
CASOS CLINICOS

CARCINOIDE DO APENDICE ILEO-CECAL

TURIBIO BRAZ

Assistente do S. N. C.

Histórico: Langhans em 1867 descreveu um pequeno tumor polípoide, envolvendo a sub-mucosa do ileo, apresentando estrutura alveolar infiltrante e agora reconhecido claramente como carcinoide típico. Este tumor logo se tornou conhecido dos patologistas.

Lubarsch em 1888, separou evidentemente este tumor do adeno-carcinoma pela sua origem nas células cripticas.

Bauting em 1904, assemelhou sua estrutura ao carcinoma basal.

Oberndorf em 1907, empregou o termo carcinoide, em uma serie de trabalhos.

Masson, que reforçou o termo carcinoide, tendo publicado vários trabalhos de 1914 a 1930, conjuntamente com Cordier em 1914 e êle próprio em 1928, denominou estas formações de tumores de células argento-redutoras (Argentaffins).

Casuística Brasileira: Em 1926 Maurity dos Santos, comunicou à Sociedade de Medicina e Cirurgia, o primeiro caso encontrado no Serviço de Cirurgia da Gambôa, sendo êle nesta época Chefe Interino; anteriormente Maurity se referiu a outro caso em uma doente da Clínica Ginecologica da Faculdade de Medicina onde era assistente e em cuja operação tomara parte — uma laparotomia ginecologica. Ambos os casos foram rotulados como carcinoma.

Fernando Ellis Ribeiro em interessante trabalho “Contribuição ao estudo dos Carcinoides do apendice ileo-cecal”, da Clínica do Prof. Brandão Filho, relata dois casos.

No Serviço do Prof. Baena houve um caso.

No Serviço do Prof. Castro Araujo, um caso, sendo este o primeiro em que foi feita a verificação da “argentafinidade” pelo nitrato de prata amoniacal devida ao Prof. Amadeu Fialho, o maior dos nossos patologistas.

Brandino Corrêa apresentou dois casos.

Oswaldo Nazareth em 1938, apresentou um trabalho “Carcinoide do apendice ileo-cecal”, na Revista de Ginecologia e Obstetricia, número especial em homenagem ao Prof. Maurity que tão prematuramente fora roubado do nosso convívio naquela época.

Os Drs. Henrique Machado Horta e Moacyr Junqueira, de Belo Horizonte, também publicaram um trabalho na Revista de Ginecologia e Obstetricia, em Agosto de 1939: — “Tumores argentaffins do apendice ileo-cecal” — Tivemos apresentado o nosso caso ao 3º Congresso Médico do Estado do Rio, quando tivemos o grande prazer de receber uma Tese de S. Paulo de 1929, do colega Antonio de Godoy Moreira e Costa Sobrinho “Células Argentaffins e carcinoides do apendice ileo-cecal”, em torno de dois casos otimamente documentados. Finalmente, nosso caso

de 18 de Outubro de 1948, que passamos a relatar.

L. P. C., 37 anos, preto, casado, registrado no S. N. de Câncer sob o número 12.390. Internado na data acima referida, com o diagnóstico de: "Brida cicatricial post-operatória (apendicectomia), com síndrome de sub-oclusão intermitente".

O doente nos foi encaminhado pelo seu médico clínico Dr. Granadeiro Neto, nosso particular amigo e cujo diagnóstico foi perfeitamente aceito por todos nós do Serviço.

História da doença: Apendicectomia ha 2 anos em Miracema, Estado do Rio, material retirado (apendice) abandonado!! Um ano após, começou a sentir dores na fossa ilaca direita, com irradiação para todo abdomen. Durante as dores formava-se tumoração sobre a cicatriz operatória, ventre distendido, colicas, roncos e vontade de expelir gases sem poder fazê-lo. Tal quadro desaparecia horas depois, quando conseguia emitir os gases e abundantes fezes, sentindo-se em seguida perfeitamente bem. Enquanto não fazia excessos de mesa, passava bem semanas e meses, voltando o quadro anteriormente descrito pela quebra do regime alimentar. De 4 meses para cá tais crises se tornaram mais frequentes provocando medo de alimentar-se. Emagrecimento acentuado, fraqueza geral, desanimo e dores quasi continuas sobre a fossa iliaca direita.

