

Peritonitis plástica secundaria.

Presentación de dos casos.

HOSPITAL PEDIÁTRICO DOCENTE PROVINCIAL "ELISEO NOEL CAAMAÑO". MATANZAS.

Revista Médica Electrónica 2009;31(4).

Peritonitis plástica secundaria. Presentación de casos.

Secondary plastic peritonitis. Presentation of cases.

AUTORES

Dr. Orlando López Torres (1)

E-mail: orlando.lopez@infomed.sld.cu

Dr. Narciso Hernández Rodríguez. (2)

Dr. Crisanto Abad Cerulía. (3)

Dr. Osvaldo Varela Terciado. (4)

- (1) Especialista de II Grado. Profesor Auxiliar. Jefe del Departamento de Terapia Intensiva. Hospital Pediátrico Docente Provincial "Eliseo Noel Caamaño". Matanzas.
- (2) Especialista de I Grado en Cirugía. Hospital Pediátrico Docente Provincial "Eliseo Noel Caamaño".
- (3) Especialista de II Grado. Profesor Asistente. Hospital Pediátrico Docente Provincial "Eliseo Noel Caamaño". Matanzas.
- (4) Especialista de I Grado en Pediatría. Hospital Pediátrico Docente Provincial "Eliseo Noel Caamaño". Matanzas.

RESUMEN

Se presentan dos adolescentes, con historia previa de cirugía abdominal los cuales años después desarrollaron oclusión intestinal. En el acto quirúrgico se constata peritonitis plástica, se comentan sus principales manifestaciones clínicas y procedimientos quirúrgicos utilizados.

DeCS

PERITONITIS/ cirugía

ABDOMEN/ cirugía

OBSTRUCCION INTESTINAL /cirugía

HUMANOS

ADOLESCENTE

INTRODUCCIÓN

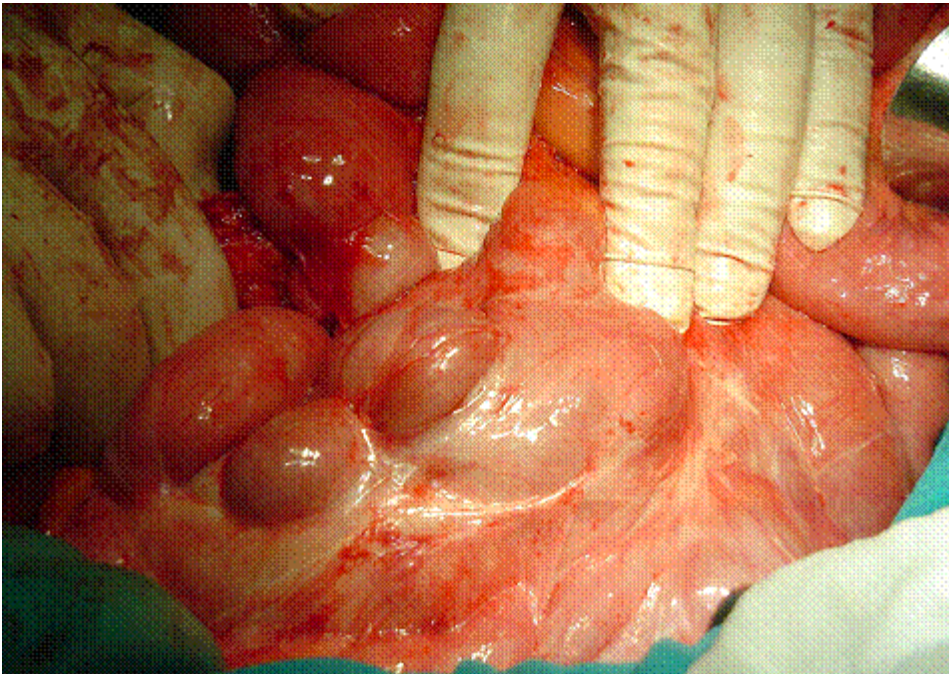
La peritonitis encapsulada fibrótica es una rara causa de obstrucción del intestino delgado (1) y puede ser clasificada como idiopática (abdomen en capullo) o secundaria (principalmente relacionada con diálisis peritoneal ambulatoria crónica) (2,3). La forma idiopática fue primeramente descrita por Foo y colaboradores en 1978 y afecta principalmente a mujeres jóvenes (4) procedentes de zonas tropicales o subtropicales, (5) aunque adultos de otras zonas geográficas también han sido reportados. La membrana es gruesa, fibrótica y recuerda un capullo, la cual involucra parte o todo el intestino delgado, aunque también puede cubrir estómago, colon, hígado y bazo (6). Clínicamente se presenta por episodios recurrentes agudos o subagudos de oclusión intestinal de asas delgadas, pérdida de peso, náuseas, anorexia y en ocasiones es posible palpar masa abdominal. Muchos casos son diagnosticados incidentalmente al realizarle laparotomía, aunque difícil el diagnóstico preoperatorio (7) es factible por la combinación de tránsito baritado (patrón de coliflor y demora en la progresión

