



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Carta al Director

Síndrome de Cocoon con afectación hepática. Hallazgo casual durante un trasplante hepático ortotópico



Cocoon syndrome with hepatic involvement. Incidental finding during orthotopic liver transplantation

Sr. Director:

Escribimos esta carta con relación al artículo publicado en su revista el pasado mes de septiembre de 2015 por Abad Calvo et al. titulado «Cocoon abdominal: reto diagnóstico y tratamiento. A propósito de un caso»¹.

Nos gustaría exponer un caso que hemos tenido recientemente en nuestro centro: paciente con cirrosis hepática de origen alcohólico (Child-Pugh B), a quien realizamos un trasplante hepático ortotópico, observando durante la intervención quirúrgica datos compatibles con un síndrome de Cocoon, no evidenciable en las pruebas de imagen prequirúrgica (ecografías abdominales seriadas los meses previos), que posteriormente se confirmó con el estudio anatomopatológico. Nos gustaría comentar este caso con la comunidad científica por la afectación hepática evidenciada que según la literatura revisada es particularmente infrecuente, y no había sido documentada con imágenes. Igualmente, informar de nuestra experiencia en cuanto a las dificultades técnicas que podría suponer la presencia de esta esclerosis peritoneal encapsulante (EPE) durante un procedimiento quirúrgico de esta índole.

La EPE secundaria es una complicación poco frecuente, cuya patogénesis, aunque todavía incierta, se justifica en la mayoría de casos con la presencia de reacciones peritoneales inflamatorias de repetición^{2,3}, como sería el caso de nuestro paciente que presentó descompensaciones ascíticas en diversas ocasiones. Dentro del escenario semiológico de la EPE, la mayoría de las publicaciones describen como afectación orgánica más habitual la intestinal^{1,4,5}, y son escasos los artículos que mencionan la infrecuente afectación de órganos supramesocólicos⁶⁻⁹. Incluso una revisión extensa de 193 pacientes realizada por Akbulut⁹, describe la clínica derivada de afectación intestinal, no así de afectación hepática y/o gástrica. Sin embargo, nuestro paciente presentaba afectación principalmente del hígado y estómago, y en menor grado del intestino delgado.

En el acto quirúrgico evidenciamos la presencia de una membrana blanco-nacarada, que encapsulaba la mayor parte de los órganos del compartimento supramesocólico, lo cual dificultó la apertura de la cavidad abdominal, así como la visualización del hígado y su pedículo vascular, siendo especialmente laboriosa la disección de los elementos del hilio hepático. Por todo ello, en quirófano se decidió liberar inicialmente la cápsula de fibrosis prehepática (fig. 1), y a continuación se optó por la sección en bloque del hilio hepático previo clampaje del mismo (*pringle*), realizando disección de sus elementos una vez realizada la hepatectomía, cuando ya se generó el espacio suficiente que permitió su correcta identificación.

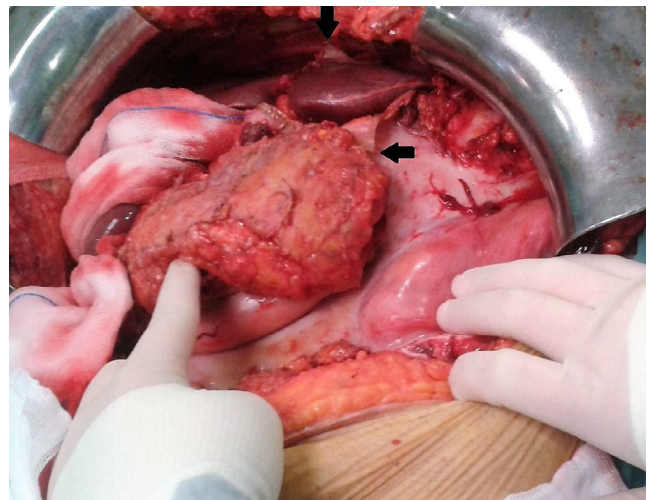


Figura 1 – Imagen intraoperatoria: membrana fibrosa blanca-nacarada englobando parte de los órganos de la cavidad abdominal. Las flechas señalan los extremos de dicha membrana, tras haber sido seccionada para facilitar un cómodo proceder quirúrgico.

Concluimos, por tanto, que la EPE podría afectar, aunque de forma infrecuente, a los órganos del compartimento supramesocólico, suponiendo así un reto en el control quirúrgico del paquete vasculobiliar durante un trasplante hepático, pero sin constituir una contraindicación en la realización del mismo.

Financiación

No existen apoyos recibidos en forma de beca para la realización de este manuscrito.

Autorías

Isabel Casal Beloy, María Alejandra García Novoa: redacción del manuscrito, y adquisición y recogida de datos.

Jose Ignacio Rivas Polo: revisión crítica del manuscrito, y adquisición y recogida de datos.

Manuel Gómez Gutiérrez: revisión crítica del manuscrito, aprobación de la versión final del manuscrito, y adquisición y recogida de datos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abad P, de Diego M, Isnard RM, Ojanguren I, Castelluí A. Cocoon abdominal: reto diagnóstico y tratamiento. A propósito de un caso. *Cir Esp*. 2016;93:61-2.
2. Bajo MA, del Peso G, Selgas R. Prevención de la esclerosis peritoneal encapsulante en pacientes en diálisis peritoneal. *Dial Traspl*. 2009;30:52-6.
3. Nomoto Y, Kawaguchi Y, Kubo H, Hirano H, Sakai S, Kurokawa K. Sclerosing encapsulating peritonitis in patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis:

A report of the Japanese Sclerosing Encapsulating Peritonitis Study Group. *Am J Kidney Dis*. 1996;28:420-7.

4. Uzunoglu Y, Altintoprak F, Yalkin O, Gunduz Y, Cakmak G, Ozkan OV, et al. Rare etiology of mechanical intestinal obstruction: Abdominal Cocoon syndrome. *World J Clin Cases*. 2014;2:728-31.
5. Li N, Zhu W, Li Y, Gong J, Gu L, Li M. Surgical treatment and perioperative management of idiopathic abdominal cocoon: Single-center review of 65 cases. *World J Surg*. 2014;38:1860-7.
6. Singh B, Gupta S. Abdominal cocoon: A case series. *Int J Surg*. 2013;11:325-8.
7. Yeniay L, Karaca CA, Caliskan C, Firal O, Ensin SM, Akgün E. Abdominal cocoon syndrome as a rare cause of mechanical bowel obstruction: Report of two cases. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2011;17:557-60.
8. Illán A, Camacho J, Abdalahi H, Calado C, Huertas J. Síndrome de Cocoon: una rara causa de oclusión intestinal. *Cir Esp*. 2016;94:417-9.
9. Akbulut S. Accurate definition and management of idiopathic sclerosing encapsulating peritonitis. *World J Gastroenterol*. 2015;21:675-87.

Isabel Casal Beloy*, María Alejandra García Novoa, Jose Ignacio Rivas Polo y Manuel Gómez Gutiérrez

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: isabelcasalbe@gmail.com, belitacasa@gmail.com (I. Casal Beloy).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2016.07.006>
0009-739X/

© 2016 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.