Vindo para o Rio, procurou o Instituto dos Industriarios, sendo lá examinado pelo Dr. Granadeiro, que resolveu entregar-nos o doente com o diagnóstico acima referido com suspeitas da blastoma do cecum ou colon ascendente.

Exame local: À inspeção, cicatriz operatória na fossa iliaca direita, por apendicectomia. Tôda fossa elevada

contrastando com a cicatriz que se apresenta deprimida na sua porção mediana, formando-se uma umbelicação profunda durante a inspiração forçada. À palpação, o paciente acusa dôres em tôda fossa ilíaca, mais acentuadas junto à borda externa da cicatriz, onde percebemos certo empastamento. Insensibilidade nos demais pontos abdominais.

Exame radiológico: A radiografia efetuada 10 horas após a ingestão do contraste revelou: Estase e discreta ectasia da última alça do ileo; encurtamento do conjunto ceco-colon ascendente que se apresenta deformado e contendo apenas vestígios de contraste. (Ass.) E. Machado Netto. (fig. 1)

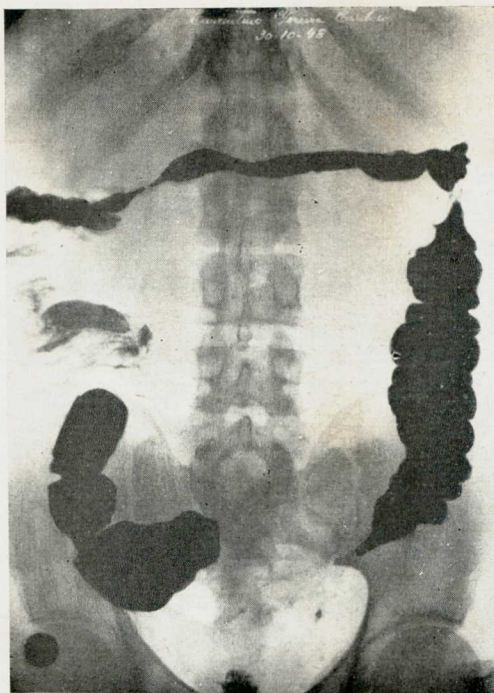


Fig. 1: Radiografia do trânsito intestinal pelos. Estase e discreta ectasia da última alça do ileo; encurtamento do conjunto ceco-colon ascendente que se apresenta deformado e contendo apenas vestígios de contraste

Tratamento: Laparotomia paramediana direita, com exérese da cicatriz operatória. A palpação do cecum e val-

vula ileo-cecal, sentimos tumoração dura, arredondada, do tamanho de uma nóz, próximo à válvula, com serosa íntegra.

Ouvimos vários colegas cirurgiões do Serviço, ficando resolvida por fim a abertura do cecum. Encontramos o tumor desenvolvido para a luz intestinal, junto à válvula, cuja abertura dava passagem tão sómente à tentaculula, conforme pode ser visto pela fotografia da peça (figs. 2, 3 e 4). Foi le-

cinoide, resolvemos completar o tratamento o que foi feito em 23-11-48, 18 dias depois da primeira intervenção. Anestesia pelo ciclopropano-oxigenio e

