CIR ESP. 2018;96(Espec Congr):9

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-515 - ESCLEROSIS PERITONEAL ENCAPSULANTE TRAS QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA

Fernández Vázquez, María Luz; Martín Román, Lorena; Vasquez Jiménez, Wenceslao; González Bayón, Luis Andrés

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción: Presentamos un caso de esclerosis peritoneal encapsulante (EPE) tras citorreducción y quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (CRS + HIPEC) por carcinoma epitelial de ovario que se confundió con recidiva peritoneal.

Caso clínico: Paciente mujer de 48 años que se diagnostica de Adenocarcinoma seroso de ovario de alto grado estadio IIIc (carcinomatosis peritoneal extensa). Se trató mediante QMT neoadyuvante (6 ciclos de carboplatino + placlitaxel + bevacizumab) y se remitió a nuestro centro para CRS + HIPEC. En la citorreducción (PCI intraoperatorio 10) se realizó: peritonectomía anterior, diafragmática derecha, izquierda y pélvica; resección de epiplón mayor y menor; electrovaporación de la cápsula de Glisson; colecistectomía, apendicectomía e histerectomía y doble anexectomía. La HIPEC se realizo con 155 mg de cisplatino en 3.100 mL de volumen fisioneal a > 42 ^{o}C durante 60 minutos. Posteriormente la paciente recibió 3 ciclos de QMT (Carbotaxol). 3 meses después de la CRS + HIPEC comienza con cuadro de ascitis, síndrome constitucional y episodios suboclusivos. Se le realiza un TAC donde se evidencia dilatación segmentaria de intestino delgado, líquido libre abdominal, y un leve engrosamiento peritoneal en flancos. En su hospital de referencia se etiqueta de recidiva peritoneal del cáncer de ovario y comienza con “caelix” (resistencia a platinos). La paciente presenta deterioro progresivo del estado general y consulta en nuestra unidad. Realizamos marcadores tumorales, citología del líquido ascítico y biopsia de nódulo a nivel umbilical siendo todos negativos. Proponemos renutrición y laparotomía diagnóstica. A los 25 días del ingreso se realiza intervención quirúrgica con el hallazgo de coraza fibrosa y encapsulante de todo el intestino delgado y colon sigmoide. El diagnóstico intraoperatorio es de esclerosis peritoneal encapsulante; se procede a adhesiolisis y resecciones parciales de la cápsula fibrosa hasta la liberación de todo el paquete intestinal. La anatomía patológica confirma el diagnóstico de EPE. Histológicamente se aprecian fragmentos de tejido conectivo parcialmente revestido por epitelio cúbico bajo mesotelial, sin atiplas, reconociéndose focos de reactivada fibroblástica y congestión vascular. Se evidencian elementos inflamatorios sin observarse células mesoteliales ni atípicas. La paciente presenta un posoperatorio sin complicaciones. Restaura el tránsito intestinal, la ingesta digestiva y se suspende la NPT. Fue dada de alta a los 42 días.

Discusión: La esclerosis peritoneal encapsulada es una entidad patológica poco frecuente (relacionada principalmente con diálisis peritoneal) que puede presentarse tras CRS + HIPEC. Puede presentarse como un cuadro de suboclusión intestinal crónica y severa pérdida de peso simulando una recidiva peritoneal. La sospecha de recidiva peritoneal de un adenocarcinoma exige confirmación bioquímica, por imagen y/o patológica.

0009-739X © 2018 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados