
**VALORACIÓN DE
PATOLOGIA
PERITONEAL
TUMORAL CON TCMD.
PRESENTACIÓN
EXCEPCIONAL EN
URGENCIAS**

Pablo Pérez Sánchez
Carlos Manuel Asencio Moreno
Javier Gracia Madrid-Salvador
Juan José Herrero Reyes

Hospital Gutiérrez Ortega
Valdepeñas (Ciudad Real)

OBJETIVO DOCENTE

- Describir los hallazgos radiológicos de patología peritoneal tumoral poco frecuente o excepcional mediante TC multidetector (TCMD), y establecer diagnósticos diferenciales adecuados.

REVISIÓN DEL TEMA

- La cavidad peritoneal y sus reflexiones, incluyendo el mesenterio y el omento, pueden afectarse por procesos neoplásicos.
- La TCMD permite un estudio específico de la anatomía de la cavidad peritoneal, clave para comprender los procesos patológicos que la afectan [1].

-
- La carcinomatosis peritoneal puede originarse en neoplasias abdominales o extraabdominales.
 - El pseudomixoma peritoneal es resultado de la rotura intraperitoneal de un cistoadenoma o cistoadenocarcinoma mucinoso, con acumulación de material mucoide y festoneado de la superficie visceral [2,3].

-
- La linfomatosis peritoneal es indistinguible de la carcinomatosis peritoneal, salvo si se asocia a adenopatías grandes y difusas.
 - El mesotelioma peritoneal es más infrecuente que el pleural, existiendo exposición previa al asbesto en el 50% de los casos [2,3].

CARCINOMATOSIS PERITONEAL:

- La diseminación metastásica difusa de la cavidad peritoneal se produce con frecuencia en tumores abdominopélvicos.
- Los tumores que se propagan de esta forma con mayor frecuencia son el carcinoma de ovario en mujeres y los carcinomas de estómago, páncreas y colon en ambos sexos [2,3].

- Las localizaciones preferidas de implantación tumoral dependen del flujo del líquido ascítico: más frecuentes en el fondo de saco de Douglas, el receso paracólico derecho y el epiplon mayor.
- La introducción del TC multidetector ha supuesto una mejora en la detección los hallazgos semióticos de la carcinomatosis peritoneal.

Los hallazgos en la TCMD de carcinomatosis peritoneal incluyen [2,3]:

- Ascitis loculada, engrosamiento peritoneal acompañante o ascitis de localización en saco menor. Aunque no haya nódulos sólidos, la presencia de ascitis en un paciente oncológico debe considerarse signo potencial de carcinomatosis (especialmente en el carcinoma de ovario).
- Infiltración del epiplon mayor: "pastel epiploico" o omental-cake. El omental-cake se asocia con mayor frecuencia a origen ovárico.

-
- Engrosamiento y realce peritoneal con morfología difusa o nodular.
 - Se puede observar un patrón reticular o nodular en mesenterio como signos de invasión de la grasa mesentérica.
 - Adenopatías mesentéricas también es frecuente.
 - Engrosamiento y nodularidad de la pared intestinal.

MESOTELIOMA PERITONEAL MALIGNO:

- Tumor maligno que procede de las células mesoteliales que recubren la pleura y peritoneo.
- La afectación del peritoneo ocurre en el 30-45% de los casos de mesotelioma, de forma aislada (10-20%) o asociada a afectación pleural. La forma maligna es la más frecuente [4].

- El mesotelioma maligno peritoneal es un tumor raro, más frecuente en hombre de edad media (55-65 años). En el 50% de los casos se recogen antecedentes de exposición al asbesto, entre 20-30 años antes de las manifestaciones clínicas.
- El mesotelioma papilar bien diferenciado es un subtipo de mesotelioma epitelial, de pronóstico más favorable y más frecuente en mujeres [4].