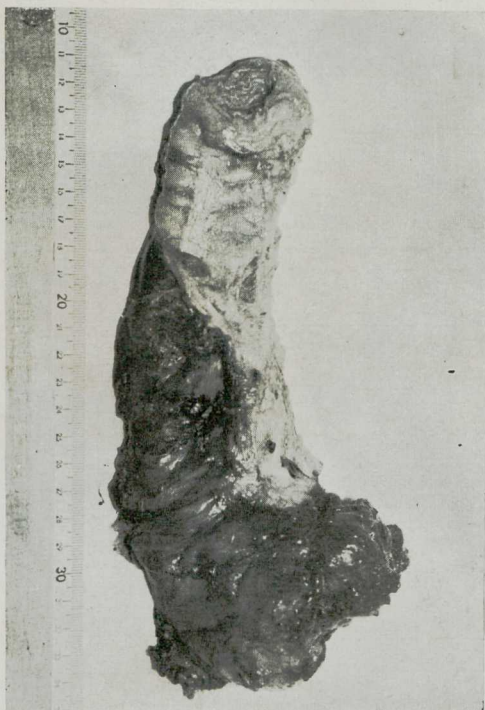


Fig. 2 : Peça operatória fechada

vantada a hipótese de tuberculose, pela coloração do tumor e aspecto da secção para retirada de material para exame histopatológico. Foi possível suturar o tumor e o sangramento foi pequeno. Fechamos novamente o cecum e resolvemos, para corrigir a estenose da válvula, praticar a ileo-transversostomia. Post-operatório normal.

De posse do laudo anatomo-patológico que revelou tratar-se de um car-

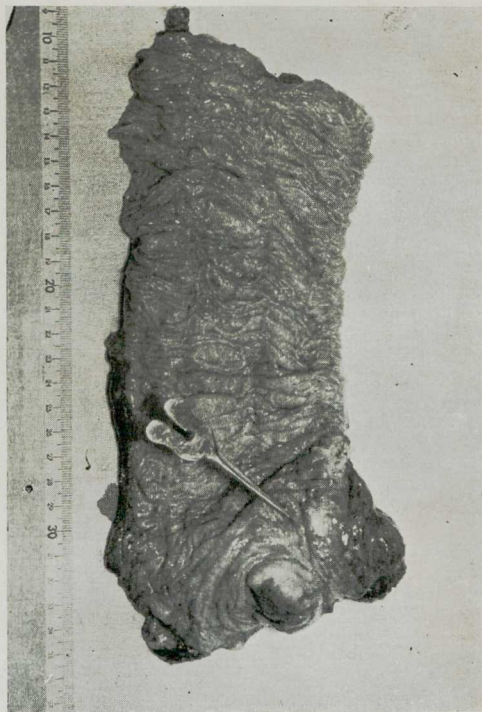


Fig. 3 : Peças operatória aberta e com tentaculula na passagem da válvula ileo-cecal estenosada

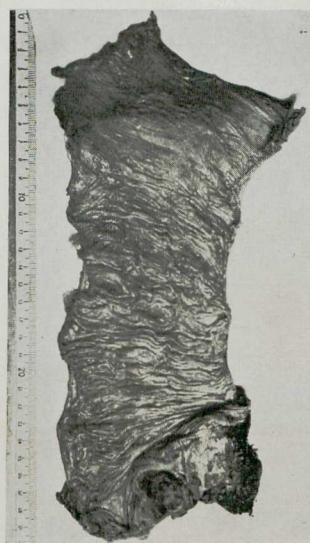


Fig. 4 : Peça operatória aberta — mostrando o tumor

curare. Praticamos uma *colectomia direita*. Post-operatório normal. Alta em 21-12-48, quando fizemos novas radiografias (fig. 5).

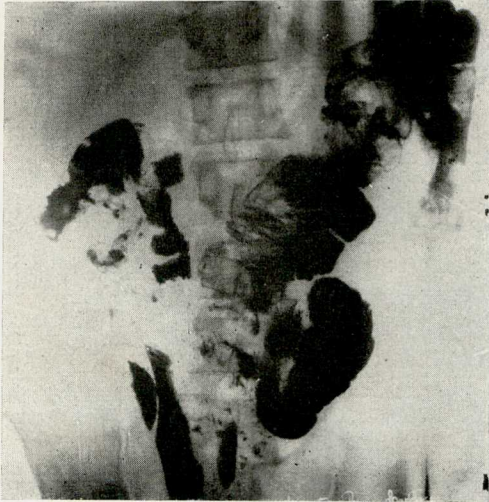


Fig. 5: Controle radiológico em 21-12-48

Contrôle: em Fevereiro de 1949, ventre baixo, indolor, com os movimentos normais e sincronicos aos respiratórios, cicatriz operatória com início de queloide. Exonerações intestinais diárias e normais, nada sentindo mesmo por excessos de mesa e um pouco de álcool. A palpação nada sentimos. Aumentou 6 quilos.

