

## Cartas al Director

### Obstrucción intestinal por peritonitis fibrosante encapsulante

---

*Palabras clave:* Peritonitis esclerosante encapsulante. Obstrucción intestinal. Adherencias.

*Key words:* Sclerosing encapsulating peritonitis, intestinal obstruction, adhesions.

---

*Sr. Editor:*

La peritonitis fibrosante encapsulante (PFE), es una entidad poco frecuente que causa obstrucción intestinal debido al encapsulamiento de las asas por una membrana gruesa de tejido fibrocolágeno que forma un saco. La mayoría de los casos descritos aparecen como una complicación tardía y devastadora de la diálisis peritoneal.

#### Caso clínico

Varón de 63 años que consulta por cuadro de dolor abdominal difuso tipo cólico, vómitos alimenticios y estreñimiento. El paciente tenía antecedentes de cirrosis hepática, cirugía por pancreatitis crónica, y episodios de dolor abdominal de origen no filiado. La analítica fue normal.

La radiografías de abdomen simple mostraron dilatación de asas de intestino delgado, con niveles hidroaéreos. En la ecografía abdominal se objetivó hepatoesplenomegalia, dilatación de asas de intestino delgado y una pequeña cantidad de líquido libre intra-

peritoneal. La TC abdominopélvica (Fig. 1) confirmó la presencia de líquido intraperitoneal, asas de intestino delgado dilatadas y agrupadas, rodeadas por una cápsula gruesa.

Con la sospecha de obstrucción intestinal se realizó laparotomía encontrándose una peritonitis fibrosante encapsulante.

El paciente falleció unas semanas después de la intervención por fallo multiorgánico.

#### Discusión

La peritonitis fibrosante encapsulante (PFE), también denominada peritonitis fibrosante crónica encapsulante o “abdominal cocoon” es una entidad poco frecuente, descrita por primera vez en 1978 por Foo y cols. (1), que causa obstrucción mecánica completa o incompleta de asas de intestino delgado. Puede ser idiopática o secundaria principalmente a diálisis peritoneal crónica con una incidencia de entre 0,9-7,3% en estos pacientes; se ha asociado a cirugía abdominal, shunt ventrículo-peritoneal, menstruación retrógrada, tratamiento con practolol, tuberculosis peritoneal, sarcoidosis, tumor carcinoide o cirrosis hepática en este último una infección intraabdominal persistente induciría esclerosis y la formación de una cápsula (2).

Clínicamente suele presentarse como obstrucción intestinal aguda, subaguda o crónica con vómitos, distensión, dolor abdominal tipo cólico y pérdida de peso. Puede palparse una masa abdominal, hasta en el 54% de estos pacientes.

La TC es la técnica de elección para el diagnóstico de PFE mostrando un patrón similar en todos los casos (3), asas de delgado dilatadas en el centro del abdomen, rodeadas por una gruesa membrana formando un saco. Otros hallazgos radiológicos incluyen: asas fijas entre sí, colecciones líquidas, ascitis, asas con pared gruesa y calcificaciones en estadios avanzados, adenopatías y realce peritoneal. Estos hallazgos, suelen asociarse a estadios avanzados; siendo menos sensible para demostrar los cambios iniciales de esta entidad en el peritoneo. Hüser hace referencia al comportamiento de esta patología en RM, y demuestra la posibilidad de detectar la PFE con RM en estadios iniciales (4), pero

