

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
PRIMEIRA CADEIRA DE CLÍNICA CIRÚRGICA — PROF. ALÍPIO CORREIA NETO

PSEUDOMIXOMA PERITONIAL DE ORIGEM APENDICULAR

DR. EDGARD PINTO DE SOUZA

Assistente

GENERALIDADES

O pseudomixoma peritonal, também connectido por moléstia gelatinosa peritonal, peritonite mixomatosa, câncer colóide do peritônio, degeneração gelatiniforme do peritônio, adenocistoma peritonal, abdomen gelatinoso. . . , constitue afecção rara e de diversas origens. Na quasi totalidade dos casos, é consequente à rutura de cisto pseudomucinoso do ovário ou à mucocele do apêndice vermicular. Em linhas gerais, são êles constituídos de grandes massas gelatinosas, mais ou menos encapsuladas, que invadem tôda a cavidade peritonal, produzindo algumas vezes grande distensão da mesma.

Os mais frequentes são os de origem ovariana. Entre nós, SYLLA MATOS e DOMINGOS DELASCIO publicaram um trabalho sôbre pseudomixoma peritonal ovarígeno, esgotando o assunto. Conheçemos, igualmente, um outro estudo sôbre pseudomixoma, êste, de origem apêndicular, feito por PENNA DE AZEVEDO e COUTINHO DA SILVEIRA do Instituto Oswaldo Cruz.

No serviço hospitalar do Prof. Correia Neto, em 712 casos de apendicopatias, tivemos ocasião de observar e operar um único caso de pseudomixoma peritonal de origem apêndicular.

Por se tratar de um caso bastante instrutivo, resolvemos publicar o presente trabalho, onde vamos encarar somente o estudo da mucocele apêndicular e da complicação mais grave dela resultante, qual seja o pseudomixoma peritonal consequente à rutura do apêndice,

DEFINIÇÃO E INCIDÊNCIA

Por mucocele apêndicular, definição dada por FERÉ, em 1876, entende-se a dilatação do apêndice por um conteúdo mucoso ou pseudomucinoso. Com a produção exagerada dêste material pseudomucinoso pode-se verificar grande dilatação das paredes do apêndice

com a conseqüente ruptura e extravasamento do seu conteúdo para a cavidade peritoneal, originando-se, então, o que WERTH, pela primeira vez, descreveu em 1884 como pseudomixoma peritoneal. O pseudomixoma peritoneal constitui, no dizer de MASCIOTTRA e MISETA, uma afecção caracterizada, em termos gerais e do ponto de vista anatômico, pela existência de um derrame peritoneal, mais ou menos extenso e abundante, constituído de uma substância espessa, gelatinosa e aderente; em outros termos, trata-se de uma verdadeira ascite gelatinosa.

Inicialmente, julgava-se ser a afecção privativa da mulher e de origem ovariana. Coube a FRAENKEL, em 1901, a verificação do primeiro caso de pseudomixoma peritoneal, de origem apendicular, em homem. Ulteriormente, vários casos têm sido descritos de pseudomixomas peritoneais de origem apendicular, em mulheres, com órgãos genitais inteiramente sãos.

A incidência da mucocele apendicular é relativamente pequena. Segundo NORMENT, em 45.000 apêndices removidos cirurgicamente na Clínica Mayo, somente 36 apresentavam degeneração mixomatosa, ou seja 0,08 %. MAYO e FAUSTER, em 1832, relatam 76 mucoceles em 31.200 apendicectomias, o que dá uma incidência de 0,24 %. Por outro lado, DANNRENTHER, em 1936, encontra uma incidência menor, 0,1 % em 8.457 apêndices extirpados, e WEAVER, em 1937, traz a incidência de 0,11 % em 6.225 apêndices retirados.

Segundo JONES e CARMODY (1936), o número de casos de mucocele do apêndice relatados não atinge a 400. Os casos de pseudomixoma peritoneal de origem apendicular são ainda mais raros. D'AUNOY e FINE (1934), em uma revisão da literatura, encontram somente 90 casos descritos. Na Clínica Mayo, segundo trabalho de WOODRUFF e Mc DONALD, existem registrados somente 5 casos, dos quais 2 se verificaram em homens.

A idade média da incidência da moléstia é, segundo MASSON e HAMRICH, 57 anos.

MAYO e FAUSTER (1932) encontraram uma idade média de incidência um pouco menor, isto é, 42 anos.

CLASSIFICAÇÃO

Segundo MASCIOTTRA e MISETA o pseudomixoma peritoneal pode ser:

1) Primitivo (muito raro e discutido), tendo por origem: epiploite crônica; corpos estranhos intraperitoneais; peritonite crônica banal.