La presentación radiológica del mesotelioma peritoneal es variable, siendo el TCMD la técnica de estudio más rentable [4,5]:

- Engrosamiento nodular e irregular del peritoneo, incluyendo omento y mesenterio (patrón estrellado), con tendencia a confluir dando lugar a grandes placas.
- Ascitis moderada, no siendo frecuente una ascitis masiva.
- Hallazgos concomitantes en tórax (hasta en el 65% de los casos): placas calcificadas en diafragma, es prácticamente patognomónico de afectación pleural relacionada con asbesto.

PSEUDOMIXOMA PERITONEAL:

- Por rotura intraperitoneal de un cistoadenoma o cistoadenocarcinoma mucinoso, con liberación de material gelatinoso en la cavidad peritoneal.
- El origen más frecuente es el ovario y, en el varón, el apéndice, representando el 90% de la totalidad de los casos.
- Su origen puede ser una lesión benigna (cistoadenoma o mucocele apendicular).

Es preciso considerar el diagnóstico de pseudomixoma peritoneal por TCMD ante los siguientes hallazgos por imagen [5,6]:

- Colecciones de baja densidad, loculadas, generalmente líquidas, que no realzan.
- Septos y/o partes sólidas que pueden realzarse ligeramente.
- Festoneado (scalloping) de la superficie visceral con las que contacta (sobre todo el hígado), signo muy característico, no exclusivo del pseudomixoma.
- Efecto de masa con desplazamiento de asas intestinales hacia la pared posterior.
- Engrosamiento peritoneal.

-
- Se revisa una serie de casos registrados en nuestro hospital mediante TCMD de procesos peritoneales tumorales secundarios, como la carcinomatosis peritoneal, el pseudomixoma peritoneal o la linfomatosis peritoneal y primarios, como el mesotelioma peritoneal o el carcinoma seroso papilar peritoneal.

Figura 1: Linfomatosis peritoneal (paciente con Linfoma no Hodgkin de células grandes B) TC axial sin civ. Se observan masas adenopáticas intraabdominales e infiltración difusa omental y mesentérica generalizada.

