



Neoplasias Mucinosas do Apêndice Cecal Pseudomixoma Peritoneal

No que tange as neoplasias que cursam com carcinomatose peritoneal, os tumores mucinosos do apêndice correspondem a maior parte dos casos, com sinais e sintomas inespecíficos, o que leva a um diagnóstico por vezes incidental.

Desta maneira, é fundamental que o paciente seja avaliado em centro de alta complexidade e receba avaliação multidisciplinar.

I. ASSISTENCIAL

1. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

História Clínica

- Dor, distensão e aumento do volume abdominal; massa palpável, perda ponderal, empachamento e sintomas suboclusivos; apendicite aguda e demais cenários de abdome agudo inflamatório cirúrgico
- Marcadores tumorais (CEA; CA 19-9) podem estar alterados; tomografia ou ressonância de abdome total são fundamentais para o diagnóstico (espessamento peritoneal, áreas de restrição a difusão, mucocoele de apêndice)

2. AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

2.1. Escore de risco

ASA, ECOG, KPS

2.2. Exames pré-operatórios/admissionais

Bioquímica, marcadores tumorais (CEA, CA 19-9), tomografia de tórax, ressonância de abdome total, PET-CT (quando lesões de alto grau), endoscopia e colonoscopia (excluir sincronidade)

2.3. Avaliação do especialista

Oncologia clínica - avaliação conjunta do tipo histológico, comorbidades, tipo histológico

Radiologia abdominal - avaliação pormenorizada das imagens, com estimativa do índice de doença peritoneal (PCI) e critérios de ressecabilidade (atenção especial para casos com retração mesentérica e acometimento multivisceral)

3. INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Cenário eletivo - todo paciente com suspeita de neoplasia apendicular deve, preferencialmente, internar para receber estadiamento invasivo do peritônio. Durante a laparoscopia diagnóstica poderá ser realizada apendicectomia e/ou biópsias peritoneais, para identificação precisa do tipo histológico; cálculo estimado do PCI.

Discussão multidisciplinar sobre extensão da cirurgia - avaliação do espécime, margens e padrão de doença peritoneal - critérios de ressecabilidade versus quimioterapia neoadjuvante e citorredução de intervalo.

Indicações para quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) e tipo de droga (oxaliplatina 200mg/m² por 120min, mitomicina C 35mg/m² por 90min) - lesões mucinosas de baixo e alto grau (LAMN/HAMN) e adenocarcinoma mucinoso; excluído adenocarcinoma do tipo intestinal e em células de anel de sinete.

Se cirurgia de urgência - tentar utilizar via minimamente invasiva sempre que possível, com documentação visual dos achados, amostragem anatomopatológica aos moldes da laparoscopia diagnóstica.

TIPOS DE CIRURGIA - cenários possíveis:

Doença localizada na fossa ilíaca direita, sem carcinomatose: apendicectomia convencional LAMN/HAMN; colectomia direita oncológica se adenocarcinoma (pela disseminação linfonodal)

Doença localizada na fossa ilíaca direita, com carcinomatose confinada: ressecção em bloco, colectomia direita, omentectomia, peritonectomia local; sem benefício evidente para HIPEC profilática

Carcinomatose peritoneal disseminada: citorredução peritoneal, omentectomia, ressecções multiviscerais; se histologia mucinosa, considerar HIPEC

A citorredução é o tratamento de escolha para os pacientes com status clínico e performance adequada; em caso de comorbidades severas, discussão de estratégia neoadjuvante

Casos sintomáticos, onde não é factível citorredução completa, considerar *debulking* para alívio de sintomas e controle local da doença

4. ALOCAÇÃO

3 dias UTI
4 dias Semi intensiva
7 dias Apartamento

5. TRATAMENTO

Tempo de cirurgia: 12 a 16 horas
Anestesia: peridural + geral; monitorização invasiva multiparamétrica; CVC e PAI
Antibioticoterapia profilática para TGI: ceftriaxone e metronidazol, duração 5 a 7 dias
Acesso: incisão mediana ampla; afastador Thompson ou Bookwalter; uso de OPME (pinças de energia, grampeadores para anastomoses intestinais, dispositivos hemostáticos); reconstrução da parede abdominal com tela
Inventário, definição de citorredução completa e se há cenário favorável para proceder com HIPEC (CC0 ou CC1)
Patologista para congelação intraoperatória
Pós operatório imediato e prescrição padronizada:
Jejum oral, sonda nasogástrica aberta, nutrição parenteral precoce (assim que houver estabilidade hemodinâmica)
Analgesia - dipirona 2g EV 6/6g, parecoxibe 40mg EV 12/12h, PCA peridural (permite a mobilização precoce)
Procinéticos e profilaxias - pantoprazol 40mg EV 2x/dia, bromoprida 10mg EV 8/8h, metoclopramida 10mg EV 8/8h
Profilaxia TEV - meias elásticas e sequel, clexane 40mg após 24h (atentar para potenciais alterações do coagulograma)
Fisioterapia motora e respiratória - inclui mobilização precoce e VNI
Controle laboratorial diário

6. ALTA HOSPITALAR

- Critérios de alta: realimentação oral; retirada parcial/total de drenos; fisioterapia plena; eliminações fisiológicas; função renal normalizada e ausência de distúrbios hidroeletrólíticos; tratamento de eventuais infecções
- Orientações de alta / retorno: retorno precoce em consultório; reavaliação clínica a cada 5-7 dias
- Prescrição médica para alta: sintomáticos; profilaxia mecânica e medicamentosa para TEV até D28; antibiótico quando necessário tratamento complementar por via oral

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Tempo médio de permanência: 14 dias
- Taxa de reinternação hospitalar (até 30 dias)
- Taxa de complicações: utilizar classificação de Clavien-Dindo

III. GLOSSÁRIO

PCI - Índice de doença peritoneal
HIPEC - Quimioterapia intraperitoneal hipertérmica
LAMN - Neoplasia mucinosa de baixo grau do apêndice
HAMN - Neoplasia mucinosa de alto grau do apêndice
HMVSC - Hospital Municipal Vila Santa Catarina Dr. Gilson de C. Marques de Carvalho

IV. GLOSSÁRIO

26/08/2025 – Unificação com HMVSC - Dr. Marcus Rodrigo Monteiro

V. Referências Bibliográficas

- [1] Kusamura S, Delhorme JB, Taibi A, Villeneuve L, Deraco M, Dico RL, Glehen O, Moran B. The 2022 PSOGI International Consensus on HIPEC Regimens for Peritoneal Malignancies: Pseudomyxoma Peritonei. Ann Surg Oncol. 2024 Sep;31(9):6262-6273.

Código Documento: CPTW438.2	Elaborador: Marcus Rodrigo Monteiro Frederico Teixeira Jr	Revisor: Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Aprovador: Andréa Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 14/04/2025 Data de Revisão: 26/08/2025	Data de Aprovação: 26/08/2025
---------------------------------------	--	---	--	---	---