

**RUAN MIGUEL ITSO DA COSTA**

**NEOPLASIA MUCINOSA DE BAIXO GRAU DE  
APÊNDICE CECAL**

**Um caso clínico detalhado**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal  
de Santa Catarina, como requisito para a  
conclusão do Curso de Graduação em  
Medicina.**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2023**

**RUAN MIGUEL ITSO DA COSTA**

**NEOPLASIA MUCINOSA DE BAIXO GRAU DE  
APÊNDICE CECAL**

**Um caso clínico detalhado**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal  
de Santa Catarina, como requisito para a  
conclusão do Curso de Graduação em  
Medicina.**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Edevard José de Araujo**

**Professor Orientador: Prof. Dr. Luiz Fernando Sommacal**

**Florianópolis**

**Universidade Federal de Santa Catarina**

**2023**

# FICHA CATALOGRÁFICA

COSTA, Ruan Miguel Itso da.

Neoplasia mucinosa de baixo grau de apêndice: Um caso clínico detalhado. Florianópolis, 2023. 26p.

Orientador: Luiz Fernando Sommacal.

Trabalho de conclusão de curso – Universidade Federal de Santa Catarina – Curso de Graduação em Medicina.

1. Neoplasias do Apêndice 2. Neoplasia Mucínosa 3. Apêndice Vermiforme.

## RESUMO

**Introdução:** A neoplasia de apêndice é uma condição rara, com diferentes tipos histológicos, e tem sido objeto de estudo na literatura científica. O diagnóstico preciso dessas neoplasias é desafiador devido à sua semelhança com a apendicite aguda. A tomografia computadorizada (TC) abdominal e a ultrassonografia podem auxiliar no diagnóstico, mas a confirmação requer biópsia durante a cirurgia. Este relato de caso descreve uma paciente com sintomas sugestivos de apendicite, que passou por uma apendicectomia laparoscópica de urgência. A análise histopatológica revelou neoplasia mucinosa de baixo grau (LAMN). As neoplasias mucinosas do apêndice são malignidades epiteliais raras, caracterizadas pelo acúmulo de mucina no apêndice. A classificação das neoplasias epiteliais do apêndice inclui adenoma, lesões serrilhadas, pólipos hiperplásicos, LAMN e adenocarcinoma invasivo. O tratamento recomendado é a ressecção cirúrgica, e o prognóstico varia de acordo com o tipo histológico e disseminação na cavidade abdominal.

**Objetivos:** Descrever a apresentação clínica, o diagnóstico diferencial e o manejo adequado de uma paciente com neoplasia apendicular mucinosa de baixo grau que mimetiza apendicite aguda, enfatizando a importância de considerar essa condição como uma possível causa de dor abdominal aguda.

**Métodos:** Estudo descritivo, do tipo relato de caso, através da avaliação clínica detalhada, exames laboratoriais e tomografia computadorizada abdominal foram utilizados para investigar a suspeita inicial de apendicite aguda. A laparoscopia de urgência foi realizada para confirmar o diagnóstico e obter uma biópsia do apêndice para análise histopatológica.

**Palavras-chave:** Neoplasias do Apêndice. Neoplasia Mucinosas. Apêndice Vermiforme.

## ABSTRACT

**Background:** Appendiceal neoplasms are a rare condition with different histological types and have been the subject of study in scientific literature. Accurately diagnosing these neoplasms is challenging due to their similarity to acute appendicitis. Abdominal computed tomography (CT) and ultrasonography can assist in the diagnosis, but confirmation requires biopsy during surgery. This case report describes a patient with symptoms suggestive of appendicitis who underwent urgent laparoscopic appendectomy. Histopathological analysis revealed low-grade mucinous neoplasia (LAMN). Appendiceal mucinous neoplasms are rare epithelial malignancies characterized by mucin accumulation in the appendix. The classification of epithelial neoplasms of the appendix includes adenoma, serrated lesions, hyperplastic polyp, LAMN, and invasive adenocarcinoma. Surgical resection is the recommended treatment, and prognosis varies according to histological type and abdominal cavity dissemination.

**Objectives:** To describe the clinical presentation, differential diagnosis, and appropriate management of a female patient with low-grade mucinous appendiceal neoplasia mimicking acute appendicitis, emphasizing the importance of considering this condition as a possible cause of acute abdominal pain.

**Methods:** A descriptive study, in the form of a case report, was conducted, utilizing detailed clinical evaluation, laboratory tests, and abdominal computed tomography to investigate the initial suspicion of acute appendicitis. Urgent laparoscopy was performed to confirm the diagnosis and obtain an appendix biopsy for histopathological analysis.

**Keywords:** Appendix Neoplasms. Mucinous Neoplasms. Vermiform Appendix.

# SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>v</b>
<b>1     INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2     OBJETIVOS.....</b>	<b>5</b>
<b>3     MÉTODOS.....</b>	<b>6</b>
<b>4     DESCRIÇÃO DO CASO.....</b>	<b>7</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>11</b>
<b>NORMAS ADOTADAS.....</b>	<b>13</b>
<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>14</b>
<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>16</b>
<b>APÊNDICE C.....</b>	<b>17</b>
<b>APÊNDICE D.....</b>	<b>18</b>
<b>APÊNDICE E.....</b>	<b>19</b>
<b>APÊNDICE F.....</b>	<b>20</b>
<b>APÊNDICE G.....</b>	<b>21</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A neoplasia de apêndice é uma condição rara, com diferentes tipos histológicos. A literatura científica tem se concentrado na classificação, estadiamento, fatores prognósticos e opções de tratamento dessas neoplasias. Além disso, estudos têm investigado os mecanismos moleculares subjacentes, visando identificar alvos terapêuticos e estratégias de tratamento mais eficazes.<sup>1 2</sup>

Estabelecer um diagnóstico preciso de neoplasias de apêndice é uma tarefa desafiadora devido à sua semelhança clínica com a apendicite aguda. A apresentação clínica das neoplasias mucinosas de apêndice costumam ser inespecíficas. O sintoma mais comum é a dor abdominal aguda ou crônica na fossa ilíaca direita, com, em alguns casos, massa abdominal palpável. Menos frequentemente, os pacientes podem experimentar dor cólica intermitente e sangramento gastrointestinal devido à intussuscepção da mucocele, obstrução intestinal causada pela presença da massa, sintomas geniturinários devido à obstrução do ureter direito, raramente um quadro de abdômen agudo devido à ruptura da mucocele ou até mesmo septicemia.<sup>12 13 14</sup>

Dentre os exames complementares, a tomografia computadorizada (TC) abdominal e a ultrassonografia podem auxiliar no diagnóstico de mucocele apendicular, porém não conseguem distinguir definitivamente entre lesões neoplásicas e não neoplásicas, apenas identificar a presença de uma massa ou apêndice aumentado. Algumas características podem ser indicativas de malignidade, lesões mucinosas neoplásicas tendem a ser maiores do que cistos benignos. A presença de espessamento de tecido mole, calcificações na parede e irregularidades, sem aumento significativo da espessura da parede, pode sugerir a presença de uma neoplasia.<sup>3</sup>

No entanto, o diagnóstico definitivo requer a realização de uma biópsia durante a cirurgia de remoção do apêndice, permitindo a análise histopatológica do tecido. Somente assim é possível confirmar se a lesão é uma neoplasia ou uma apendicite inflamatória.<sup>1</sup>

O caso clínico apresentado descreve uma paciente com dor na fossa ilíaca direita, sintomas sugestivos de apendicite e achados tomográficos que levaram à realização de uma apendicectomia laparoscópica de urgência. Após a cirurgia, a paciente apresentou recuperação satisfatória. A biópsia de apêndice foi enviado para o anatomopatológico sendo revelado posteriormente o resultado de neoplasia mucinosa de baixo grau (LAMN). Os dados clínicos

relevantes foram coletados do prontuário da paciente, incluindo informações sobre o histórico médico, sintomas, exames físicos, resultados laboratoriais e detalhes da cirurgia realizada.

Neoplasias mucinosas do apêndice (MAN) são malignidades epiteliais incomuns que afetam o apêndice, sendo diagnosticados cerca de 1000 a 2000 casos anualmente nos Estados Unidos. Esses tumores são caracterizados por células epiteliais neoplásicas que apresentam um grande acúmulo de mucina citoplasmática, a qual é secretada no lúmen do apêndice.<sup>6</sup>

A classificação das neoplasias epiteliais do apêndice, estabelecida pela OMS em 2019, é a seguinte:

1. **Adenoma:** São lesões não invasivas limitadas à mucosa do apêndice. Não apresentam invasão. Isso inclui adenomas do tipo viloso, tubular, túbulo-viloso e semelhantes ao cólon.<sup>5</sup>
2. **Lesões serrilhadas e pólipos:** Geralmente com ausência de implantes peritoneais. No entanto, pode ocorrer ruptura do apêndice, especialmente devido à presença de divertículos. Essa condição não deve ser confundida ou classificada como neoplasia mucinosa de baixo grau com disseminação peritoneal.<sup>5</sup>
3. **Pólipo hiperplásico:** Apresenta mínimas ou ausentes atipias citoarquiteturais. Lesões serrilhadas sem displasia têm um padrão de serrilhamento semelhante ao pólipo séssil serrilhado do cólon, com dilatação na base das criptas. Já as lesões com displasia apresentam um padrão de displasia convencional (tipo-adenoma), serrilhada ou similar ao adenoma serrilhado tradicional do cólon, com citoplasma eosinofílico.<sup>5</sup>
4. **Neoplasia mucinosa de baixo grau do apêndice (LAMN):** Caracterizada por atipia de baixo grau, com complexidade arquitetural mínima (geralmente viliforme, mas também serrilhada, ondulada ou plana). Pode apresentar lagoas de mucina na parede. O material mucinoso é volumoso e espesso, com mucina acelular ou baixa celularidade. Geralmente, essa neoplasia está confinada à superfície peritoneal e possui crescimento expansivo, com destruição da lâmina própria e muscular da mucosa. A parede pode apresentar fibrose, hialinização e calcificação.<sup>5</sup>
5. **Adenocarcinoma invasivo:** Apresenta crescimento infiltrativo e pode seguir um padrão convencional (intestinal não mucinoso), mucinoso ou com células em anel-de-sinete. Raramente, pode apresentar um padrão biliar.