Em Agosto do mesmo ano, ventre baixo, indolor, cicatriz operatória com o mesmo queloide, bom estado geral; aumentou mais 3 quilos. Bom apetite, come de tudo e retornou ao trabalho. A palpação, abdomen indolor, flácido e com paniculo adiposo regular.

Novo contrôle radiológico em 30 de novembro de 49. Doente passando muito bem. (fig. 6).

Definição: Masson definiu estas formações como tumores oriundos de glândulas endócrinas em ligação com o aparelho nervoso simpático. Estabeleceu correlação com as células de Kultschitsky na base das glândulas de Lieberkuhn, com granulações reduzidas pela

prata amoniacal: argentaffins. Oitenta e seis por cento de tais tumores, contem neuromas (células argentaffins hiperplásticas) e nervos não mielinizados.

Localizações: Inicialmente foram encontrados nas autopsias mais frequentemente nos apêndices e nos colons, presenciados às vezes no estômago, intestino delgado, sendo aí considerados por Ewing como mais facéis de degeneração maligna, ao contrário da localização apendicular que é praticamente benigna. Noventa e seis por cento se localizam no apêndice e os da extremidade deste órgão (dando a fôrma de badalo de sino) são de grande benignidade; em quanto que os da base, considerados de origem cecal são de maior malignidade.

São tumores arredondados, peque-

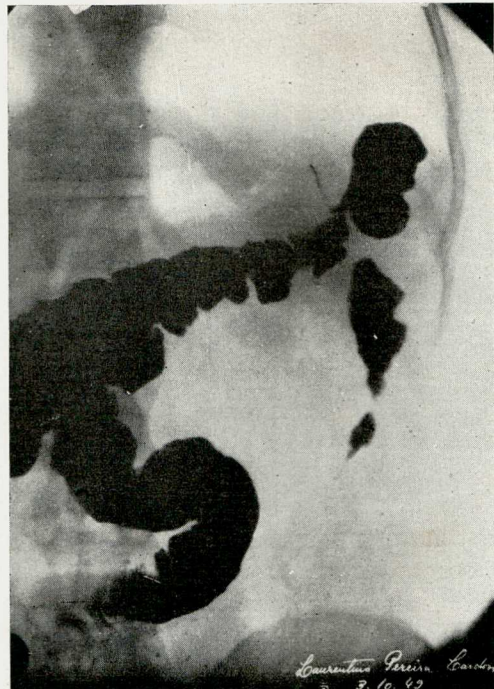


Fig. 6: Controle radiológico em 30-10-49

nos, duros, circunscritos, de coloração amarelada pela presença de substância lipocromica. São encontrados na sub-mucosa, muscular e recobertos por

mucosa lisa e peritônio espessado "semelhantes à tuberculose". Seu crescimento pode ser intrínseco ou extrínseco, com invasão da serosa e mesoapêndice, vezes outras obstrução da luz e infiltração dos tecidos subjacentes. Ocasionalmente são múltiplos.

Diagnóstico diferencial: Havendo cronicidade inflamatória, associada à obliteração de luz, a confusão sintomática será verificada. Sòmente depois da operação e respectivo exame histopatológico, o diagnóstico definitivo é feito. Os outros casos serão surpresas de laparotomias para outros fins. Dada a sua raridade, não sendo citado nos cursos de cirurgia ou nos compendios, nem sempre ocorre ao cirurgião a idéia de extirpação ampla e alargada. Ho-diernamente nos E. U., faz-se a biopsia extemporânea de todos os tumores intracavitários, antes de iniciar qualquer técnica cirúrgica. Em meio por cento dos apêndices retirados por apendicites são encontrados tumores carcinoides. Cuidado com apêndices cuja ponta apresenta uma tumoração que lhes dá a forma de badalo de sino. Por tais contingências e a sintomatologia frusta do carcinóide, devemos perdoar os apendicetomistas sistemáticos que, sem o querer, fazem a cura precoce de tais tumores. São noções que vêm reforçar o já conhecido aforisma: "Será melhor retirar um apêndice são, do que deixar um doente morrer de apendicite supurada".