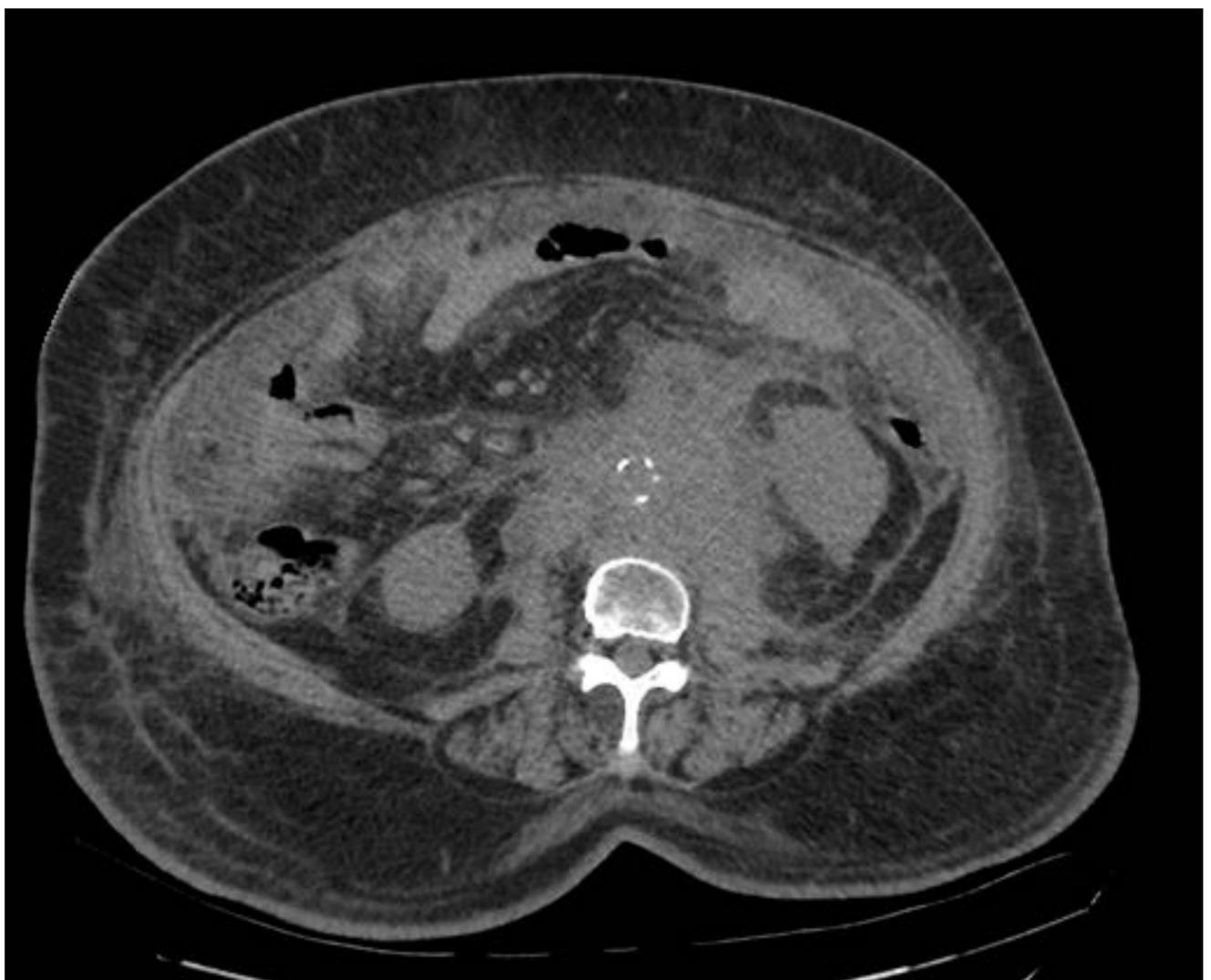
