

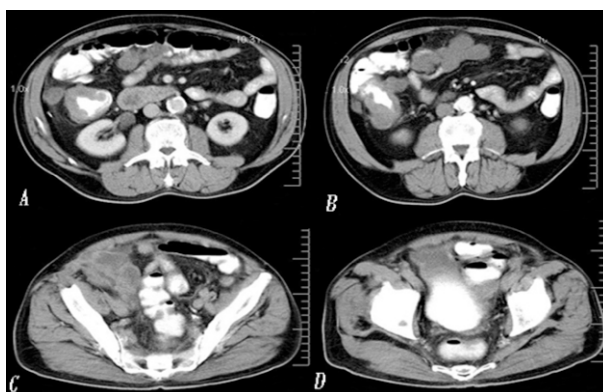
ANEMIA A ESCLARECER – PARTE 2
SUSPECTED ANEMIA – PART 2

André Lanza Carioca¹, Débora Rodrigues Jozala¹, Anderson Benine Belezia², Felipe Aguera Oliver², Júlio César Martinez³

RESUMO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 78 anos, apresenta história de anemia há um ano, fez uso de ferripolimaltose com melhora. Apresentava também ritmo intestinal de normal a diarreico com sangramento, além de náuseas e vômitos. Ao exame físico, estava em bom estado geral e não apresentava nenhuma alteração. Trazia exame de endoscopia digestiva alta que revelava úlcera gástrica cicatrizada. É diabético e faz uso de insulina NPH duas vezes ao dia, e insulina regular, antes das refeições.

Quanto aos antecedentes mórbidos pessoais, submeteu-se à colecistectomia devido a quadro de colecistite com pancreatite, e traz história de fascíte necrotizante em membro inferior direito. Foram solicitados USG e colonoscopia. A primeira mostrou apenas paciente colcistectomizado e fígado com alterações finamente heterogêneas. A colonoscopia expôs neoplasia avançada do cólon transverso e ascendente. A partir disso, solicitou-se tomografia computadorizada, cujas imagens constam abaixo:



Em A e B nota-se presença de espessamento circunferencial de segmento de cólon ascendente compatível com a lesão descrita na colonoscopia. Ainda em A, uma lesão nodular com borramento da gordura adjacente pode ser vista à direita do espessamento descrito.

Em B nota-se também formação hipodensa de contornos lobulados e captação periférica ao meio de contraste posterior à alça do cólon transverso.

Em C e D nota-se outra formação hipodensa de características semelhantes apresentando íntima relação com a bexiga.

Agregando os achados, indicou-se cirurgia que consistiu em colectomia direita com peritonectomia, sem esplenectomia e sem retirada da cápsula de Glisson (descrição da cirurgia). Enviou-se a peça cirúrgica (Figura E) para o anátomo patológico.

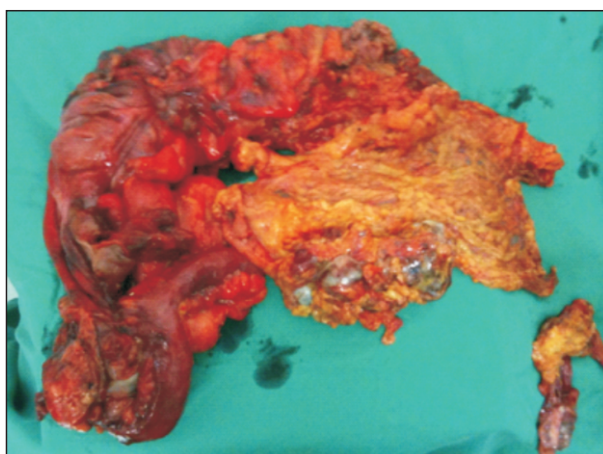


Figura E. Peça cirúrgica

Obs.: imagens em cores estão disponíveis na versão *on line* desta revista (<http://revistas.pucsp.br/rfcms>).

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 15, n. 2, p. 33 - 35, 2013

1. Acadêmico (a) do curso de Medicina - FCMS/PUC-SP

2. Residente em Radiologia - FCMS/PUC-SP

3. Professor do Depto. de Cirurgia - FCMS/PUC-SP.

Recebido em 20/11/2012. Aceito para publicação em 26/2/2013.

