CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia

Cartas científicas

¿Qué hacer cuando se descubre un seudomixoma peritoneal durante la reparación de una hernia de pared abdominal?

What should we do when a peritoneal pseudomixoma is discovered during the repair of an abdominal wall hernia?

El seudomixoma peritoneal (PMP) es una rara enfermedad que se caracteriza por la producción y acumulación de abundante cantidad de ascitis mucinosa en el abdomen, generalmente originada por una neoplasia apendicular perforada[1]. Esta mucina intraperitoneal puede acumularse a través del canal inguinal u otro orificio herniario, dando lugar a un cuadro indistinguible de una hernia de pared abdominal. Aunque se trate de una situación poco frecuente, es posible el hallazgo de manera incidental de material mucinoso durante la cirugía de reparación herniaria. Presentamos el caso de un paciente con el diagnóstico de PMP descubierto en el trascurso de una cirugía por hernia umbilical y discutimos el manejo general de este tipo de pacientes.

Mujer de 60 años, sin antecedentes de interés. Remitida a nuestro centro tras el hallazgo durante la reparación de una hernia umbilical de ascitis gelatinosa con un omento mayor tumoral y con implantes mucinosos. Durante la cirugía, se llevó a cabo la biopsia de un implante mucinoso y el cierre primario del defecto aponeurótico umbilical. Ya en nuestro centro, se realizó una determinación de marcadores tumorales, siendo el CEA de 21 y el Ca 19-9 de 650. Una TAC tóraco-abdomino-pélvica evidenció la presencia de ascitis difusa. Una gastroscopia y colonoscopia completa resultaron normales. La anatomía patológica de la biopsia informó de mucina acelular. La paciente fue intervenida hallando una neoplasia mucinosa apendicular rota con un índice de carcinomatosis peritoneal (PCI) de 30 sobre 30 (fig. 1). Se practicó una peritonectomía pélvica incluyendo una histerectomía con doble anexectomía y fondo de saco de Douglas, hemicolectomía derecha, peritonectomía de ambos flancos y diafragmática derecha con resección parcial de la cápsula de Glisson, omentectomía mayor con esplenectomía, colecistectomía y citorreducción de los implantes del intestino delgado, así como una onfalectomía que incluía la cicatriz de la herniorrafia previa hasta aponeurosis. Se completó la cirugía con quimioterapia intraperitoneal hipertérmica con mitomicina C durante 90 min a una temperatura constante de 42 °C. La paciente fue dada de alta sin incidencias en el 10.° día del postoperatorio, estando actualmente libre de enfermedad 40 meses después de la cirugía. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de neoplasia mucinosa apendicular de bajo grado (DPAM).

La forma clínica de presentación más frecuente en los pacientes con PMP es la distensión abdominal progresiva[1]. El aumento lento de la presión intraabdominal hace que

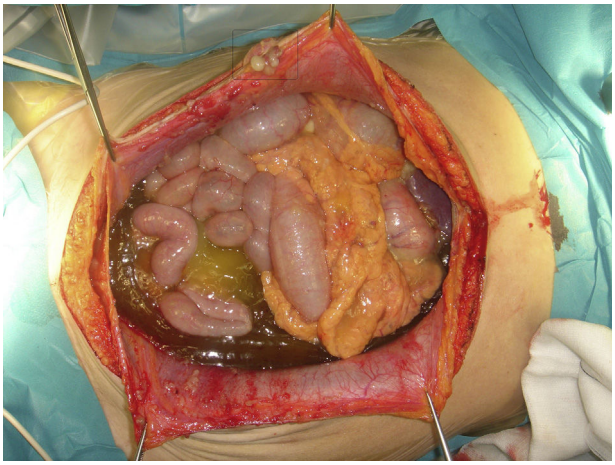

Figura 1 – Vista de la cavidad peritoneal tras laparotomía en paciente con PMP secundario a rotura de una neoplasia apendicular mucinosa de bajo grado. Obsérvese la presencia de ascitis mucinosa e implantes mucinosos, también en el área umbilical.

esta enfermedad pueda comenzar en ocasiones como una hernia, siendo más frecuente la localización inguinal, lo que ocurre en el 25% de los varones y el 5% de las mujeres[1].