A mucina pode ser acelular ou celular, e há presença de estroma desmoplásico. Metástases peritoneais ou extraperitoneais (linfonodo, fígado ou pulmão) podem estar presentes.<sup>5</sup>

Geralmente, as LAMNs se manifestam na sexta década de vida. Assim como os adenomas, há uma preferência por mulheres. É relativamente comum que se apresentem como uma massa abdominal ou como uma metástase ovariana. Outros sintomas podem incluir dor abdominal ou distensão, possivelmente devido à disseminação peritoneal mucinosa (PMP). Em casos raros, um LAMN rompido pode resultar na presença de mucina em uma hérnia sacular. Cerca de 15-20% dos casos de LAMNs são descobertos incidentalmente em pacientes submetidos a cirurgias por outras condições não relacionadas.<sup>9</sup>

Recomenda-se a ressecção cirúrgica de todas as lesões mucinosas localizadas no apêndice, tanto para fins de diagnóstico quanto terapêuticos. Devido à ausência de critérios confiáveis para excluir lesões malignas, a cirurgia deve ser realizada mesmo nos casos em que a mucocele apendicular não aparenta malignidade em exames de imagem[42-45]. Além disso, a remoção cirúrgica da lesão também impede o risco de ruptura no futuro, o que poderia levar ao desenvolvimento de pseudomixoma peritoneal (PMP), caracterizado por disseminação de mucina na cavidade abdominal, caracterizando uma lesão expansiva causada por neoplasias mucinosas.<sup>9</sup>

O curso clínico e o prognóstico das lesões mucinosas apendiculares dependem do tipo histológico e disseminação na cavidade abdominal.<sup>10</sup> Os cistos de retenção simples (mucoceles) e os pólipos serrilhados são considerados lesões benignas, com uma alta taxa de sobrevida (entre 91% e 100%) após a realização de uma apendicectomia padrão.<sup>8</sup> Entretanto, as lesões neoplásicas, como as neoplasias mucinosas apendiculares de baixo grau (LAMNs) e as neoplasias mucinosas apendiculares de alto grau (HAMNs), possuem um prognóstico favorável quando ocorre a ressecção completa da lesão. Já os adenocarcinomas mucinosos apresentam um prognóstico mais reservado, o qual varia de acordo com o grau histológico e o estágio da doença. Características histopatológicas, como a presença de epitélio neoplásico extra-apendicular, citologia de alto grau, complexidade arquitetônica e invasão, são importantes fatores preditivos para a recorrência.<sup>11</sup>

É importante ressaltar que as LAMNs, quando restritas ao apêndice (Tis LAMN), raramente apresentam recorrência, enquanto as LAMNs com disseminação extra-apendicular têm taxas de sobrevida em três e cinco anos que variam entre 91% e 100% e entre 79% e 86%, respectivamente. <sup>11</sup>

## **2 OBJETIVOS**

O objetivo deste artigo é relatar o caso de uma paciente com neoplasia de apêndice mimetizando apendicite aguda.

### **3 MÉTODOS**

Dados clínicos relevantes foram coletados retrospectivamente do prontuário da paciente. Isso inclui informações sobre o histórico médico, sintomas apresentados, resultados do exame físico, resultados de exames laboratoriais, descrição dos achados da tomografia computadorizada, ressonância magnética, colonoscopia, cistoscopia e detalhes da cirurgia realizada, incluindo laparoscopia e anatomopatológico.

Este trabalho foi submetido ao comitê de ética para pesquisas com seres humanos com termo de consentimento livre esclarecido assinado pela paciente.

## 4 DESCRIÇÃO DO CASO

Apresentamos o caso da paciente D.I.M do sexo feminino, previamente hígida, com 50 anos de idade, que deu entrada no pronto atendimento hospitalar do hospital Unimed Litoral, no dia 20/01/2021, queixando-se de dor moderada, com uma intensidade avaliada entre 4 e 7 em uma escala de 0 a 10, na fossa ilíaca direita, desde a madrugada.

