 2020).

Um ultrassom endoscópico (EUS) pode detectar a natureza cística da MA. Também é útil para excluir outras lesões submucosas como lipomas, tumores neuroendócrinos, linfangiomas e invasão estromal de adenocarcinoma mucinoso. Para pacientes com uma lesão mucinosa apendicular detectada incidentalmente na colonoscopia, uma TC do abdômen precisa ser feita para confirmação adicional do diagnóstico e para excluir outras lesões como tumor mucinoso ovariano coexistente, que é visto em aproximadamente 27% dos casos. Apesar da extensa investigação por imagem, o diagnóstico correto da MA pode permanecer indefinido. A incidência relatada de diagnóstico pré-operatório para cenário crônico é de 15%-29% e em cenário agudo é ainda menor (7,5%). A AM tem potencial para transformação maligna e coexistência com outras malignidades. A seleção de procedimentos operatórios apropriados e para evitar complicações de arrebatamento durante a cirurgia e PMP resultante necessitam de diagnóstico pré-operatório correto. O diagnóstico incorreto pode atrasar a intervenção cirúrgica e pode levar ao arrebatamento espontâneo (SINGH, 2020). No caso, uma tomografia computadorizada foi de grande relevância para a confirmação diagnóstica da mucocele de apêndice, portanto demonstra-se a importância de tal exame.

Neoplasias apendiculares podem arrebatar e mucina pode vazar para dentro da cavidade peritoneal. O termo pseudomixoma peritoneal (PMP) é usado para descrever uma disseminação difusa que inclui produção abundante de mucina, em vez de depósitos de mucina perto do apêndice. É

considerada uma condição maligna e seu prognóstico é determinado pelo nível de celularidade dentro da mucina. Se a lesão tiver rompido e o rompimento for isolado, uma hemicolectomia direita pode ser realizada seguida de lavagem peritoneal completa. Os achados de vazamento da cavidade peritoneal devem ser documentados e o paciente deve ser transferido para um centro especializado para tratamento posterior de acordo com o relatório final de patologia. Para lesão mucinosa não neoplásica, nenhum tratamento adicional é necessário após a apendicectomia, mesmo que seja rompida. O prognóstico depende da histologia e da presença e extensão da disseminação e invasão peritoneal que determinam a recorrência. Após a apendicectomia, a taxa de sobrevida em 5 anos para o AM simples é de 91-100%, mas reduz para 25% para o AM maligno (SINGH, 2020). Em vários estudos, foi demonstrado que a ressonância magnética tem uma sensibilidade maior do que a TC para a detecção de implantes relacionados ao PMP (84% vs. 54%) (SANTOS et al., 2022).

A ressecção cirúrgica do mucocele apendicular é o tratamento preferido, e selecionar qual método cirúrgico usar é fundamental. A melhor abordagem cirúrgica para lidar com o mucocele do apêndice é controversa, e a laparotomia tem sido recomendada por muitos autores para evitar a ruptura do mucocele. Entretanto, a cirurgia laparoscópica proporciona as vantagens de boa exposição e avaliação de toda a cavidade abdominal, bem como recuperação mais rápida evitando uma grande incisão e um melhor resultado cosmético. Se uma abordagem laparoscópica for adotada, deve-se tomar cuidado intraoperatório para não causar derramamento de conteúdo levando à formação de pseudomixoma peritoneal. Porque na presença de pseudomixoma peritoneal, uma atitude cirúrgica agressiva é necessária, que inclui hemicolectomia direita, omentectomia, remoção de todas as massas de mucina peritoneal e quimioterapia intraperitoneal (KHAN et al., 2023). No caso relatado, a cirurgia de escolha foi a colectomia parcial sem colostomia. O paciente teve alta hospitalar dois dias depois sem intercorrências.

4 METODOLOGIA

A partir de um caso médico ocorrido na Santa Casa da Misericórdia de Presidente Prudente, juntamente com seu prontuário médico, foram coletadas informações para realização desse relato de caso. Além disso, foi realizada uma busca de informações em bases de dados.

5 CONCLUSÃO

A mucocele de apêncide é uma condição rara, e por isso, eles são frequentemente encontrados incidentalmente, pois muitos pacientes são assintomáticos ou apresentam sintomas inespecíficos. A ressecção cirúrgica do mucocele apendicular é o tratamento preferido pelos especialistas, sendo a ultrassonografia e a tomografia computadorizada os exames de escolha para o diagnóstico.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores concordam que não houve nenhum conflito de interesses ao decorrer desse relato de caso.

REFERÊNCIAS

CONSTANTIN, M. et al. The Vermiform Appendix and Its Pathologies. Cancers, v. 15, n. 15, p. 3872, 2023. https://www.mdpi.com/2072-6694/15/15/3872

FAURE, M.-O. et al. Mucocele of the appendix : a case report and review of the literature. v. 97, n. 4, p. 217–217, 1 jul. 2014. https://www.cureus.com/articles/159780-mucocele-of-the-appendix-a-case-report-and-review-of-literature#!/

KHAN, A.; ALSUBAIE, R. S.; ALMOHAMMED, A. A. Mucocele of the Appendix: A Case Report and Review of Literature. Cureus, 9 jun. 2023. https://www.cureus.com/articles/159780-mucocele-of-the-appendix-a-case-report-and-review-of-literature#!/

KILLINGER, B.; LABRIE, V. The Appendix in Parkinson's Disease: From Vestigial Remnant to Vital Organ? Journal of Parkinson's Disease, v. 9, n. s2, p. S345–S358, 30 out. 2019. https://content.iospress.com/articles/journal-of-parkinsons-disease/jpd191703

LOUIS, T. H.; FELTER, D. F. Mucocele of the Appendix. Baylor University Medical Center Proceedings, v. 27, n. 1, p. 33–34, jan. 2014. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08998280.2014.11929046

OYEH, E. et al. Mucocoele of the appendix. Ghana Medical Journal, v. 58, n. 1, p. 109–114, 25 mar. 2024. https://www.ajol.info/index.php/gmj/article/view/267470

SAAD, E. A. et al. Surgical treatment of mucocele of the appendix: a systematic review and case report. v. 2018, n. 6, 28 jun. 2018. https://academic.oup.com/jscr/article/2018/6/rjy102/5046253

SANTOS, S. F. et al. Mucocele of the appendix: what to expect. Radiologia Brasileira, v. 55, n. 3, p. 193–198, maio 2022. https://www.scielo.br/j/rb/a/DFKvHYnHwGT6nwZS3qcYggn/?lang=en

SINGH, M. A general overview of mucocele of appendix. Journal of Family Medicine and Primary Care, v. 9, n. 12, p. 5867, 2020. https://journals.lww.com/jfmpc/Fulltext/2020/09120/A_general_overview_of_mucocele_of_appendix.9.aspx

SINGH, M. P.; HUDA, T. Mucocele of the Appendix: A Presentation. The Surgery Journal, v. 08, n. 03, p. e215–e218, jul. 2022. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36131947/

WANG, T.-T. et al. Endoscopic diagnosis and treatment of an appendiceal mucocele: A case report. World Journal of Clinical Cases, v. 9, n. 16, p. 3936–3942, 6 jun. 2021. https://www.wjgnet.com/2307-8960/full/v9/i16/3936.htm