

CP-38 TÍTULO: PERITONITIS ENCAPSULANTE PRIMARIA

AUTOR/ES: F. Adel Abdulla, M. Marqueta de Salas, P. Veguillas, R. Puga Bermudez, J. Quiñones Sampedro, V. Arteaga Peralta, JM. Ramia Angel, R. de la Plaza, J. García-Parreño Jofre

INSTITUCIÓN: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA

INTRODUCCIÓN

La peritonitis encapsulante (PE) es una entidad muy infrecuente que se caracteriza por la formación de una membrana fibrosa que envuelve parcial o totalmente la asas de intestino y provoca cuadros de obstrucción intestinal. Hay dos subtipos: Primaria y secundaria. La forma secundaria es más frecuente y se ha relacionado con la sarcoidosis, tuberculosis, LES, administración de betabloqueantes y la diálisis peritoneal. La forma primaria es más frecuente en mujeres jóvenes.

CASO CLÍNICO

Varón de 66 años, con AP de HTA, hernioplastia umbilical, que acude a urgencias por un cuadro de dolor abdominal y vómitos. A la exploración se objetiva un abdomen distendido, doloroso de forma generalizada, con disminución de RHA y sensación de masa en hipocondrio izquierdo. Se realizó TAC abdominal informado como "apelotonamiento" de asas de ID, desde el Treitz incluyendo yeyuno; distensión marcada de asas, con líquido interasas y aumento de la densidad, de aspecto infiltrativo o edematoso, del mesenterio correspondiente contrastando con resto de ID que se encuentra colapsado. Con el diagnóstico de obstrucción intestinal se decide IQ urgente. Se objetiva conglomerado de asas de ID envueltas por una membrana fibrosa que incluye el epiplon mayor, se realiza enterólisis y liberación de la capsula peritoneal. En el postoperatorio el paciente es reintervenido por perforación yeyunal realizándose resección intestinal y anastomosis TT. Asintomático tras el alta.

DISCUSIÓN

La PE es una rara entidad, especialmente la forma primaria. En nuestro caso, el paciente había presentado durante los meses previos un cuadro caracterizado por alteraciones del tránsito intestinal con episodios de suboclusión autoresuelta; algunos autores abogan por un tratamiento conservador con esteroides sobre todo en fases iniciales del proceso, reservando la cirugía para los casos francos de obstrucción intestinal, en estos casos se propone realización de una cirugía lo menos agresiva posible dada la alta incidencia de complicaciones postoperatorias fundamentalmente dehiscencia de sutura. El diagnóstico de sospecha es complicado dado la baja incidencia de la enfermedad.