2) Secundário: a) ruptura de cisto pseudomucinoso do ovário; b) ruptura de mucocele apendicular; c) de origem cecal; d) ruptura de mucocele de vesícula biliar.

Dêstes, apenas o ovarígeno e a apendicular oferecem interêsse pela sua freqüência. Os demais são extremamente raros, sendo sua

existência muito problemática e mesmo negada pela maioria dos autores.

PATOLOGIA

SALVATORE DE RENZI, num estudo anátomo-patológico muito bem feito, conclue que o pseudomixoma peritonial de origem apendicular é sempre precedido de alterações típicas do apêndice.

Tais alterações podem se enquadrar, sob o ponto de vista anátomo-patológico, em 3 modalidades diversas:

- a) hidropsia mucóide do apêndice;
- b) mixoglobulose apendicular;
- c) mucocele apendicular;

Cada uma destas modalidades pode evoluir para o pseudomixoma peritonial.

No entanto, se bem que sob o ponto de vista anátomo-patológico possam estas 3 variedades ser consideradas em separado, elas nada mais representam senão aspectos anátomo-patológicos de um mesmo processo mórbido, a que DE RENZI propôs, em substituição ao termo já difundido de mucocele, o termo genérico, mais acertado, de mixo-apendiculose. Por mixo-apendiculose entende-se, pois, um determinado tipo de lesão cística mucóide do apêndice, a qual pode se apresentar sob o ponto de vista anátomo-patológico, nas 3 modalidades acima citadas: hidropsia mucóide, mixo-globulose e mucocele.

a) Hidropsia mucóide do apêndice — Constitue, segundo DE RENZI, a mais frequente das mixo-apendiculoses; caracteriza-se pela presença, na cavidade apendicular, de muco e líquido seroso em quantidade mais ou menos abundante, com conseqüente dilatação da luz e espessamento das paredes do apêndice. O processo se assemelha com o empiema apendicular, dele se diferenciando por não existirem germes virulentos no conteúdo do apêndice.

b) Mixoglobulose do apêndice — Muito mais rara que a hidropsia, caracteriza-se a mixoglobulose pelo aspecto da substância mucóide encontrada no interior do apêndice, que, em lugar de se apresentar amorfa como na hidropsia mucóide simples, é formada de pequenas partículas esferoidais conglomeradas, lembrando a ova dos peixes.

O termo mixo-globulose foi criado por HANSEMANN em 1914; constitue afecção muito rara, pois os casos descritos na literatura não vão além de 33 (De Renzi).

c) Mucocele do apêndice — é caracterizada pela presença de substância mucóide na espessura das paredes do apêndice; diferencia-se da hidropsia mucóide simples, não só pelo aspecto mais consistente do muco, como também pelo extravasamento dêste para os interstícios da parede apendicular.

Das mixo-apendiculoses a que mais frequentemente produz o pseudomixoma é a mucocele do apêndice; êste fato é facilmente compreensível, pois é exatamente na mucocele que se encontram as

mais graves alterações das paredes do apêndice, com extravasamento de muco na espessura das mesmas. Conhecem-se, no entanto, casos de pseudomixoma consequentes a hidropsia mucóide ou a mixoglobulose. O mecanismo de formação é sempre o mesmo: aumento da pressão intra-apendicular associada a uma meopraxia da parede do apêndice, acarretando, no final, a rutura dos tecidos nas zonas mais atingidas e o consequente extravasamento do conteúdo do apêndice para a cavidade peritoneal. Com a rutura e o derrame intra-peritoneal, quatro eventualidades podem se verificar:

1) O derrame se acumula na fossa ilíaca direita, originando-se, em tais casos, firmes aderências que formam uma cápsula de tecido conectivo, englobando o processo.

2) O material extravasado invade várias dependências da cavidade peritoneal, tornando-se delicadamente encapsulado e se espalhando pelo peritônio como pequenos quistos.

3) Verifica-se grande disseminação da substância por toda a cavidade, provocando forte reação peritoneal e peritonite adesiva.

4) O derrame é inteiramente absorvido.

O mecanismo pelo qual se verifica a difusão da substância gelatinosa no interior da cavidade peritoneal, é muito discutido. Segundo NAELUND o epitélio apendicular tem a capacidade de se enxertar na cavidade peritoneal e se multiplicar à distância de seu lugar de origem. Assim se explica o fato de, após a remoção do apêndice e do conteúdo pseudomixomatoso, poder se verificar, em uma nova laparotomia praticada anos mais tarde, material pseudo-mucinoso, apresentando elementos epiteliais do tipo intestinal em franca proliferação.