Contato: andre_l_carioca@yahoo.com.br

Na peça cirúrgica exposta na figura E notaram-se implantes nodulares na gordura pericólica e estrutura irregular na topografia do apêndice cecal. No anátomo patológico da peça cirúrgica concluiu tratar-se de um adenocarcinoma mucinoso moderadamente diferenciado do cólon tipo infiltrativo, adenocarcinoma mucinoso em topografia de apêndice cecal, metástases em 2 linfonodos pericólicos (2/15) e metástases de adenocarcinoma mucinoso em tecido adiposo.

DISCUSSÃO

O pseudomixoma é uma patologia rara que costuma apresentar sintomas de dor e distensão abdominal, algumas vezes massa abdominal quando a origem é no apêndice, raramente apresentando manifestações de caquexia.¹ Com isso, o diagnóstico clínico torna-se extremamente difícil e, na grande maioria das vezes é feito somente durante a laparotomia.^{1,2} Contudo, os exames radiológicos vêm adquirindo cada vez mais avanços e têm se mostrado extremamente úteis no diagnóstico pré-operatório.¹

Achados da tomografia computadorizada do abdome permitem, por vezes, a visualização de ascites septadas de localização anterior, lesões císticas com calcificação parcial, compressão extrínseca de uma víscera sem invasão direta, além de massas hipodensas de limites bem definidos e paredes finas espalhadas na pelve e abdome, formando um manto espesso. O conteúdo mucinoso é heterogêneo e tem densidade semelhante à da gordura. Um sinal mais específico do pseudomixoma peritoneal são as lobulações da margem hepática por compressão extrínseca do fígado por implantes peritoneais adjacentes, sem metástases no parênquima hepático.^{1,3-5}

No relato apresentado, encontramos alterações características semelhantes às descritas na literatura, com presença de espessamento circunferencial de segmento de cólon ascendente, lesão nodular com borramento da gordura adjacente e formação hipodensa de contornos lobulados.

O tratamento do pseudomixoma peritoneal consiste na ressecção completa do tumor, com suplementação de quimioterapia intraperitoneal e sistêmica adjuvante. Inicia-se com uma abordagem cirúrgica agressiva com desbridamentos cirúrgicos repetidos de todos os depósitos gelatinosos, seguido pela quimioterapia citostática intraperitoneal agressiva adjuvante.^{3,4}

Um grande estudo sobre o tratamento combinado da ressecção cirúrgica com a quimioterapia hipertérmica intraperitoneal no pseudomixoma peritoneal estudou 385 pacientes utilizando esse procedimento e demonstrou grande aumento de sobrevida.⁶⁻⁸ As complicações do procedimento não são desprezíveis. A reoperação se associa a dissecações mais difíceis, devido à presença de aderências e fibroses, aumentando a morbidade pós-operatória, além do risco de enterotomias não-intencionais, fístulas e deiscências subseqüentes. A sobrevida com a terapia é de 75% em cinco anos e 60% em dez anos. Usualmente, as mortes ocorrem devido à obstrução intestinal, formação de fistula, peritonite ou embolia pulmonar.^{3,4}

Diversos quimioterápicos têm sido utilizados no tratamento do pseudomixoma peritoneal, entre eles a cisplatina, mitomicina C e doxurubicin. Em uma revisão sistemática de cinco estudos, foi avaliada a eficácia desse tratamento durante 48 a 52 meses, demonstrando uma taxa de sobrevida de 51 a 156 meses, taxa de morbidade de 33% a 56% e uma taxa de mortalidade de 0% a 18%.^{9,10} Outro estudo, utilizou 75 pacientes com pseudomixoma peritoneal submetidos à citoredução com

quimioterapia hipertérmica intra-peritoneal com mytomicina-C e cisplatina durante dez anos, evidenciando aumento da sobrevida dos pacientes.¹¹

A quimioterapia sistêmica com uso de oxaliplatina e sua combinação com 5-fluorouracil/leucovorin (FOLFOX4) tem mostrado resultados promissores no tratamento do carcinoma colorretal e um relato de sua utilização em um caso de pseudomixoma peritoneal mostrou uma possível quimioterapia sistêmica no tratamento da doença.¹²

Já outro estudo, relatando um caso de adenoma viloso do apêndice causando pseudomixoma peritoneal extremamente avançado, com utilização de ressecção ileocecal e seis ciclos de quimioterapia FOLFOX4 sem sucesso, utilizou uma combinação capecitabina com bevacizumab, objetivando modular a angiogênese dessa neoplasia localmente avançada, mas crescendo lentamente, encontrando resultados impressionantes na estabilização do paciente.¹³

No caso apresentado não houve o devido preparo pré-operatório, seguindo com quimioterapia sistêmica após a ressecção. Daí a importância de haver uma padronização dos exames de imagem no pré-operatório para um diagnóstico precoce e realização da cirurgia com a quimioterapia hipertérmica intraperitoneal, que é o tratamento mais aceito como efetivo na literatura.

