



P-295 - PERITONITIS ENCAPSULANTE ESCLEROSANTE IDIOPÁTICA (COCOON ABDOMINAL)

M. Cea Soriano, A. Pueyo Rabanal, P. Galindo Jara, E. Esteban Agustí, C. García Llorente, R. Barriga Sánchez, L. Rabadán Ruiz, M.I. Hernanz Hernández, M. Casares Santiago, M.C. Martín Delgado y J.A. Garijo Álvarez

Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz.

Resumen

Objetivos: Presentar un caso de obstrucción mecánica de intestino delgado causado por una peritonitis encapsulante esclerosante idiopática (cocoón abdominal) y revisar la literatura al respecto de esta entidad.

Caso clínico: Paciente de 76 años sin antecedentes de cirugía abdominal, con cardiopatía conocida (cardiopatía isquémica, flutter auricular, portador de marcapasos y prótesis aórtica metálica y anticoagulado con acenocumarol) que ingresa en Unidad de Cuidados Intensivos para monitorización de un cuadro de dolor torácico de origen coronario. Durante el ingreso en la Unidad presenta dolor abdominal, náuseas y distensión en aumento, por lo que se solicita una TC abdominal. Dicha prueba se informa como obstrucción mecánica de intestino delgado secundaria a probable hernia interna transmesentérica con cambio de calibre en íleon distal y dilatación retrógrada. Se realiza cirugía urgente por laparotomía media, encontrando una obstrucción de intestino delgado con dilatación retrógrada, sin cambio de calibre claro, con membrana de peritoneo gruesa que cubre desde 50 cm distal de ángulo de Treitz hasta 50 cm proximal a válvula ileocecal y adhiere las asas entre sí y líquido libre inespecífico. Se realiza adhesiolisis de membrana fibrosa de peritoneo, comprobación de asas y hemostasia, sin necesidad de resección intestinal. Alta el 6^º día postoperatorio sin complicaciones. Tras seguimiento durante un año, no ha presentado nuevos episodios de obstrucción intestinal. La peritonitis encapsulante esclerosante idiopática (cocoón abdominal) es una causa infrecuente de obstrucción de intestino delgado. Se caracteriza por presentar una o varias membranas fibrosas que engloban las asas intestinales que pueden causar cuadros de dolor abdominal u obstrucción intestinal. El origen es desconocido y se ha clasificado el síndrome en una forma idiopática de origen embriológico y otra secundaria asociada a situaciones de alteración peritoneal como tuberculosis intestinal, endometriosis o diálisis peritoneal. El cuadro clínico no es específico y se puede manifestar como obstrucción intestinal completa, o cuadros de obstrucción parcial. Existen signos radiológicos específicos de esta entidad, aunque en las series publicadas no es habitual el diagnóstico preoperatorio, como ocurrió en nuestro caso. Cuando se presenta como obstrucción completa, el tratamiento es quirúrgico y el objetivo es liberar por completo las asas intestinales, extirpando las membranas fibrosas.

Discusión: Debe tenerse en cuenta como una causa infrecuente de obstrucción de intestino delgado en pacientes sin cirugía abdominal previa. El diagnóstico es radiológico, aunque pocos casos son

diagnosticados de forma preoperatorio. El tratamiento es quirúrgico, realizando adhesiolisis intestinal.