No que diz respeito ao tamanho do apêndice, nos casos de mucocele, ou melhor, de mixo-apendiculose, varia êle grandemente; podemos encontrar desde apêndices de dimensões normais até apêndices de volume equivalente a uma cabeça de adulto. A natureza histológica da parede é igualmente muito variável; nos estádios iniciais, verifica-se uma hiperplasia da mucosa, considerável infiltração de células redondas na sub-mucosa e hipertrofia da muscular. Com o aumento gradual da pressão endo-apendicular, a mucosa torna-se gradativamente mais atrofica, o mesmo acontecendo com as demais camadas, que vão, aos poucos, sendo invadidas e substituídas por tecido de natureza conectival. Com o aumento da pressão interna e o adelgaçamento das diferentes túnicas do apêndice, formam-se divertículos da parede, que acaba por se romper, verificando-se esta dutura, seja ao nível dos divertículos, seja ao nível da própria parede apendicular. O conteúdo apendicular nas mixo-apendiculoses varia de acôrdo com as diferentes variedades já estudadas, isto é, conforme se trate de uma hidropsia mucóide, de uma mixo-globulose ou de uma mucocele. Na hidropsia o conteúdo é formado por muco de consistência líquida, de aspecto turvo e de pequena densidade. Na mixo-globulose, êle se apresenta sob a fôrma de pequenas partículas globu-

lares e semitransparentes, de mistura com o muco, assemelhando-se o conjunto com a ova de peixes. Na mucocele, o muco se apresenta sob forma mais consistente, de natureza gelatinosa.

Em qualquer uma destas 3 variedades o conteúdo é asséptico, sendo que alguns lhe conferem ainda certo poder bactericida.

ETIOLOGIA

Várias teorias têm sido propostas para explicar a etiologia das mixo-ependiculoses. A mais defendida é a que admite, como causa essencial, a obstrução da luz apendicular em apêndice de conteúdo pouco séptico; o resultado será a secreção mais intensa que a absorção, daí distensão e formação de divertículos da parede com consequente rutura e formação de pseudomixoma peritonia secundário. Vários trabalhos experimentais têm sido feitos neste sentido, tendo os autores chegado à mesma conclusão final: a obstrução da canalização em apêndice de conteúdo asséptico ou pouco contaminado, dá como resultado a produção de mucocele com ulterior rutura e produção de pseudomixoma peritonia.

WANGENSTEEN e seus colaboradores, em excelentes trabalhos experimentais em cães e macacos, demonstraram que se consegue provocar apendicite aguda com a simples ligadura da base do apêndice. A obstrução mais a infecção ocasionam a inflamação aguda do apêndice, que evolue para a gangrena. Tomando-se, no entanto, o cuidado de afastar a infecção, com a lavagem ampla da luz apendicular com soro fisiológico, não mais se consegue provocar o surto de apendicite aguda, com a simples ligadura da base do apêndice. A ligadura, nestes casos, ou é bem tolerada, ou então promove o desenvolvimento de mucocele do apêndice. Recentemente (set. de 1941), GRODINSKY, em trabalho experimental muito bem documentado, mostrou a veracidade de tal asserção.

Utilizou-se do coelho como animal de experimentação. Segundo WANGENSTEEN, o apêndice destes animais se assemelha muito ao humano, no que respeita à estrutura e função).

Dividiu as experiências em 2 modalidades: a) ligadura (sem remoção do conteúdo apendicular, e com remoção prévia do mesmo por intermédio de punção com agulha e lavagem); b) injeção intra-peritonia de material obtido de mucocele ou da massa pseudomixomatosa peritonia.

1) *Resultado das experiências onde foi praticada a ligadura da base apendicular.* Em 2 animais foi praticada a ligadura sem irrigação preliminar da luz do apêndice; ambos faleceram de apendicite gangrenosa e peritonite. Noutros 12 animais, após ter sido removido o conteúdo do apêndice por intermédio de punção endo-apendicular com agulha, e irrigação da luz com 60 a 80 cc. de soro fisiológico, foi praticada a ligadura da base. Aberto o ventre destes 12 animais, duas a oito semanas mais tarde, observou-se a formação de mucocele apen-

dicular em 10, dos quais 6 apresentavam, igualmente, depósitos secundários na cavidade peritoneal, ou melhor, pseudomixoma peritoneal. Nos casos reoperados tardiamente, o tumor correspondente à mucocèle apendicular era volumoso e o pseudomixoma peritoneal estava sempre presente.