A paciente relatou ter realizado uma consulta de rotina com a ginecologista, que identificou alterações sugestivas de apendicite durante o exame físico e a orientou a buscar atendimento de emergência imediatamente.

Ao ser questionada sobre seu histórico médico, D.I.M informou fazer uso de Dispositivo Intrauterino (DIU) como método contraceptivo e negou ter alergias a medicamentos ou fazer uso de qualquer medicação de forma contínua.

Além disso, a paciente negou a ocorrência de diarreia, vômitos ou disúria. No exame físico, foi observado que a paciente apresentava um abdome plano e flácido, com ruídos hidroaéreos presentes. A palpação profunda da fossa ilíaca direita provocava dor na paciente.

Os sinais vitais da paciente, registrados no momento da entrada no pronto atendimento, estavam dentro dos limites considerados normais.

Considerando os sintomas relatados pela paciente e os achados do exame físico, o médico de plantão solicitou uma série de exames complementares, entre eles hemograma, parcial de urina e tomografia de abdome total com contraste. Adicionalmente, foi administrada analgesia à paciente para aliviar a dor. A paciente foi então encaminhada para a sala de medicação, onde aguardaria os resultados dos exames.

O exame de tomografia revelou os seguintes achados: o fígado apresentou dimensões normais, contornos regulares e atenuação preservada. A vesícula biliar mostrou morfologia e atenuação preservadas, sem dilatação das vias biliares. O pâncreas, baço e adrenais exibiram morfologia e atenuação preservadas. Os rins foram considerados tópicos e morfológicamente preservados, sem a presença de cálculos ou hidronefrose. A aorta e a veia cava inferior apresentaram calibre preservado. A bexiga mostrou forma, contornos e espessura das paredes preservadas. As alças intestinais delgadas foram consideradas com calibre preservado.

No entanto, a moldura cólica foi identificada com uma grande quantidade de conteúdo fecal difuso. Além disso, o apêndice cecal foi visualizado com um calibre no limite superior da normalidade, medindo 0,7 cm. Não foram encontradas evidências de densificação dos planos adiposos mesentéricos adjacentes. **(Apêndice B)**.

Com base nos achados tomográficos, associados aos sintomas clínicos de abdome agudo, optou-se pela realização de uma apendicectomia laparoscópica de urgência, considerando a apendicite aguda como a principal hipótese diagnóstica.

O procedimento cirúrgico foi realizado visando a remoção do apêndice inflamado e o alívio dos sintomas do paciente. O paciente foi devidamente monitorado e submetido à anestesia geral, e então a apendicectomia laparoscópica foi realizada com sucesso, sendo a amostra do apêndice cecal removido enviado para análise anatomopatológica após o procedimento.

Após a cirurgia, o paciente recebeu os cuidados pós-operatórios adequados e apresentou uma recuperação satisfatória recebendo alta no primeiro dia de pós-operatório (21/01/2021) com curativo limpo e seco, boa aceitação de dieta via oral e leve dor em região da cicatriz aliviada com analgesia comum.

Foi orientada a realizar consulta de pós-operatório no dia 27/01/2021 com o cirurgião do aparelho digestivo que realizou a cirurgia para ser reavaliada e receber o laudo do anatomopatológico.

No exame macroscópico, observou-se que o espécime tinha dimensões de 8,1 x 0,6 cm. A parede do apêndice cecal foi considerada íntegra, sem apresentar alterações macroscópicas significativas. O mesoapêndice não apresentou alterações visíveis.

O laudo anatomopatológico concluiu que se tratava de uma neoplasia mucinosa de baixo grau do apêndice cecal, sendo importante destacar que as margens cirúrgicas estavam livres de comprometimento tumoral **(Apêndice C)**.

Em resumo, a análise anatomopatológica do espécime proveniente da apendicectomia laparoscópica confirmou o diagnóstico de neoplasia mucinosa de baixo grau do apêndice cecal, com margens cirúrgicas livres de tumor.

A paciente compareceu à consulta de pós-operatório apresentando boa recuperação e resolução dos sintomas. Entretanto, devido aos achados no anatomopatológico foi encaminhada a um oncologista para avaliação e seguimento especializado.

Com base nos resultados do laudo anatomopatológico, que descreveu uma neoplasia mucinosa de baixo grau do apêndice cecal com margem cirúrgica livre, o oncologista avaliou o prognóstico da paciente.

A neoplasia mucinosa de baixo grau é geralmente associada a um comportamento clínico menos agressivo em comparação com outros subtipos de adenocarcinoma do apêndice. A margem cirúrgica livre indica que o tumor foi completamente removido durante a apendicectomia, o que é um fator positivo em termos de tratamento.

Com base nessas informações, o prognóstico para a paciente foi considerado favorável pelo especialista.