A partir disto, o diagnóstico pré-operatório, por meio de exames de imagem, faz-se fundamental para uma abordagem precoce e introdução de um tratamento adequado, diminuindo as complicações intra-operatórias e pós-operatórias, além de proporcionar um melhor prognóstico ao paciente.¹⁴

REFERÊNCIAS

1. Moreira LBM, Melo ASA, Pinheiro RA, Crespo SJV, Marchiori E. Pseudomixoma peritoneal: aspectos tomográficos e na ressonância magnética: relato de três casos. *Radiol Bras.* 2001;34(3):181-6.
2. Bochi C, Buhler R, Buhler JA. Pseudomixoma peritonei: relato de caso e revisão da literatura. *Sci Med.* 2007;17(1):36-9.
3. Bevan KE, Mohamed F, Moran BJ. Pseudomyxoma peritonei. *World J Gastrointest Oncol.* 2010;2(1):44-50.
4. Sulkin TV, O'Neill H, Amin AI, Moran B. CT in pseudomyxoma peritonei: a review of 17 cases. *Clin Radiol.* 2002;57:608-13.
5. Jivan S, Baha V. Case reports: Pseudomyxoma peritonei. *Postgrad Med J.* 2002;78:170-2.
6. Guo AT, Song X, Wei LX, Zhao P. Histological origin of pseudomyxoma peritonei in Chinese women: clinicopathology and immunohistochemistry. *World J Gastroenterol.* 2011;17(30):3531-7.
7. Cioppa T, Vaira M, Bing C, D'Amico S, Bruscolo A, Simone M. Cytoreduction and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy in the treatment of peritoneal carcinomatosis from pseudomyxoma peritonei. *World J Gastroenterol.* 2008;14(44):6817-23.
8. Sugarbaker PH, D Chang. Results of treatment of 385 patients with peritoneal surface spread of appendiceal malignancy. *Ann Surg Oncol.* 1999;6(8):727-31.
9. Farquharson AL, Pranesh N, Witham G, Swindell R, Taylor MB, Renehan AG, et al. A phase ii study evaluating the use of concurrent mitomycin C and capecitabine in patients with advanced unresectable pseudomyxoma peritonei. *Br J Cancer.* 2008;99(4):591-6.
10. Yan TD, Black D, Savady R, Sugarbaker PH. A systematic review on the efficacy of cytoreductive surgery and perioperative intraperitoneal chemotherapy for pseudomyxoma peritonei. *Ann Surg Oncol.* 2007;14:484-92.
11. Deraco M, Kusamura S, Laterza B, Favaro M, Fumagalli L, COTanzo P, et al. Cytoreductive surgery and hyperthermic intra-

- peritoneal chemotherapy (HIPEC) in the treatment of pseudomyxoma peritonei: ten years experience in a single center. *Int J Exp Clin Pathophysiol Drug Res.* 2006;20:773-6.
12. Chen CF, Huang CJ, Kang WY, Hsieh JS. Experience with adjuvant chemotherapy for pseudomyxoma peritonei secondary to mucinous adenocarcinoma of the appendix with oxaliplatin/fluorouracil/leucovorin (folfox4). *World J Surg Oncol.* 2008;6:118.
13. Sun WL, Hutarew G, Gradl J, Gratzl M, Denz H, Fiegl M. Successful antiangiogenic combination therapy for pseudomyxoma peritonei with bevacizumab and capecitabin. *Cancer Biol Ther.* 2009;8(15):1459-62.
14. Dixit A, Robertson JHP, Mudan SS, Akl C. Case report: appendiceal mucocoeles and pseudomyxoma peritonei. *World J Gastroenterol.* 2007;13(16):2381-4.