2) *Resultado das experiências onde foi praticada a injeção intraperitoneal*: Sete animais foram injetados com material proveniente do conteúdo de mucocèle apendicular; destes, 5 com a totalidade do material, e 2 com o filtrado obtido com a passagem do mesmo material em filtro Seitz. Dos 5 animais injetados com o material total desenvolveram-se, em 3, depósitos pseudomixomatosos típicos na cavidade peritoneal; nos 2 restantes, onde se injetou somente o filtrado, nada se verificou de anormal.

Noutros 2 animais foi feita uma injeção de material obtido de emulsão do material total, e noutro, a injeção de material obtido de pseudomixoma peritoneal. Em ambos desenvolveram-se lesões pseudo-mixomatosas evidentes.

As experiências acima referidas mostram que somente a injeção intraperitoneal dos filtrados do material obtido da mucocèle, ou das massas pseudomixomatosas intraperitoneais, é que não se acompanha do desenvolvimento de pseudomixoma do peritônio. Conclue-se, pois, daí, que a substância responsável pelo desenvolvimento do pseudomixoma não é filtrável, sendo, possivelmente, de natureza celular.

DONALD, SHARPE e GRAY, da Clínica Mayo, em artigo publicado em Junho de 1942, afirmam que o pseudomixoma peritoneal é uma carcinomatose difusa do peritônio que provoca a formação de grande quantidade de muco. No homem, dizem êstes autores, esta afecção está relacionada com um carcinoma intraquístico do apêndice.

A lesão inicial é um quisto do apêndice sôbre o qual se desenvolve, posteriormente, um carcinoma. As células malignas que caracterizam esta afecção correspondem ao tipo I da classificação de Broders; seu crescimento é, pois, muito lento, o que explica poderem os enfermos viver muito tempo após a extração da substância de aspecto gelatinoso da cavidade peritoneal. Tais idéias não são, porém, aceitas pela maioria dos autores. O que parece se verificar é a presença simultânea dos dois processos. WAUGH e FINDLAY, em 1937, sugeriram que o câncer poderia ser primitivo, e ser o responsável pela obstrução da luz do apêndice com o ulterior acúmulo de muco e produção de mucocèle; ou então, que a mucocèle seria inicial e provocaria estímulos anormais sobre o epitélio, e, daí, degeneração maligna. Conhecem-se, na realidade, inúmeros casos da literatura, onde se verificou a incidência simultânea de adeno-carcinoma do apêndice e pseudomixoma peritoneal.

SINTOMATOLOGIA

Os sintomas da mucocèle do apêndice e do pseudomixoma peritoneal são vagos e indefinidos.

Verifica-se, em geral, dor no quadrante inferior direito do abdomen; na maioria das vezes, fraca e sem localização nítida. Podem se verificar náuseas e, algumas vezes, vômitos. A febre e a leucocitose em geral não estão presentes. Não se verifica defesa muscular, a não ser nos casos onde existe reação inflamatória peritonial. Algumas vezes os sintomas assemelham-se aos da obstrução intestinal, que aqui é devida, seja à compressão direta das alças vizinhas pela tumoração, seja ao desenvolvimento de invaginação da massa tumoral para o interior do ceco.

Quando a obstrução da luz do apêndice é incompleta, pode êle ser visualizado aos R. X. após a administração de bário, o que auxilia o diagnóstico; êste, no entanto, na quasi totalidade dos casos, só é feito com a operação.

TRATAMENTO

O tratamento da mucocele do apêndice consiste essencialmente na apendicectomia. Desde que ainda não se tenha verificado a ruptura do apêndice e o conseqüente extravasamento de material pseudo-mucinoso na cavidade peritonial, a apendicectomia resolve o caso, na maioria das vezes com a cura definitiva.

Tendo-se, no entanto, verificado a ruptura do apêndice e o desenvolvimento do pseudomixoma peritonial, o prognóstico é já muito mais grave e o problema terapêutico muito mais complexo.

Em face da grande difusão do processo e das inúmeras irregularidades de contorno da cavidade peritonial, torna-se impossível a remoção da totalidade do material pseudomucinoso extravasado.

Algumas vezes verifica-se, após a apendicectomia e a remoção mais ampla possível do líquido gelatinoso de derrame, a absorção espontânea da porção restante e a cura do paciente. Contudo, as lesões peritoniais secundárias em geral se apresentam mais tarde, com caracteres de malignidade, e continuam a se desenvolver e se espalhar pela cavidade mesmo após a remoção do apêndice e a retirada, tão completa quanto possível, do material de derrame.