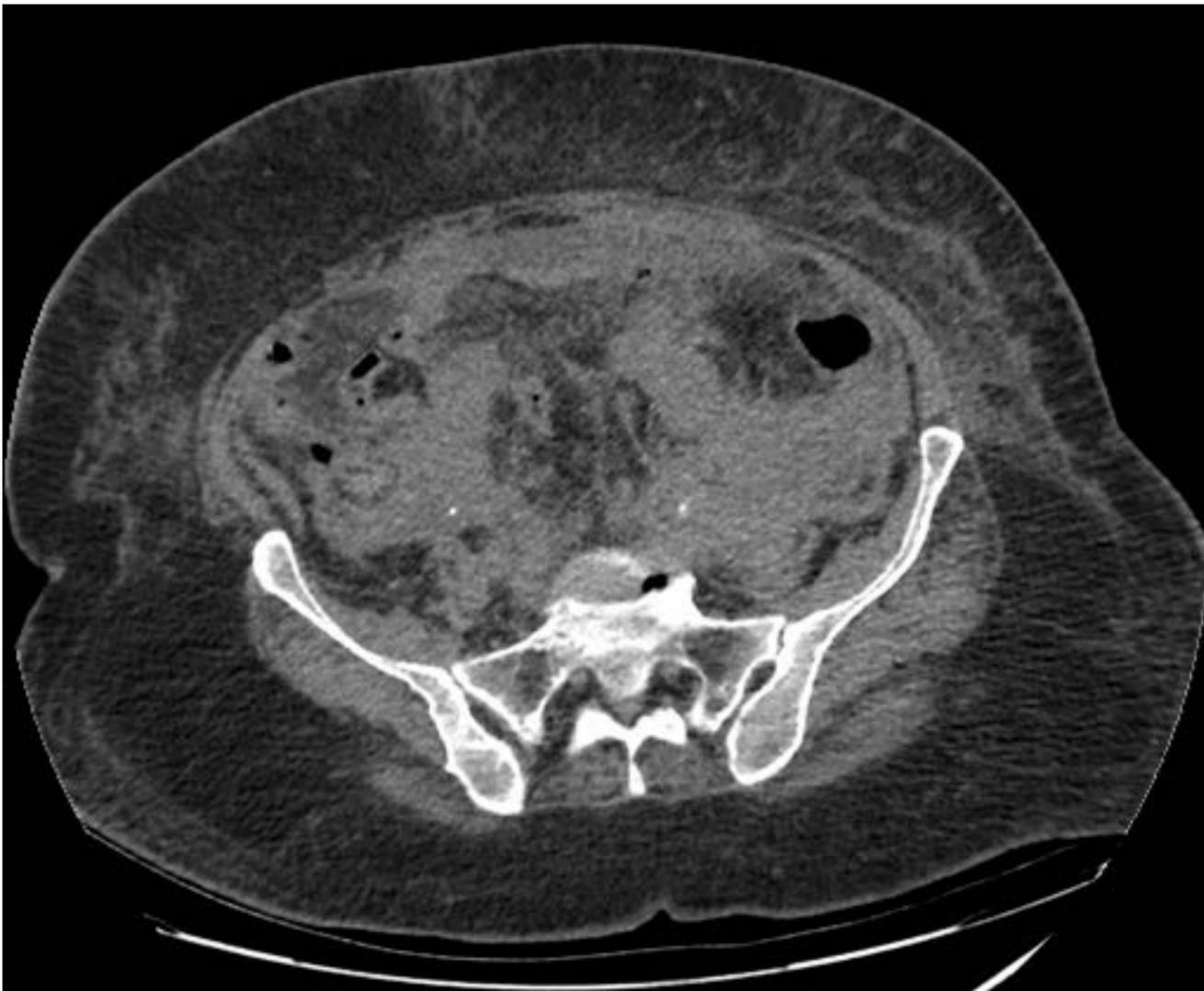