Neste momento, apesar de assintomática, o médico oncologista recomendou monitorar a condição da paciente. Foi estabelecido um plano de seguimento regular, incluindo consultas no primeiro ano semestrais e posteriormente anuais e solicitando exames laboratoriais e ressonância magnética de abdome total para vigilância nos retornos, a fim de identificar qualquer sinal de recorrência ou progressão da doença.

No primeiro retorno semestral a paciente se apresenta assintomática. Os exames laboratoriais não apresentavam alterações da normalidade. Entretanto o laudo da primeira ressonância magnética (16/02/2021) evidenciou nódulo em parede posterolateral esquerda da bexiga, cerca de 15mm, sem realce ao contraste (**Apêndice D**). Visto isso, o oncologista a encaminhou a um urologista para avaliar o caso.

Na avaliação urológica foi optado por realizar cistoscopia a fim de investigar a lesão, no entanto não foram encontradas alterações patológicas (**Apêndice E**).

A paciente teve outro retorno ao oncologista, 1 ano após a primeira consulta, levando resultado de nova ressonância magnética de abdome total e também colonoscopia solicitada na consulta prévia, ambos os exames estavam dentro dos limites da normalidade (**Apêndice F e G**).

Desde então, houve evolução aparentemente benigna do quadro, sem sinais de recorrência neoplásica durante todo período. Ainda mantém o retorno anual até o presente momento, sem particularidades pertinentes ao quadro apresentado, totalizando cerca de 2 anos e meio sem recidivas ou novos focos suspeitos de neoplasia.

## 5 REFERÊNCIAS

1. Connor SJ, Hanna GB, Frizelle FA. Appendiceal tumors: retrospective clinicopathologic analysis of appendiceal tumors from 7,970 appendectomies. *Dis Colon Rectum*. 1998;41(1):75-80.
2. Iwuagwu OC, Jameel JK, Drew PJ, Hartley JE, Monson JR. Primary carcinoma of the appendix - Hull series. *Dig Surg*. 2005;22(2):163-167.
3. Wang H, Chen YQ, Wei R, et al. Appendiceal mucocele: A diagnostic dilemma in differentiating malignant from benign lesions with CT. *AJR Am J Roentgenol* 2013; 201:W590.
4. Yang IJ, Seo M, Oh HK, Lee J, Suh JW, Kim DW, et al. Surgical outcomes of single-port laparoscopic surgery compared with conventional laparoscopic surgery for appendiceal mucinous neoplasm. *Ann Coloproctol*. 2021;37:239-43.
5. WHO Classification of Tumours of the Digestive System, 5th ed, WHO Classification of Tumours Editorial Board (Ed), IARC, 2019. Vol 1.
6. Choudry HA, Pai RK. Management of Mucinous Appendiceal Tumors. *Ann Surg Oncol* 2018; 25:2135.
7. Butte J, García M, Torres J, Salinas M, Duarte I, Pinedo G, et al. Appendiceal tumors. Retrospective review of 67 patients. *Rev Chilena Cir*. 2007;59:217-22.
8. Landen S, Bertrand C, Maddern GJ, et al. Appendiceal mucoceles and pseudomyxoma peritonei. *Surg Gynecol Obstet* 1992; 175:401.
9. Misdraji J. Mucinous epithelial neoplasms of the appendix and pseudomyxoma peritonei. *Mod Pathol* 2015; 28 Suppl 1:S67.
10. Stocchi L, Wolff BG, Larson DR, Harrington JR. Surgical treatment of appendiceal mucocele. *Arch Surg* 2003; 138:585.
11. Pai RK, Beck AH, Norton JA, Longacre TA. Appendiceal mucinous neoplasms: clinicopathologic study of 116 cases with analysis of factors predicting recurrence. *Am J Surg Pathol* 2009; 33:1425.
12. Landen S, Bertrand C, Maddern GJ, et al. Appendiceal mucoceles and pseudomyxoma peritonei. *Surg Gynecol Obstet* 1992; 175:401.

13. Isaacs KL, Warshauer DM. Mucocele of the appendix: computed tomographic, endoscopic, and pathologic correlation. *Am J Gastroenterol* 1992; 87:787.
14. Mourad FH, Hussein M, Bahlawan M, et al. Intestinal obstruction secondary to appendiceal mucocele. *Dig Dis Sci* 1999; 44:1594.

## **NORMAS ADOTADAS**

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, **em 16 de junho de 2011.**

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Titulo do Trabalho: Neoplasia mucinosa de baixo grau de apêndice: Um caso clínico detalhado

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de um RELATO DE CASO. Esse tipo de pesquisa é importante porque destaca alguma situação incomum e/ou fato inusitado do comportamento de uma doença e/ou outra condição clínica. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los.