A diferenciação entre carcinóide e carcinoma verdadeiro do apêndice é feita microscopicamente pelos seguintes caracteres peculiares aos primeiros:

- 1º Cordões de células argentafins.
- 2º Poucas figuras mitóticas.
- 3º Figuras alveolares, mas nunca células de disposição glandular.
- 4º Tamanho uniforme, posição regular, opacidade e ausência de

hipercromatina indicando moderada malignidade, semelhante ao melanoma benigno ou carcinoma de células basais. (figs. 7 e 8).

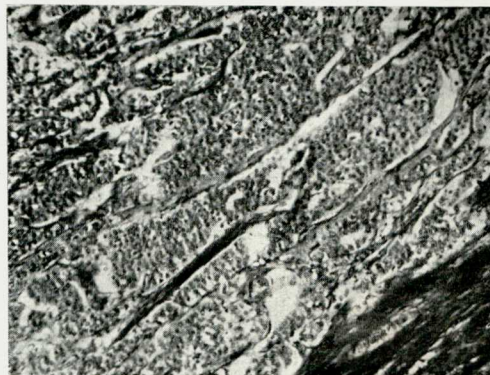


Fig. 7: Corte histológico com pequeno aumento

Os tumores carcinoides do intestino delgado podem se tornar malignos, em contraste com os do apêndice que são praticamente sempre benignos (Ewing).

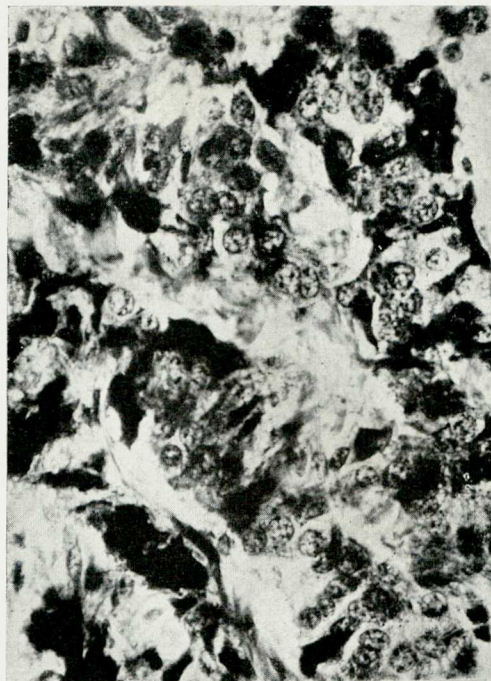
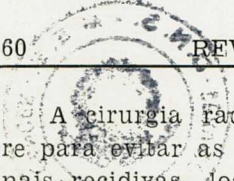


Fig. 8: Corte histológico com grande aumento



A cirurgia radical, ampla, concorre para evitar as pequenas e excepcionais, recidivas locais que porventura surjam. Somente 2 a 6 por cento destes carcinoides mostram alguns sinais de malignidade, tais como invasão, recidiva ou comprometimento de nódulos linfáticos regionais.

A idade média de aparecimento é de 25 anos para o apêndice, 45 a 55 no intestino delgado e colon (Raiford).

Conclusões:

- 1º Em toda laparotomia, quando possível, deverá ser feita a apendicectomia.
- 2º Em toda apendicectomia deverá ser lembrada a possibilidade

deste tumor — Conformação de badalo de sino.

- 3º Existindo sinais macroscópicos de carcinóide, o cirurgião deverá fazer exploração do meso, do cecum, gânglios das circunvizinhanças.
- 4º Devemos perdoar os apendicectomistas sistemáticos porque indiretamente estão fazendo profilaxia de tais tumores.
- 5º Ressecções amplas pelo perigo de disseminação e invasão dos órgãos vizinhos.
- 6º Não protelar indefinidamente as intervenções por apendicite.

Prognóstico: É sempre bom (Ewing).