Segundo GRODINSKY, podem se verificar dois tipos de lesões pseudomixomatosas secundárias: uma benigna, que se absorve espontaneamente após a remoção da lesão apendicular primária; outra maligna, composta do transplante de células epiteliais do apêndice para a serosa peritonial, onde se desenvolvem tomando o aspecto de malignidade.

Segundo WOODRUFF e MC DONALD, o pseudomixoma maligno só se verifica quando existe um tumor maligno primitivo do apêndice, donde se destacam células epiteliais que se enxertam e se desenvolvem ulteriormente na serosa peritonial.

A maioria dos autores recomenda o uso sistemático da radioterapia no posoperatório. Os resultados obtidos com a irradiação não são, porém, muito animadores.

PROGNÓSTICO

A cura definitiva só é obtida com a remoção do apêndice antes de se ter verificado sua ruptura. Uma vez desenvolvido o pseudomixoma, a afecção em geral recidiva no final de meses ou anos, progredindo até um desenlace fatal.

No dizer de DONALD, SHARPE e GRAY, o pseudomixoma peritoneal apendicular assume, na maioria das vezes, caracteres de malignidade, levando o paciente à morte. A reprodução do derrame peritoneal gelatinoso acarreta lesões difusas de peritonite crônica, parietal e visceral, que leva o doente a um estado de caquexia e desnutrição fora de todo recurso, completado nos estádios finais com a produção de abscessos, fístulas êntero-cutâneas e fenômenos de oclusão intestinal que aceleram o final destes enfermos (Masciottra).

Resumidos, assim, os conhecimentos mais recentes sobre a mucocele do apêndice e o pseudomixoma peritoneal apendicular, relataremos agora a história clínica do paciente que tivemos ocasião de observar no Serviço hospitalar do Prof. Correia Neto.

HISTÓRIA CLÍNICA

L. O., 64 anos, brasileiro, pedreiro. Entrada: 23-3-1942. Saída: 24-4-1942.

H. P. M. A.: Há 4 anos sofreu uma queda, com traumatismo mais ou menos violento no quadrante inferior direito do abdomen. Nesta ocasião surgiu uma pequena mancha azulada no local do trauma e ligeiras dores, tendo desaparecido a coloração e as dores com aplicações de compressas de água e sal.

Não deu importância ao fato e continuou a trabalhar como de costume, notando, no entanto, que no local da batida havia se formado uma pequena tumoração de consistência mole, com cerca de 3 cms. de diâmetro. Esta tumoração em nada o incomodava. Durante cerca de dois anos foi a mesma aumentando de volume sorrateiramente ao mesmo tempo que se tornava mais consistente, até atingir o volume de um côco da Baía. No decorrer deste tempo não trouxe perturbação alguma ao paciente, que continuou o seu trabalho de pedreiro como antes.

Há cerca de dois anos, notou que o tumor tornou-se de consistência dura, lenhosa, e não mais aumentou de volume, tendo diminuído em altura e aumentado em extensão. Permaneceu assim até há 20 dias, quando, após um trabalho pesado, começou a sentir dores na fossa ilíaca direita, sem irradiação, sob a forma de pontadas de grande intensidade, que o obrigaram a abandonar o serviço e recolher-se ao leito. A conselho médico, procurou a nossa enfermaria, onde internou-se em 23-3-1942.

Interrogatório sobre os diferentes aparelhos: Nada digno de nota.

Antecedentes pessoais, familiares e hereditários: Nada de anormal.

Exame físico geral: Sem interesse.

Exame físico especial: Pêso: 67 quilos; altura: 1,70 ms. Tipo constitucional: mediolíneo; Pulso: 70; Respiração: 30; Pressão arterial: 145 x 120. Temperatura: 37°,5.

Nada digno de nota nos segmentos cefálico e cervical, bem como nos aparelhos cárdio-respiratório e gênito-urinário.

Exame físico especial do abdomen:

a) Inspeção: nota-se um abaulamento do abdomen inferior, estendendo-se, em altura, desde a cicatriz umbilical até uns 5 cms. acima da sínfise púbica, e no sentido transversal, estendendo-se de um ponto situado a 2 cms. para dentro da espinha íliaca anterior e superior até às imediações da fossa íliaca esquerda, onde a tumoração desaparece insensivelmente. O lugar mais proeminente do tumor encontra-se no limite entre a fossa íliaca direita e a região umbilical. No conjunto, o volume da tumoração corresponde ao de um côco da Baía. O tumor é muito mais proeminente à direita que à esquerda.