del contraste) y TAC de abdomen (asas delgadas congregadas en el centro, encerradas en un manto de tejido blando denso), sin embargo el diagnóstico preoperatorio requiere un alto grado de sospecha clínica (8). El tratamiento es quirúrgico, se debe realizar disección de la membrana y liberación de bridas, evitando la resección de asas a no ser que el intestino no sea viable, pues incrementa la morbilidad y mortalidad.

En el niño esta entidad es aún más rara, tanto la forma primaria como secundaria casi siempre presentándose con manifestaciones de oclusión intestinal. (9-12)

Fig.1 (Por cortesía de Costas Serafimidis y colab.)

Fotografía intraoperatoria: Membrana fibrótica que cubre asas intestinales.



Presentación de los casos.

Paciente No.1

Paciente masculino de 13 años de edad con antecedentes de haber sido intervenido quirúrgicamente al nacer por atresia duodenal congénita, luego de ello su evolución fue favorable, aproximadamente 2 meses antes del actual ingreso comienza con dolor abdominal a tipo cólico de manera ocasional; en el momento del ingreso presenta vómitos, dolor abdominal a tipo cólico y distensión abdominal. Se realiza estudio radiológico de abdomen simple, presentando patrón oclusivo, por lo cual es llevado al quirófano con el diagnóstico de oclusión intestinal por bridas posquirúrgicas. Durante el acto quirúrgico se constata peritoneo engrosado formando una membrana, la cual involucra prácticamente todas las vísceras abdominales, se tratan de liberar las asas, pero solo se logra escasamente, posteriormente la clínica del paciente mejora siendo dado de alta, una semana después reingresa con manifestaciones clínicas de oclusión intestinal, se realiza tránsito intestinal contrastado, no progresando el contraste más allá del duodeno, se reinterviene quirúrgicamente, pero la membrana fibrótica impresiona aún más consolidada, se intentan liberar las asas, pero resulta imposible, no es posible la identificación anatómica de las mismas dada la gruesa capa que las cubre, durante la maniobra se abren parcialmente dos asas intestinales a las cuales se les realiza anastomosis latero-lateral, el paciente es trasladado al final del proceder al servicio de Terapia Intensiva donde recibe alimentación parenteral, luego alimentación enteral continua con dieta elemental y más tarde alimentación fraccionada normal, egresa un mes después. Pasado 3 años de la intervención quirúrgica se mantiene libre de síntomas con buen estado nutricional.