Cuando en la cirugía de una hernia de la pared abdominal se produce este hallazgo, la actitud del cirujano debe ser la más restrictiva posible, con toma de muestras para análisis histopatológico, el cierre simple del defecto herniario y la remisión a centros de referencia en cirugía oncológica peritoneal para su tratamiento definitivo mediante citorreducción y administración de quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (HIPEC)[2]. El uso de mallas, incluso en defectos grandes puede acompañarse de problemas relacionados con la herida quirúrgica, además de suponer un aumento en el área cicatricial que facilite la implantación y el crecimiento de las células tumorales[2]. En una reciente publicación de Sugarbaker, este no encontró recidivas herniarias en el seguimiento de los pacientes sometidos a citorreducción y HIPEC por PMP que tenían hernias inguinales. La peritonectomía del saco herniario y la fibrosis del trayecto podrían explicar esta evolución favorable[3]. Si finalmente discutimos el tipo de malla a utilizar, no encontraremos ni evidencia ni consenso al respecto[4].

En conclusión, si el PMP se descubre en el momento de una cirugía herniaria, una actitud sensata sería la toma de muestras, el cierre del defecto aponeurótico sin material protésico añadido y la derivación del paciente a un centro de referencia en patología oncológica peritoneal para su evaluación y tratamiento específico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Esquivel J, Sugarbaker PH. Clinical presentation of the pseudomyxoma peritonei syndrome. Br J Surg. 2000;87:1414–8.
2. Esquivel J, Sugarbaker PH. Pseudomyxoma peritonei in a hernia sac: Analysis of 20 patients in whom mucoid fluid was found during a hernia repair. Eur J Surg Oncol. 2001;27:54–8.
3. Sugarbaker PH. Management of an inguinal hernia in patients with pseudomyxoma peritonei. Eur J Surg Oncol. 2017. pii: S0748-7983(17)30002-1.
4. Boutros C, Somasundar P, Espat NJ. Early results on the use of biomaterials as adjuvant to abdominal wall closure following cytoreduction and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy. World J Surg Oncol. 2010;8:72.

Alida Gonzalez-Gil, José Gil y Pedro Cascales-Campos*

Unidad de Cirugía Oncológica Peritoneal, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, IMIB-Arrixaca, Murcia, España

* *Autor para correspondencia.*
Correo electrónico: cascalescirugia@gmail.com
(P. Cascales-Campos).

http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.03.016
0009-739X/

© 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Neumatosis gástrica: cuándo no operar

Gastric neumatosis: When not to operate

La neumatosis gástrica se define como una colección de gas dentro de la pared del estómago y puede englobar 2 procesos con etología, clínica y pronóstico muy distintos: el enfisema gástrico y la gastritis enfisematosa[1]. Lo más frecuente es que la neumatosis gástrica aparezca asociada a neumatosis intestinal en relación con cuadros de isquemia/infarto intestinal, pero cuando se localiza exclusivamente en la pared gástrica es una entidad rara[2]. El enfisema gástrico es generalmente asintomático y suele derivar de una causa mecánica que produce una dilatación gástrica aguda y un aumento de la presión intraluminal. La gastritis enfisematosa es una forma rara de gastritis secundaria a la infección de la pared gástrica por organismos formadores de gas, siendo fundamental en este caso el diagnóstico y tratamiento temprano para evitar su alta mortalidad. El tratamiento de ambos cuadros es opuesto. Los pacientes con enfisema gástrico no precisan tratamiento quirúrgico y tienen una buena evolución con un tratamiento conservador, generalmente dieta absoluta y SNG para disminuir la distensión gástrica. Los pacientes con gastritis enfisematosa requieren, sin embargo, un tratamiento temprano más agresivo con antibióticos de amplio espectro, sueroterapia y en algunos casos cirugía urgente, generalmente indicada cuando falla el tratamiento conservador o existe perforación[3], pudiendo precisar dependiendo del grado de afectación, desde una gastrectomía parcial hasta una gastrectomía total.

Presentamos el caso de un varón de 77 años con antecedentes de DM, HTA, colelitiasis e ingreso reciente por pancreatitis aguda grave con seudoquistes pancreáticos, que reingresa por dolor abdominal. Se solicita TC abdominopélvica donde se aprecia una disminución de los seudoquistes, sin cambios inflamatorios peripancreáticos y como hallazgo incidental se observan una importante distensión gástrica, con escaso realce mural en fundus, múltiples burbujas de gas e imágenes lineales en la pared gástrica sugerentes de neumatosis gástrica y líquido libre, y alguna burbuja de gas ectópico adyacente (fig. 1), así como la presencia de gas portal (fig. 1). Ante los hallazgos de la TC se revalúa clínicamente al paciente que se encuentra asintomático, con exploración abdominal y analíticas normales. En este caso se plantea el diagnóstico