b) Palpação: a metade direita do tumor é quase indolor à palpação. A dor surge ao nível da linha mediana e vai aumentando à medida que se aproxima do extremo esquerdo do tumor. Mobilidade: o tumor move-se muito pouco com as manobras manuais, principalmente na metade esquerda, onde a tentativa desperta fortes dores. Limites: o limite superior é facilmente individualizável em uma linha horizontal passando 1 cm. abaixo do umbigo. Ao chegar ao flanco direito, este limite se perde, confundindo-se com as massas musculares da região. Novamente se consegue individualizar o limite a partir de um ponto situado 3 cms. para dentro da espinha íliaca anterior e superior direita, e daí dirigindo-se para dentro e para baixo até cruzar a linha mediana a cerca de 5 cms. da sínfise púbica. Daí, dirige-se horizontalmente para fora numa extensão de uns 6 cms. e passa a subir paralelamente à arcada crural esquerda até se perder no flanco esquerdo. Os bordos são lisos, sem bosseladuras na parte direita do tumor; porém, ao nível do limite inferior esquerdo, há bosseladuras pequenas e irregulares. Consistência: a consistência do tumor é irregularmente firme, sendo a região mais dura ao nível da parte mais saliente, onde se torna quasi que lenhosa. A pele deslisa facilmente sobre o tumor.

c) Percussão: acusa um som macisso em toda a área tumoral, sentindo o doente dores quando se percute a metade esquerda.

Punção exploradora — feita no ponto mais saliente do tumor, foi absolutamente negativa, apesar de se dirigir a agulha em todas as direções.

A palpação dos diferentes segmentos intestinais acha-se prejudicada pela presença do tumor e pela dor que provoca a palpação profunda.

Fígado: Não palpável; bórdo superior percutível ao nível da 7.^a costela na linha axilar anterior.

Toque retal: Sente-se, na face ântero-lateral direita do reto, um tumor duro, não noduloso.

Exames subsidiários e de laboratório:

Exame de urina: Albumina: traços leves.
Glicose: não contém.
Acetona: não contém.
Acido diacético: não contém.
Sedimento: leucocitos isolados de 5 a 8 por campo, alguns agrupados; raríssimos cilindros granulados.
(M. Barros — 26-3-1942).

Exames de fezes: Numerosos ovos de *Ascaris lumbricoides*, raros de *Trichocephalus* e de ancilostomídeo. (M. Barros — 26-3-1942).

Tipo sanguíneo: III (Moss).

Tempo de coagulação: 4 minutos.

Tempo de sangria: 2 minutos.

Radiografia: Os segmentos intestinais nada encerram de anormal radiologicamente. (Dr. Campanário).

Exame hematológico:

Glóbulos vermelhos	3.760.000
Glóbulos brancos	9.800
Taxa de hemoglobina	60 %
Valor globular	0,7

Tratamento pré-operatório: O paciente foi medicado durante 3 dias consecutivos com a seguinte prescrição: soro fisiológico sub-cutâneo 500,0; soro glicosado a 50 %, 50 cc. endovenoso; Cebion forte 1 ampola; soro cloretado a 20 %, 40 cc. endovenoso.

Operação: Sob anestesia raquídea, foi operado em 31-3-42 pelo Dr. Edgard Pinto de Souza. Laparotomia mediana infra-umbelical. Incisados os planos fibro-aponevróticos, caiu-se sobre um grande tumor de parede espessa, de cor branco-azulada, muito vascularizada. Seccionada a parede anterior deste tumor, exteriorizou-se grande quantidade de líquido muco-gelatinoso, vítreo, branco-amarelado. Evacuados cerca de 2 litros deste líquido, com auxílio de colher, a exploração visual e manual permitiu reconhecer que o tumor nada mais era que a própria cavidade peritoneal, que tinha sido aberta; o tumor com seu conteúdo gelatinoso era intraperitoneal e não extraperitoneal, como a princípio parecia ser, pois conseguiu-se palpar, no interior do mesmo, alças intestinais e epiploon recobertos por estas massas muco-gelatinosas. As alças intestinais e grande epiploon encontravam-se fixas no fundo e nas paredes laterais da cavidade peritoneal, imobilizadas e aglutinadas, não permitindo diferenciar os diferentes segmentos intestinais, motivo pelo qual não se conseguiu individualizar e aquilatar as condições do ceco e do apêndice.

Após retirar a maior quantidade possível do material de derrame e esterilizar a cavidade com Stopton peritoneal, fechou-se a parede em 3 planos, sem drenagem, ressecando um segmento do peritoneo parietal espessado, para exame anátomo-patológico.

