



## 410/48 - PSEUDOMIXOMA PERITONEAL CON OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MALIGNA CRÓNICA. MANEJO DOMICILIARIO DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL CRÓNICA

D. Toledo García<sup>1</sup>, A. Moral Morales<sup>1</sup>, C. Marcos Alonso<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud San Pablo. Sevilla, <sup>1</sup>Médico Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud San Luis. Sevilla. <sup>2</sup>Médico Residente en Medicina familiar y comunitaria. Centro de Salud Montequito. Sevilla.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 42 años en seguimiento por oncología debido a adenocarcinoma mucinoso de bajo potencial de malignidad con componente de carcinomatosis peritoneal, intervenido 4 años atrás mediante peritonectomía, esplenectomía y quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC). Desde entonces, buena calidad de vida y estudios de imagen con baja probabilidad de malignidad. En consulta comenta cuadro de 10 días de evolución consistente en intolerancia oral a sólidos y posteriormente también a líquidos, con vómitos postprandiales. Se acompañan de sensación de distensión abdominal y desconfort. Tras derivar a urgencias hospitalarias, se realizan pruebas complementarias y cirugía descarta intervención, recomendando tratamiento médico conservador con dieta absoluta, sonda nasogástrica (SNG) para aspiración, nutrición parenteral y corticoterapia. Tras un periodo de ingreso, se valora a la paciente en su domicilio, con gran mejoría clínica aunque sometida a nutrición parenteral domiciliaria y persistiendo la necesidad de uso de SNG para aspiración.

**Exploración y pruebas complementarias:** En consulta, presenta un importante deterioro del estado general. Estable hemodinámicamente, con abdomen distendido, aunque depresible, pudiendo palpar tumoraciones duras en ambos flancos. Se realiza TAC abdominal, evidenciando progresión abdominal con signos de suboclusión.

**Juicio clínico:** Recidiva de cistoadenoma mucinoso con pseudomixoma peritoneal. Obstrucción intestinal maligna.

**Diagnóstico diferencial:** Íleo adinámico. Estenosis gastroduodenal.

**Comentario final:** El pseudomixoma peritoneal se caracteriza por la presencia de tumores mucinosos, de potencial maligno variable, que se diseminan al peritoneo en estadios tempranos de la enfermedad debido a una ruptura en la pared del apéndice, originando ascitis mucinosa en la cavidad abdominopélvica. La clínica predominante suele ser la distensión abdominal progresiva, el dolor, los vómitos o incluso la disnea. En el 90% de los casos la lesión primaria es un tumor mucinoso apendicular. Siguiendo un correcto tratamiento, las recidivas son frecuentes y su tasa de supervivencia a los 5 años es del 70%. La oclusión intestinal maligna es una complicación frecuente

en pacientes oncológicos, especialmente con tumores abdominopélvicos. Se define como aquella oclusión distal al ligamento de Treitz que ocurre en el contexto de una enfermedad oncológica intraabdominal incurable o un primario extraabdominal con carcinomatosis peritoneal. Su diagnóstico guarda relación con un peor pronóstico y el manejo clínico es complejo. Estos pacientes suelen estar en seguimiento por las unidades de soporte de cuidados paliativos (hospitalización domiciliaria), si bien nuestra actuación como médicos de atención primaria debe ser primordial. Debido a que su manejo no está recogido en ningún protocolo de forma consistente y que debemos brindar una atención personalizada, vamos a ser junto al paciente y su familia, gestores de los recursos disponibles. Nos encontraremos ante decisiones complejas como proponer una gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) ante una nutrición parenteral en domicilio (medida invasiva, con complicaciones...) si el estado clínico del paciente lo permite, o bien aportar e ir modificando según vaya necesitando, un tratamiento de mantenimiento para favorecer la estancia del paciente en su domicilio si este es su deseo. En este caso, la respuesta a los diversos tratamientos fue bastante gratificante, logrando un equilibrio con la necesidad puntual de analgésicos, antieméticos, corticoides y antisecretores. Posteriormente se planteó la colocación de una PEG quirúrgica dada la resolución del episodio y el buen estado de la paciente ya que además el uso de la SNG siempre debe ser temporal. De momento se descartó colostomía paliativa debido a las tasas de complicaciones y morbimortalidad que ocasiona en las etapas finales de la enfermedad en estos pacientes.

## **Bibliografía**

Muñoz MT, Solís Herruzo JA. Pseudo-obstrucción intestinal crónica. Rev Esp Enferm Dig. 2007;99(2):100-11.

Della Valle A, Wolaj M, Santos D. Manejo terapéutico actual de la oclusión intestinal maligna no quirúrgica. Rev Méd Urug. 2012;28(2):108-14.