Paciente No. 2

Paciente masculino de 14 años de edad con antecedentes de haber sido intervenido quirúrgicamente a la edad de 2 años por peritonitis secundaria a perforación de colon como complicación de extirpación de pólipos por vía endoscópica. Desde los 10 años de edad el niño viene presentando cuadros frecuentes de dolor abdominal de ligera intensidad, asociados en ocasiones a vómitos, fue visto reiteradamente por diversos facultativos e interpretado el cuadro como gastritis, para lo cual recibió diferentes tratamientos, sin mejoría significativa. A los 14 años de edad ingresa en nuestro hospital por vómitos, dolor abdominal a tipo cólico se diagnostica oclusión intestinal por bridas y se interviene quirúrgicamente. En la operación se observan múltiples bridas gruesas entre las asas pudiendo ser liberadas en parte, es egresado seis días después libre de síntomas. Posteriormente, en menos de un mes reingresa en dos ocasiones por cuadros de oclusión intestinal parcial, se le realiza estudio radiológico de tránsito intestinal baritado donde se aprecian zonas estrechas de intestino delgado, enlentecimiento del mismo y pérdida del patrón anatómico normal; finalmente, dado patrón oclusivo completo se interviene quirúrgicamente, se constata membrana fibrosa que incluye todas las vísceras y el peritoneo parietal, se intenta liberación de las mismas, conduciendo esta maniobra a perforaciones intestinales múltiples sin que se pueda identificar al segmento intestinal a que pertenece, siendo necesario resección en bloque de toda esta masa intestinal multiperforada, luego de lo cual queda cerca de un 50% de intestino delgado en mejores condiciones, pudiendo ser desbridado sin crear nuevas perforaciones, seguido de anastomosis término-terminal de los extremos seccionados además de una gastroyeyunostomía látero-lateral complementaria, secundario al proceder antes mencionado desarrollo gastritis severa por reflujo yeyuno gástrico, el cual mejora con tratamiento médico, siendo egresado al mes y permaneciendo libre de síntomas 1 año después.

CONCLUSIONES

Se presentan dos adolescentes con el diagnóstico de peritonitis plástica años después de intervenciones quirúrgicas abdominales, los pacientes se presentaron con manifestaciones clínicas de oclusión intestinal mecánica, el diagnóstico de peritonitis plástica fue establecido quirúrgicamente, fue imposible la disección de las membranas sin resección parcial de asas intestinales, actualmente se mantienen con buen estado nutricional sin síntomas digestivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Costas S, Ioannis K, Spyros V. Idiopathic sclerosing encapsulating peritonitis (or abdominal cocoon) BMC Surg. 2006; 6:3
2. Felicia Li-Sher T. Sclerosing encapsulating peritonitis in a child secondary to peritoneal dialysis. J Pediatric Surg. 2005; 40: 21-3.
3. Hazem H. Abdominal Cocoon. Appl Radiol. 2003;32(10).
4. Okamoto N, Maeda K. Abdominal cocoon in an aged man: report of a case. Surg Today. 2007; 37(3):258-60.
5. Cleffken B, Sie G, Riedl R, Heineman E. Idiopathic sclerosing encapsulating peritonitis in a young female-diagnosis of abdominal cocoon. J Pediatr Surg. 2008; 43(2):27-30.
6. Hiroyuki S, Katsuya S. Sclerosing Peritonitis. N Engl J Med. 2008;359(3).
7. Tu JF, Huang XF, Zhu GB, Liao Y, Jiang FZ. Comprehensive analysis of 203 cases with abdominal cocoon. Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi. 2006; 9(2):133-5.
8. Yang JF, Li N, Li JS. Diagnosis and treatment of abdominal cocoon. Zhonghua Wai Ke Za Zhi. 2005; 43(9):561-3.
9. Mordehai J, Kleiner O, Kirshtein B. Peritoneal encapsulation: a rare cause of bowel obstruction in children. J Pediatr. 2001; 36(7): 1059-61.
10. Foo KT, Ng KC, Rauff A, Foong WC, Sinniah R. Unusual small intestinal obstruction in adolescent girls: the abdominal cocoon. Br J Surg.1978; 65(6):427-30.
11. Attar ZB, Nazir Z, Moazam F. The abdominal cocoon an unusual cause of intestinal obstruction in adolescents. Ann Trop. Paediatr. 1993;13(1):99-102.
12. Sahoo SP. Abdominal cocoon in children: a report of four cases. J Pediatr Surg. 1996;31(7):987-8.

SUMMARY

We present the case of two teenagers, with a previous history of abdominal surgery, who developed intestinal occlusion years later. Plastic peritonitis was found in the surgery. The main clinical manifestations of the disease and the used surgical procedures are stated.

MeSH

PERITONITIS/ surgery

ABDOMEN /surgery

INTESTINAL OBSTRUCTION/surgery

HUMANS

ADOLESCENCE

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

López Torres O, Hernández Rodríguez N, Abad Cerulia C, Varela Terciado O. Peritonitis plástica secundaria. Presentación de dos casos. Rev méd electrón[Seriada en línea] 2009; 31(4). Disponible en URL:

<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/año%202009/vol4%202009/tema13.htm>

[consulta: fecha de acceso]