



O-068 - NEOPLASIAS MUCINOSAS APENDICULARES: NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 11 AÑOS

Duque Álvarez, Nayi Xiomara; Cobarro Yelo, José Eloy; Marco Gómez, María; Menor Vila, Víctor; Viñas Martínez, Tamara; Paredes Segura, Adrián; Ramia Ángel, José Manuel; Carbonell Morote, Silvia

Hospital General Universitario, Alicante.

Resumen

Introducción: Los tumores primarios apendiculares son raros, diagnosticándose generalmente de forma incidental en apendicitis aguda (1-2% de los casos). Las neoplasias mucinosas apendiculares (NMA), que comprenden un tercio de los tumores epiteliales apendiculares, afectan principalmente a mujeres en la sexta década. Las NMA fueron clasificadas según PSOGI en lesiones de bajo y alto grado, adenomas y adenocarcinomas. Su importancia radica en su potencial maligno, especialmente cuando los bordes quirúrgicos son positivos o hay mucina extraperitoneal. La apendicectomía es suficiente para lesiones confinadas de bajo grado, mientras que las de alto grado o extensión requieren hemicolectomía derecha (HD), y en afectación peritoneal, la cirugía citorreductora (CCR) con quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) mejora la supervivencia.

Objetivos: Describir la incidencia de las NMA en nuestra institución y las características de los pacientes intervenidos.

Métodos: Estudio retrospectivo (2013-2024) con 26 casos de NMA entre 6,352 apendicectomías.

Resultados: Incidencia NMA: 0,4%, la mayoría fueron mujeres (65%) y mediana de edad 64 años. La principal presentación fue dolor abdominal (58%) y mucocele apendicular en la TC (36%). El procedimiento más frecuente fue la apendicectomía (50%), seguido de hemicolectomía derecha (30%). El 74% no presentó complicaciones, pero el 31% requirió reintervenciones por causa oncológica. Mediana de seguimiento 55 meses (RIQ 21-71), la supervivencia fue 116 meses (RIQ 101-131) y la supervivencia libre de enfermedad 125 meses (RIQ 115-135).

Variables	Total (n = 26)
Primera Intervención quirúrgica n (%)	
Urgente	9 (35)
Electiva	17 (65)

Tipo de intervención en primera cirugía n (%)

Apendicectomía 13 (50)

Cecectomía 1 (4)

HD 8 (30)

HD + resección de implante 1 (4)

Laparoscopia de estadaje 1 (4)

Histerectomía + anexectomía + apendicectomía + omentectomía 1 (4)

Gastrectomía + apendicectomía + esplenectomía 1 (4)

Anatomía Patológica de Primera Cirugía n (%)

NMA no adenocarcinoma 20 (77)

Adenocarcinoma mucinoso 5 (19)

Adenocarcinoma mucinoso + carcinomatosis 1 (4)

Segunda intervención quirúrgica n (%)

Sí 8 (31)

No 18 (69)

Técnica quirúrgica en segunda intervención n (%)

HD 5 (20)

HD + citorreducción 1 (4)

HD + citorreducción + HIPEC 1 (4)

Citorreducción + HIPEC	1 (4)
PCI segunda intervención, mediana (RIC)	15 (4-27)
Carcinomatosis segunda intervención n (%)	
Sí	3 (12)
No	5 (20)
Mucina diseminada segunda intervención n (%)	
Sí	2 (8)
No	6 (24)
HIPEC segunda intervención n (%)	
Sí	2 (8)
No	6 (24)
Adyuvancia n (%)	
Sí	2 (8)
No	24 (92)
Tiempo de seguimiento, meses, mediana (RIC)	55 (23-71)
Recidiva n (%)	
Sí	2 (8)
No	24 (92)
Tipo de recidiva n (%)	

Local	0 (0)
Regional	0 (0)
Diseminada	2 (8)
Tiempo hasta recidiva, meses, mediana (RIQ)	55 (21-71)
<i>Exitus</i> n (%)	
Sí	4 (15)
No	22 (85)
Supervivencia desde la cirugía, meses, mediana	116 (101-131)
Supervivencia libre de enfermedad, meses, mediana	125 (115-135)

Conclusiones: El manejo multidisciplinario en unidades especializadas mejoran los resultados, reduciendo recurrencias y mejorando la supervivencia. Se recomienda un seguimiento estricto de al menos cinco años con TC y marcadores tumorales dado el alto riesgo de recurrencia.