Figura 2: Carcinomatosis peritoneal secundaria a adenocarcinoma gástrico. TC axial con civ. Infiltración del epiplon mayor y ascitis en cuantía significativa en espacios habituales.

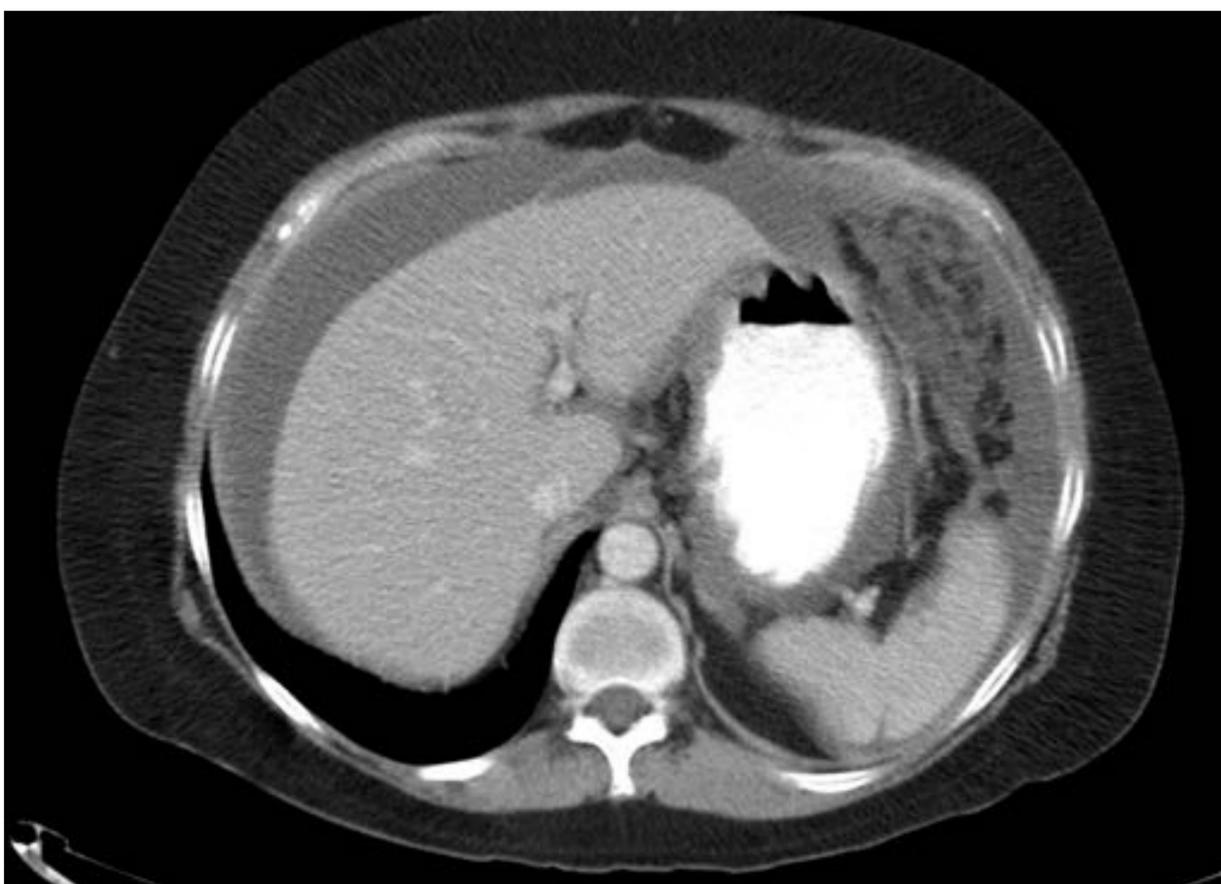
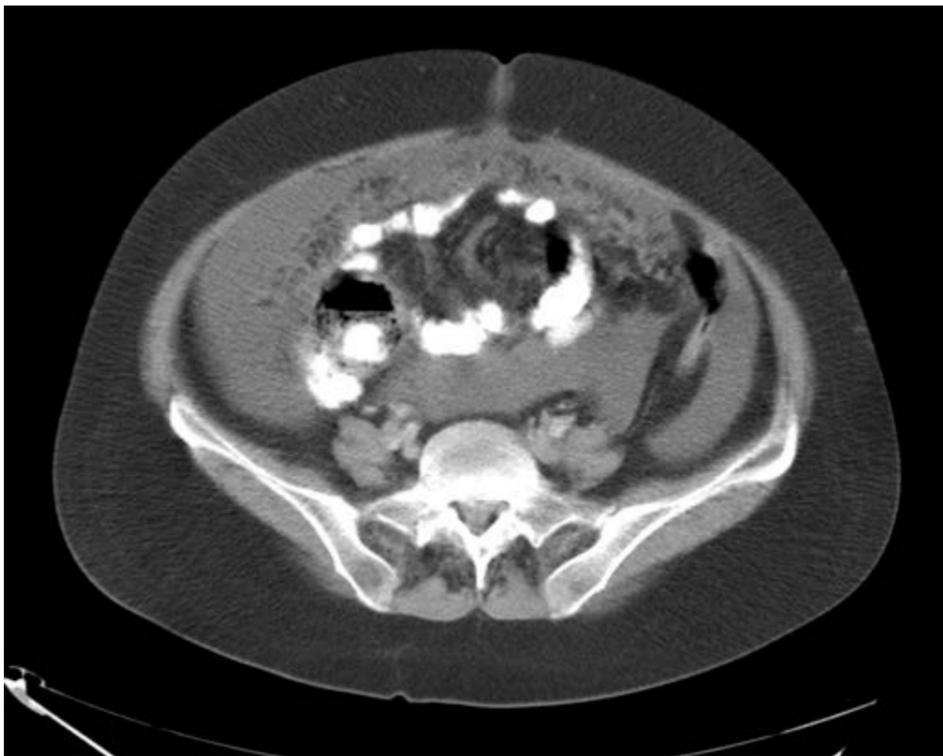


Figura 3: Carcinomatosis peritoneal 2ª a cistoadenocarcinoma ovárico. TC axial con civ. Signos de infiltración epiploica, implantes peritoneales, ascitis loculada, metástasis hepáticas y esplénicas y signos de obstrucción intestinal proximal.