A proposta deste termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o relato de caso e solicitar a sua permissão para que o mesmo seja publicado em meios científicos como revistas, congressos e/ou reuniões científicas de profissionais da saúde ou afins.

O objetivo desta pesquisa é relatar um caso de neoplasia mucinosa de baixo grau de apêndice, a qual é uma condição rara, representando menos de 1% de todos os cânceres. Essa condição clínica pode se apresentar como um desafio diagnóstico. Relatos de casos contribuem para a compreensão dessa doença em termos de sua incidência, apresentação clínica, diagnóstico e tratamento.

Os métodos realizados para coleta de dados da pesquisa serão através de dados do paciente no prontuário eletrônico do Hospital Unimed Litoral, sem haver necessidade de coleta de sangue, fotos do paciente, material biológico ou outros exames.

A descrição do relato de caso envolve o risco de quebra de confidencialidade (algum dado que possa identificar o(a) Sr.(a) ser exposto publicamente). Para minimizar esse risco, NENHUM DADO QUE POSSA IDENTIFICAR O(A) SR(A) COMO NOME, CODINOME, INICIAIS, REGISTROS INDIVIDUAIS, INFORMAÇÕES POSTAIS, NÚMEROS DE TELEFONES, ENDEREÇOS ELETRÔNICOS, FOTOGRAFIAS, FIGURAS, CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS (partes do corpo), entre outros serão utilizadas sem sua autorização. Fotos, figuras ou outras características morfológicas que venham a ser utilizadas estarão devidamente cuidadas (camufladas, escondidas) para não identificar o(a) Sr.(a).

Sua participação neste relato de caso é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso o(a) Sr.(a) decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento durante a realização do relato de caso, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Garantimos ainda que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Além disso, o telefone para contato com pesquisadores em casos de dúvidas ou desconfortos relacionados à pesquisa são os seguintes;

Dr. Luiz Fernando Sommacal, Professor Adjunto IV de Ginecologia e Obstetria da Universidade Federal de Santa Catarina. – (48) 9972-1273

Ruan Miguel Itso da Costa, Acadêmico de Medicina na Universidade Federal de Santa Catarina – Telefone: (47) 996926052

O trabalho é submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina para a avaliação da capacidade técnica e adequação ética do pesquisador responsável e dos demais participantes na realização da pesquisa.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o CEP da Universidade Federal de Santa Catarina telefone (48) 3721-6094. ou pelo email: cep.propesq@contato.ufsc.br .**O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH-UFSC)** se localiza no Prédio Reitoria II, 7º andar, sala 701, na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis. Você pode inclusive fazer a reclamação sem se identificar, se preferir.

#### 1. Certificado do Consentimento

Eu compreendo que a pesquisa é sobre um relato de caso referente ao quadro de Neoplasia Mucínosa de Apêndice e será realizado com a finalidade de relatar um raro caso de tumor de apêndice e esclarecer o diagnóstico, investigação e conduta referente ao caso. Também concordo que o direito de pesquisa em prontuário eletrônico do Hospital Unimed Litoral seja acessado. **Eu aceito participar dessa pesquisa.**

Assinatura do participante/responsável:

Documento assinado digitalmente  
 GOSE ITSO  
 Data: 16/05/2023 21:52:54-0300  
 Verifique em <https://validar.jf.gov.br>

Documento assinado digitalmente  
 LUIZ FERNANDO SOMMACAL  
 Data: 17/05/2023 07:22:08-0300  
 CPF: 111.591.008-11  
 Verifique as assinaturas em <https://ufsc.br>  
**Assinatura do pesquisador:**

Data: 16/05/2023

## APÊNDICE B - TOMOGRAFIA DE ABDOME TOTAL SEM CONTRASTE

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME TOTAL**

**Dados clínicos**  
"Apendicite?".

**Técnica**  
Exame realizado em tomógrafo helicoidal com múltiplas fileiras de detectores, sem a injeção intravenosa do meio de contraste. Exame realizado em caráter de urgência.

**Relatório**  
Fígado de dimensões normais, contornos regulares e atenuação preservada.  
Vesícula biliar de morfologia e atenuação preservadas. Ausência de dilatação das vias biliares.  
Pâncreas, baço e adrenais de morfologia e atenuação preservadas.  
Rins tópicos e morfologicamente preservados, sem imagens de cálculo ou hidronefrose.  
Aorta e veia cava inferior com calibre preservado.  
Bexiga com forma, contornos e espessura das paredes preservadas.  
Alças intestinais delgadas com calibre preservado.  
Moldura cólica com grande quantidade de conteúdo fecal difuso. Apêndice cecal apresentando calibre no limite superior da normalidade, medindo 0.7 cm. Não há evidências de densificação dos planos adiposos mesentéricos adjacentes.  
Endoceptivo posicionado no interior da cavidade uterina.  
Órgãos pélvicos sem particularidades.  
Não se identificam coleções, linfonomegalias ou líquido livre na cavidade abdominal.