Pósoperatório: Na semana que se seguiu à operação, o pósoperatório correu normalmente, tendo se retirado os agrafes no 6.º dia e tendo o paciente se retirado do hospital, a pedido, no 8.º dia (8-4-1942). A temperatura que antes da operação oscilava diariamente entre 37 e 39 graus, normalizou-se com a intervenção.

Em 14-4-1942, portanto 6 dias após ter-se retirado do hospital, voltou o paciente ao nosso Serviço com o abdomen grandemente distendido, queixando-se de prisão de ventre rebelde e dores generalizadas pelo abdomen. Examinado, constatou-se flutuação nítida ao nível da incisão operatória, que foi em seguida aberta numa pequena extensão. De dentro da cavidade peritoneal saíram cerca de 2 litros de líquido seroso claro, com mau cheiro. O paciente ainda permaneceu na enfermaria por mais 10 dias; durante este tempo verificou-se supuração abundante, que no final estava começando a ceder. Apesar dos conselhos médicos, o paciente recusou permanecer no hospital, tendo pedido alta no dia 24-4-1942.

Follow-up: Até a data atual, o doente ainda não se apresentou no Serviço, apesar das recomendações feitas na ocasião em que se retirou do hospital.

Escreveram-se 3 cartas, pedindo notícias; nenhuma foi respondida.

Exame anátomo-patológico da peça: O informe histológico do fragmento de parede peritoneal, efetuado pelo Dr. Paulo Tibiriçá, no Departamento de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, diz:

N.º S-10.684

Nome: L. de O.

Operador: Dr. Edgard Pinto de Souza.

Data: 20-4-1942.

Clinica: 3.ª C. H.

Qualidade da peça: Tumor abdominal.

Exame macroscópico: Numerosos fragmentos de tecido constituídos principalmente por cistos de diâmetro variável até 1 cm., contendo uma substância gelatinosa firme, ora branca, ora cor de ambar.

Exame microscópico: Em meio a um tecido conjuntivo-vascular ha cavidades revestidas por um epitélio prismático alto. Dentro de algumas dessas cavidades ha uma substância homogênea ligeiramente azulada. Ha também infiltrados parvicelulares discretos.

Diagnóstico: PSEUDO-MIXOMA DO PERITÔNIO.

RESUMO

O autor relata um caso de pseudomixoma peritoneal ocorrido em indivíduo do sexo masculino, onde o apêndice foi provavelmente a fonte originária do mal. O fator etiológico mais razoável parece residir na obstrução da base do apêndice, cujo conteúdo apresenta-se pouco contaminado. Numa porcentagem grande de casos, a lesão é consequente a um adenocarcinoma primitivo do apêndice, que afeta secundariamente o peritônio, produzindo grande quantidade de muco.

O tratamento consiste na remoção cirúrgica do apêndice e da maior quantidade possível de substância pseudomucínosa da cavidade peritoneal, seguida de radioterapia.

Vários casos de cura têm sido relatados; na maioria das vezes, porém, as lesões pseudomixomatosas assumem caracteres de malignidade que levam o paciente à morte. Nos casos de mucocele sem ruptura do apêndice, a simples apendicectomia resolve o caso, com a cura definitiva do mal.

BIBLIOGRAFIA

- D'ANNOY, R. — FINE, A. — *Am. Jour. of Cancer* 22: 59, 1934.
- AZEVEDO, A. PENA; SILVEIRA, COUTINHO S. — Pseudomyxoma peritonei de origem appendicular. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz* 32: 59, 1937.
- BAILEY — Pseudomyxoma peritonei — *S.G.O.* Nov. 1924.
- BAUER et CHINASSI — Le mucus de la vesicula biliaire. *Pr. Médicale* 27 de Abril de 1932.
- CASTLE, O. L. — Cystic dilatation of the vermiform appendix. *Ann. of Surg.* 61: 582, 1915.
- DANNRENTHER, W. T. — *Am. Jour. Obst. Gyn.* 3: 342, 1936.
- DIXON, C. F. — Mucocele of the vermiform appendix. — *Proc. Staff. Meet. Mayo Clinic.* 11: 847, De. 1936.
- DONALD, JOHN — SHARPE, W. S. — GRAY, H. K. — Seudomixoma peritoneal en hombres. *El dia Médico* 29 de Junho de 1942.
- FRAENKEL, E. — Ueber das sogenannte Pseudomyxoma peritonei. — *Münch Med. Wochschr.* 48: 965, 1901.
- GUICCI, GIUSEPPE — Pseudomyxoma peritoneale di origine appendicolare. *Arch. Ital. Chir.* 28: 524, 1931.
- HANSEMANN — Ueber die Mixoglobulose des Wurmfortsatzes *Verhandl. der Deutsch Pathologischen Gessellschaft* — 17, 1915. Citado por De Renzi.
- HENTZ, V. G. — Mixoglobulosis (von Hanseman) of the appendix. — *Ann. of Surg.* 96: 456, 1932.
- HOBART, MARCUS, H. — PEERMAN, NESSEBRAD — Primary carcinoma of appendix with gelatinous spread. — *J.A.M.A.* 100: 1930, 1933.
- JONES, T. E. — MORRIS, G. — CARMODY, M. G. — Mucocele of appendix. — *Am. Jour. Surg.* 32: 511, 1936.