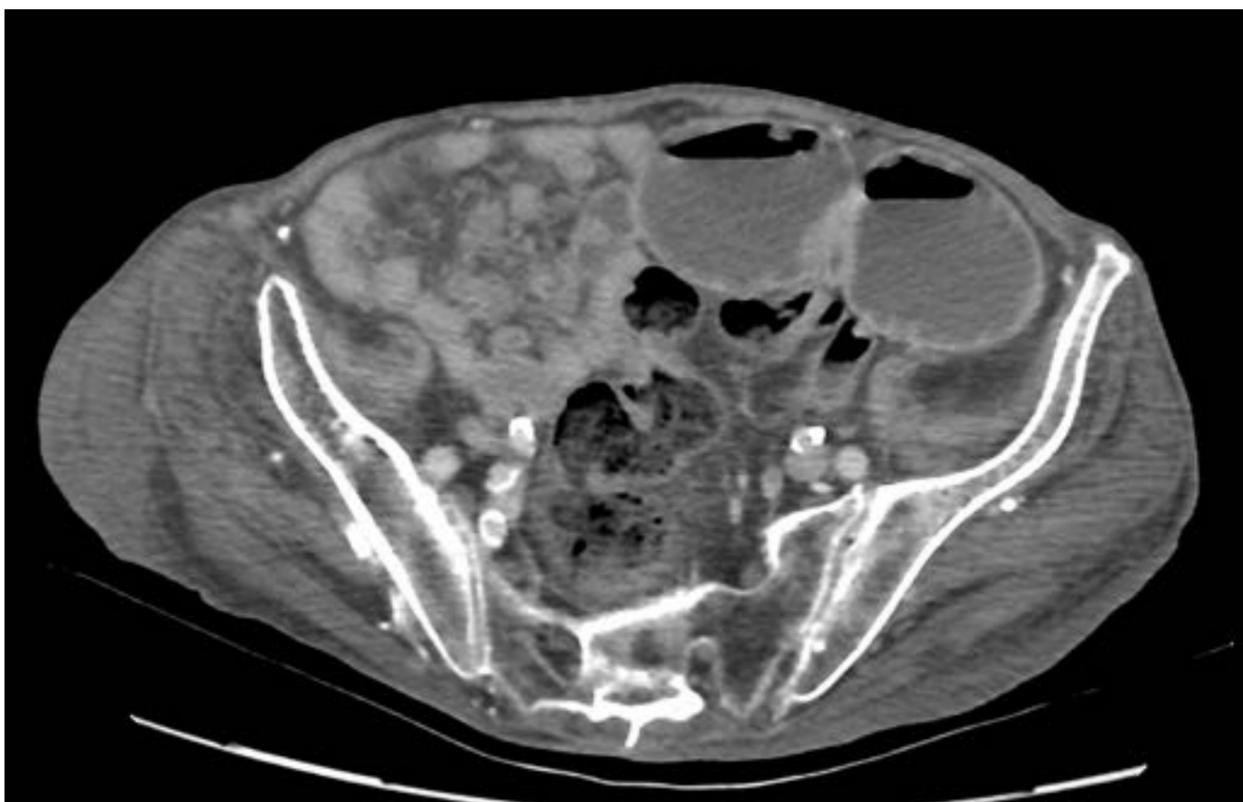
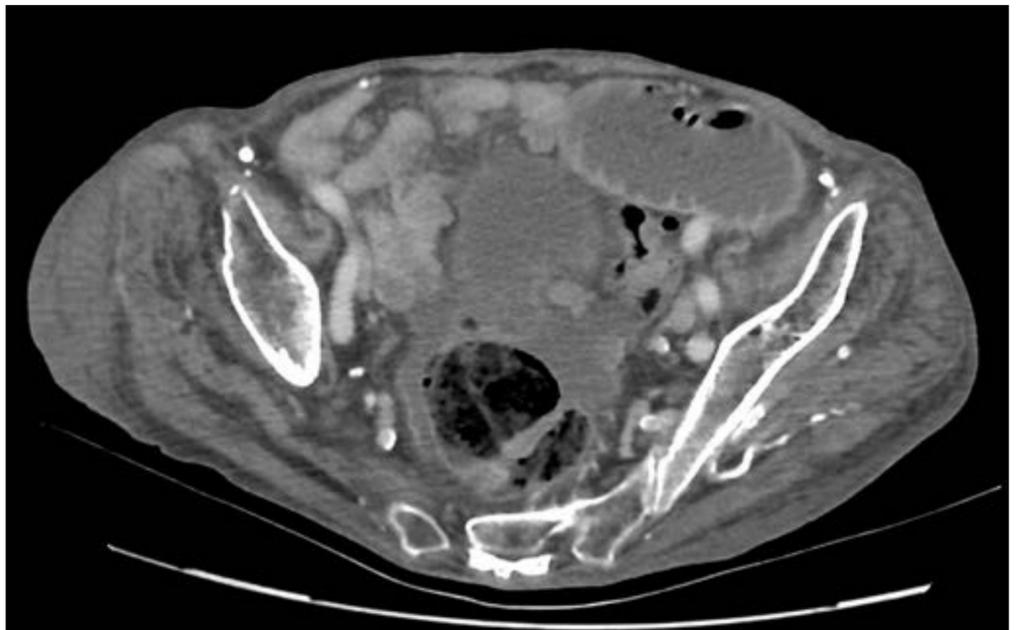