**Análise Comparativa**  
Não há exames anteriores disponíveis para estudo comparativo.

**Opinião**  
- Moldura cólica com grande quantidade de conteúdo fecal difuso.  
- Apêndice cecal apresentando calibre no limite superior da normalidade. Não há evidências de densificação dos planos adiposos mesentéricos adjacentes.

## **APÊNDICE C - ANATOMOPATOLÓGICO DA BIÓPSIA DO APÊNDICE CECAL**

Apêndice cecal, mesoapêndice, produto de apendicectomia

Conclusão

- **NEOPLASIA MUCINOSA DE BAIXO GRAU DO APÊNDICE CECAL**
- **MARGEM CIRÚRGICA: LIVRE**

### **MACROSCOPIA**

Procedimento cirúrgico: produto de apendicectomia

Fixação do espécime: formalina (Frasco de outro laboratório)

Dimensões: 8,1 x 0,6 cm

Características: parede íntegra; mesoapêndice sem alterações  
4F.IRCS.

## APÊNDICE D - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOME TOTAL COM CONTRASTE (16/02/2021)

### RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO ABDOME TOTAL

#### Técnica de Exame:

Foram feitos cortes nos planos Coronal T2/TSE, Coronal T2/BFFE, Axial T2/TSE, Axial T2/SPIR, Axial T1 dentro e fora de fase, Sagital T2/TSE estudo dinâmico Axial T1/FFE/SPIR e Sagital T1/TFE/SPIR após a infusão do agente paramagnético de contraste por via endovenosa.

#### Indicação clínica do médico solicitante:

Pós-operatório de apêndice.

#### Comentários:

Status pós apendicectomia recente (segundo informa dados clínicos), sem lesões expansivas ou coleções líquidas organizadas no leito cirúrgico.

Nota-se pequena quantidade de líquido livre no fundo de saco posterior e na goteira parietocólica direita, achado que pode estar relacionado ao pós-operatório recente.

Fígado de morfologia e intensidade de sinal preservadas, exibindo um pequeno nódulo sólido no segmento VI, que apresenta hipersinal em que dois, com realce globular periférico e descontínuo pelo meio de contraste, com tendência a homogeneização, medindo 7 mm, compatível com pequeno hemangioma. Notam-se, ainda, alguns raros e diminutos cistos hepáticos, que não ultrapassam 6 mm.

Não foi caracterizada dilatação das vias biliares, tampouco alterações na vesícula biliar.

Baço, adrenais e pâncreas sem alterações significativas.

Os rins são de topografia, morfologia e dimensões preservadas, exibindo realce satisfatório e em tempo habitual pelo meio de contraste. Identificam-se dois pequenos cistos simples na cortical do rim esquerdo, que não ultrapassam 10 mm.

Ausência de hidronefrose.

Bexiga de forma e capacidade normais, exibindo em seu interior uma pequena imagem amorfa, grosseiramente nodular, localizada junto à parede posterolateral esquerda, que apresenta sinal intermediário em T2, sem realce pelo meio de contraste e sem restrição à difusão, medindo aproximadamente 15 mm.

Útero em anteversoflexão, exibindo morfologia normal e textura miometrial homogênea. Não foram caracterizadas áreas de espessamento anormal da zona juncional.

Endométrio centrado e homogêneo, exibindo hipersinal habitual nas sequências ponderadas em T2, medindo 2,0 mm de espessura.

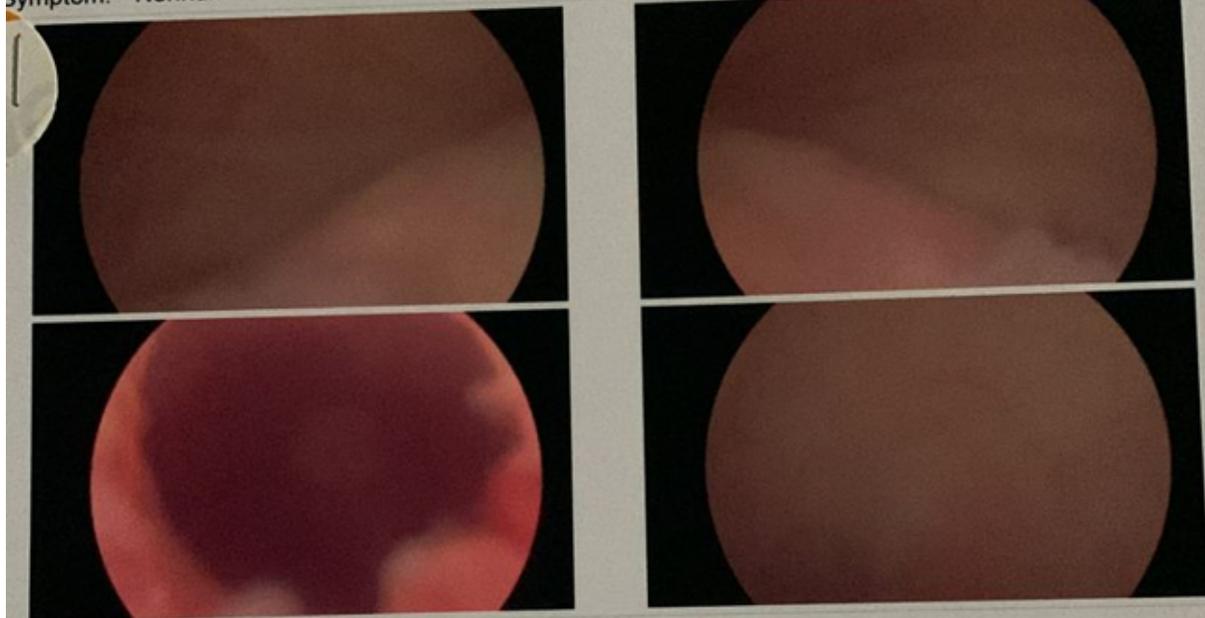
DIU bem posicionado na cavidade endometrial.