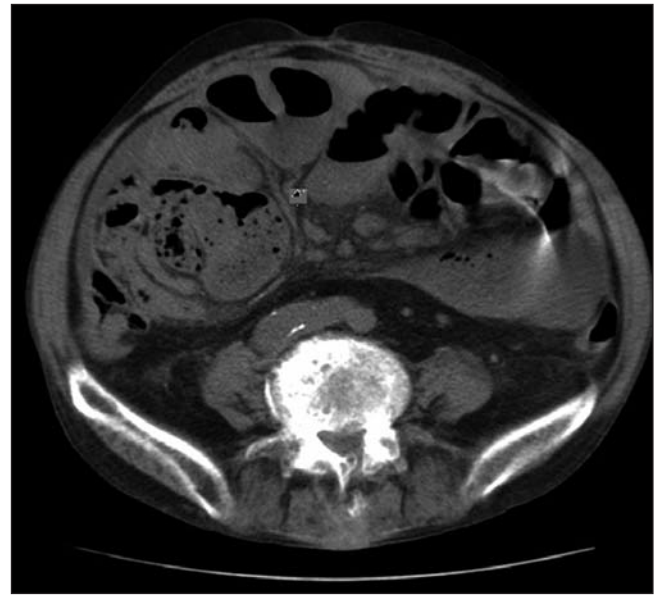


Fig. 1. Radiografía de abdomen (A) en bipedestación: dilatación de las asas de intestino delgado, con presencia de niveles hidroaéreos y pequeña cantidad de gas distal. TC abdominopélvica (B) sin contraste intravenoso por alergia al yodo: líquido en espacios parietocólicos y entre asas intestinales; dilatación de asas de intestino delgado agrupadas en hemiabdomen inferior derecho y rodeadas por cápsula fibrosa (flecha).

estos hallazgos sólo se discuten en un caso. Se ha estudiado el papel de la  $^{18}\text{F}$ -fluorodeoxiglucosa-PET-TC en la detección de la fase inflamatoria de la PFE en pacientes sometidos a diálisis peritoneal, concluyendo que la PET-TC podría ser útil en el diagnóstico de la fase aguda. No obstante, serán necesarios más casos para definir el papel de la RM y la PET-TC en el diagnóstico de la PFE.

Histológicamente la membrana que rodea las asas es tejido fibrocolágeno grueso con o sin focos de inflamación y proliferación vascular en algunos casos (5). Microscópicamente la peritonitis fibrosante se manifiesta como una fibrosis submesotelial.

En el diagnóstico diferencial de la PFE debemos tener en cuenta entre otras causas de obstrucción mecánica de intestino delgado las hernias internas, siendo la transmesentérica y paraduodenal las más frecuentes.

El tratamiento de la obstrucción por la PFE es quirúrgico y consiste en extirpación del saco peritoneal y lisis de las adherencias entre asas, para evitar fugas y síndrome de intestino corto se recomienda resecar las asas solo cuando haya necrosis intestinal, no obstante la morbimortalidad llega a alcanzar el 50% (6). En la fase inflamatoria aguda de la PFE asociada a diálisis se puede intentar tratamiento médico con inmunosupresores (azatioprina, ciclosporina) combinados con esteroides o esteroides solos. Hay algún caso tratado con tamoxifeno. No obstante la mayoría de estos tratamientos hacen referencia a casos clínicos aislados.

El mejor conocimiento clínico (incluyendo los factores de riesgo) y radiológico de esta entidad y un alto índice de sospecha

es fundamental para alcanzar el correcto diagnóstico preoperatorio y el manejo apropiado de la obstrucción intestinal por peritonitis fibrosante encapsulante, en pacientes sin antecedentes de DPCA.

Cristina Pérez López, Purificación Pardo Rojas,  
Feliciano Agustín Cembellín y Laura Casal Da Vila

*Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Hospitalario  
de Ourense*

## Bibliografía

1. Foo KT, Ng KC, Rauff A, et al. Unusual small intestinal obstruction in adolescent girls: the abdominal cocoon. *Br J Surg* 1978;65:427-30.
2. Yamamoto S, Sato Y, Takaishi T, Kobayashi T, Hatakeyama K. Sclerosing encapsulating peritonitis in two patients with liver cirrhosis. *J Gastroenterol* 2004;39(2):172-5.
3. George C, Al-Zwae K, Fair S, Cast JE. Computed tomography appearances of sclerosing encapsulating peritonitis. *Clin Radiol* 2007;64(8):732-7.
4. Hüser N, Stangl M, Lutz J, Fend F, Kreymann B, Gaa J. Sclerosing encapsulating peritonitis: MRI diagnosis. *Eur Radiol* 2006;16:238-9.
5. Wei B, Wei H-B, Guo W-P, Zheng ZH, Huang Y, Hu BG, et al. Diagnosis and Treatment of abdominal cocoon: a report of 24 cases. *Am J Surg* 2009;198(3):348-53.
6. Lo WK, Kawanishi H. Encapsulating peritoneal sclerosis-medical and surgical treatment. *Perit Dial Int* 2009;29(Supl. 2):S211-214.