Figura 4. Carcinoma primario de la superficie peritoneal. Ascitis e infiltración difusa nodular del epiplon sin tumor primario conocido.

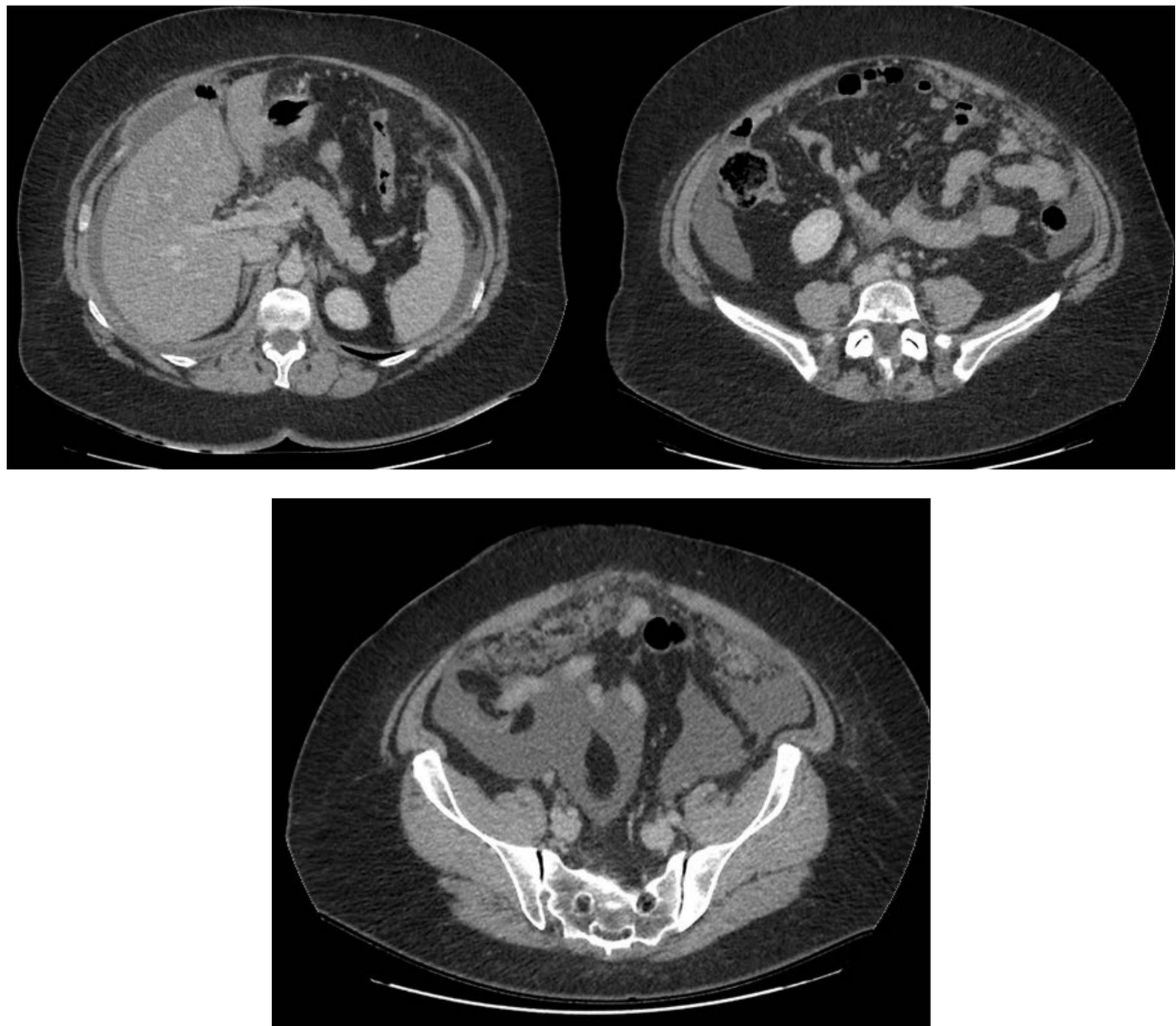


Figura 5. **Mesotelioma peritoneal.** Material hipodenso intraabdominal con festoneado de las superficies hepática y esplénica.



CONCLUSIÓN

- En el estudio de la patología peritoneal tumoral existen hallazgos radiológicos con TCMD que aunque son poco específicos, valorados en un contexto clínico pueden sugerir el diagnóstico, limitando las posibilidades diagnósticas de un determinado proceso tumoral peritoneal.

BIBLIOGRAFÍA

- 1. Yoo E, Kim JH, Kim MJ, Yu JS, Chung JJ, Yoo Hs, et al. Greater and Lesser Omenta: Normal Anatomy and Pathology Processes. *Radiographics*. 2007;27:707-20.
- 2. Raptopoulos V, Gourtsoyiannis N. Peritoneal carcinomatosis. *Eur Radiol*. 2001;11:2195-2206.
- 3. Walkey MM, Friedman AC, Sohotra P, Radecki PD. CT manifestations of peritoneal carcinomatosis. *AJR*;150:1035-41.
- 4. Busch JM, Kruskal JB; Armed Forces Institute of Pathology. Best cases from the AFIP. Malignant peritoneal mesothelioma. *Radiographics*. 2002;22:1511-5
- 5. Shet S, Horton KM, Garland MR, Fishman EK. Mesenteric neoplasms: CT appearances of primary and secondary tumors and differential diagnosis. *Radiographics*. 2003;23:457-73.
- 6. Levy AD, Shaw JC, Sobin LH. Secondary tumors and tumorlike lesions of the peritoneal cavity: imaging features with pathologic correlation. *Radiographics*. 2008;39:347-73.