- LEJARS — La maladie gelatineuse du peritoine d'origine appendiculaire. — Semaine Med. n.º 50, 1912.
- LEONARDO, R. A. — Primary carcinoma of the appendix vs. carcinoid. Am. Jour. Surg. 22: 290, 1933.
- LIFVENDAHN, R. A. — RIES, E. — Open communication between appendiceal mucocele and cecum. — Am. Jour. Surg. 17: 270; 1932.
- MASCIOTTRA, R. L. — MISETA, O. — Seudo Mixoma peritoneal ovarigeno. Rev. Médico-Cirúrgica de Patologia, pg. 721.
- MASSON, J. C. — HAMRICH, R. A. — Pseudomyxoma peritonei originating from mucocele of the appendix. — Surg. Gyn. Obst. 50: 1023, 1930.
- MATTOS, SYLLA — DELASCIO, D. — Pseudomyxoma peritoneal ovarigeno. Rev. Obst. Gyn. São Paulo. 2: 157, 1937.
- MICHAELSON, ERIK — Deux cas de pseudomyxome peritonei d'origine appendiculaire — Jour. Chirurgie pg. 243, 1931.
- MONOT e VUILLEME — Pseudomyxome — Journal de Chir. 38: 38, 1931.
- MUIR, J. B. G. — Mucocele of appendix. — Lancet 1: 131, 1931.
- MAYO, C. — FAUSTER, J. — Minnesota Med. 15: 254, 1932. Citado por Grodinsky, M. — Mucocele of the appendix and pseudomyxoma peritonei. — Surg. Gyn. Obs. 73: 345, 1941.
- MICHAËLSON, ERIK — Zwei Fälle von Pseudomyxome peritonei e processum vermiformis. Acta Chir. Scand. 68: 1, 1931.
- NORMENT — Citado por MASSON, J. C. e HAMRICK, R. A. — Pseudomyxoma peritonei originating from mucocele of the appendix. Surg. Gyn. Obst. 50: 1023, 1930.
- PRINCIGALLI — La mixoglobose dell'appendice vermiforme di Hansemann. Arch. It. Mal. Ap. Dig. — n.º 3 — 1932.
- DE RENZI, SALVATORE — Le mixo-appendiculosi. — Arch. It. Mal. Ap. Digestive. 4: 323, Set. 1935.
- SOODRUFF, R. — MC. DONALD, J. R. — Benign and malignant cystic tumors of the appendix. — Surg. Gyn. Obst. 71: 750, 1940.
- VAUGAHN, R. T. — Appendicitis — Nelson Loose-Leaf Living Surgery — Vol. IV, pg. 297.
- VORHAUS, M. G. — Recognition of some of the less common diseases. — J.A.M.A. — 94: 165, 1930.
- WANGENSTEEN, O. H. — BOWERS, W. F. — Significance of the obstructive factor in the genesis of acute appendicitis. — Arch. of Surg. 34: 496, 1937.
- WANGENSTEEN, O. H. — BUIRGE, R. E. — DENNIS, C. — RICHTIE, W. P. — Ann. of Surg. 106: 910, 1937.
- WANGENSTEEN, O. H. — DENNIS, C. — Ann. of Surg. 110: 629, 1939.
- WANGENSTEEN, O. H. — DENNIS, C. — The production of experimental acute appendicitis (with rupture) in higher apes by luminal obstruction. — S.G.O. 70: 799, 1940.
- WAUGH, T. R. — FINDLEY, B. — Mucocele with peritoneal transplantation in adenocarcinoma of the appendix. — Am. Jour. of Surg. 37: 518, 1937.
- WEAVER, C. H. — Am. Jour. Surg. 36: 23, 1937.
- WERTH — Arch. f. Gynaek. 24: 100, 1884. Citado por Weaver, C. H. — Mucocele of appendix with pseudomucinous degeneration. Am. Jour. Surg. 36: 523, 1937.
- WILMOTH, CLIFFORD, LEE — Mucocele of appendix. Am. Jour. Surg. 34: 383, 1936.