Colo uterino de aspecto habitual.

O útero mede 8,8 x 3,9 x 4,6 cm, com volume estimado em 82,5 cm<sup>3</sup>.

## APÊNDICE E - CISTOSCOPIA (13/03/2021)

Symptom: Nenhum.



Findings:

Meato uretral sem alterações.

Uretra pérvia.

Trígono vesical com leve trignonite.

Óstios ureterais tópicos e pérvios.

Mucosa vesical de aspecto habitual, sem lesões vegetantes.

**APÊNDICE F - COLONOSCOPIA (17/09/2021)**

Piano de ...  
Data: 17/09/2021 10h 50min.

**Colonoscopia**

**Exame da região anal** - presença de hemorróidas mistas.

**Anestesia** - Exame realizado sob anestesia geral-endovenosa utilizando acompanhamento de anesthesiologista.

**Preparo intestinal** - adequado.

**Descrição do exame:**

Aparelho introduzido pelo anus até o íleo terminal, que foi percorrido por 20 cm através das manobras usuais.

Ceco identificado pela convergência das pregas, pelo orifício do apêndice e pela presença da válvula ileocecal que apresenta conformação habitual.

Distensibilidade colônica preservada e a mucosa apresenta cor, brilho, transparência, relevo e vascularização preservados.

Ausência de lesões vegetantes, inflamatórias, angiodisplasias e de outra natureza.

**Conclusão**

**Exame dentro dos limites da normalidade.**

## APÊNDICE G - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOME TOTAL COM CONTRASTE (20/06/2021)

**RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOME SUPERIOR E PELVE**

**Dados clínicos**  
Ca de apêndice cecal operado.

**Técnica**  
Foram realizadas sequências multiplanares ponderadas em T1 e T2, antes e após a utilização de meio de contraste paramagnético intravenoso.

**Relatório**  
Fígado com contornos, dimensões e intensidade de sinal normais, contendo raros e pequenos cistos esparsos, o maior no lobo direito com 6 mm.  
Vesícula biliar normalmente distendida, com paredes preservadas e com sinal habitual.  
Não há dilatação das vias biliares intra ou extra-hepáticas.  
Glândulas suprarrenais e baço com aspecto usual, sem evidência de lesões focais.  
Pâncreas com volume, contornos e intensidade de sinal normais. Não há dilatação do ducto pancreático.  
Rins em topografia habitual, com volume normal e espessura cortical preservada. Pequenos e raros cistos corticais simples esparsos bilateralmente, medindo até 4 mm. Não há dilatações pielocaliciais. Imagem sugestiva de pelve extrarrenal à esquerda (variação anatômica).  
Aorta abdominal de calibre normal.  
Bexiga urinária de aspecto normal. Gordura perivesical preservada.  
Útero em anteversoflexão, com contornos regulares e dimensões usuais. Camadas serosa e miometrial preservadas. Zona juncional de espessura habitual.  
Colo uterino sem particularidades detectáveis.  
Endométrio regular, centrado, com 0,2 cm de espessura. DIU normoposicionado.  
Não há massas na região ovariana direita.  
Cisto de aspecto simples no ovário esquerdo, medindo 3,8 x 3,2 cm.  
Ceco com localização baixa na pelve à direita, moderadamente distendido por conteúdo fecal. Não se identificam lesões claramente expansivas ou áreas de impregnação anômala, nem coleções líquidas, na região pericecal.  
Não se observam linfonodomegalias retroperitoneais ou inguinais.  
Diminuta quantidade de líquido no fundo de saco posterior.