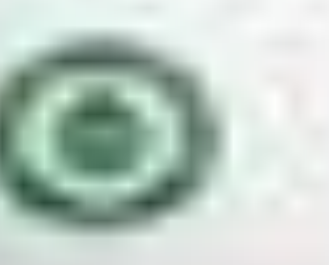




Pseudomixoma peritoneal en seguimiento: consejos para no pasar por alto las recurrencias

Raquel Saiz Martínez, Esther Martín Illana,
Francisco Javier García Prado

MD Anderson Cancer Center, Madrid



1. Objetivo docente

Sugerir , basándonos en nuestra experiencia, recomendaciones en el seguimiento por imagen del pseudomixoma peritoneal (PMP)

2. Revisión del tema

El PMP, también conocido como “Jelly Belly”, es una entidad infrecuente que se caracteriza por la acumulación lenta y progresiva de ascitis mucinosa en la cavidad peritoneal, siendo el origen más frecuente la rotura de una neoplasia apendicular mucinosa.[1]

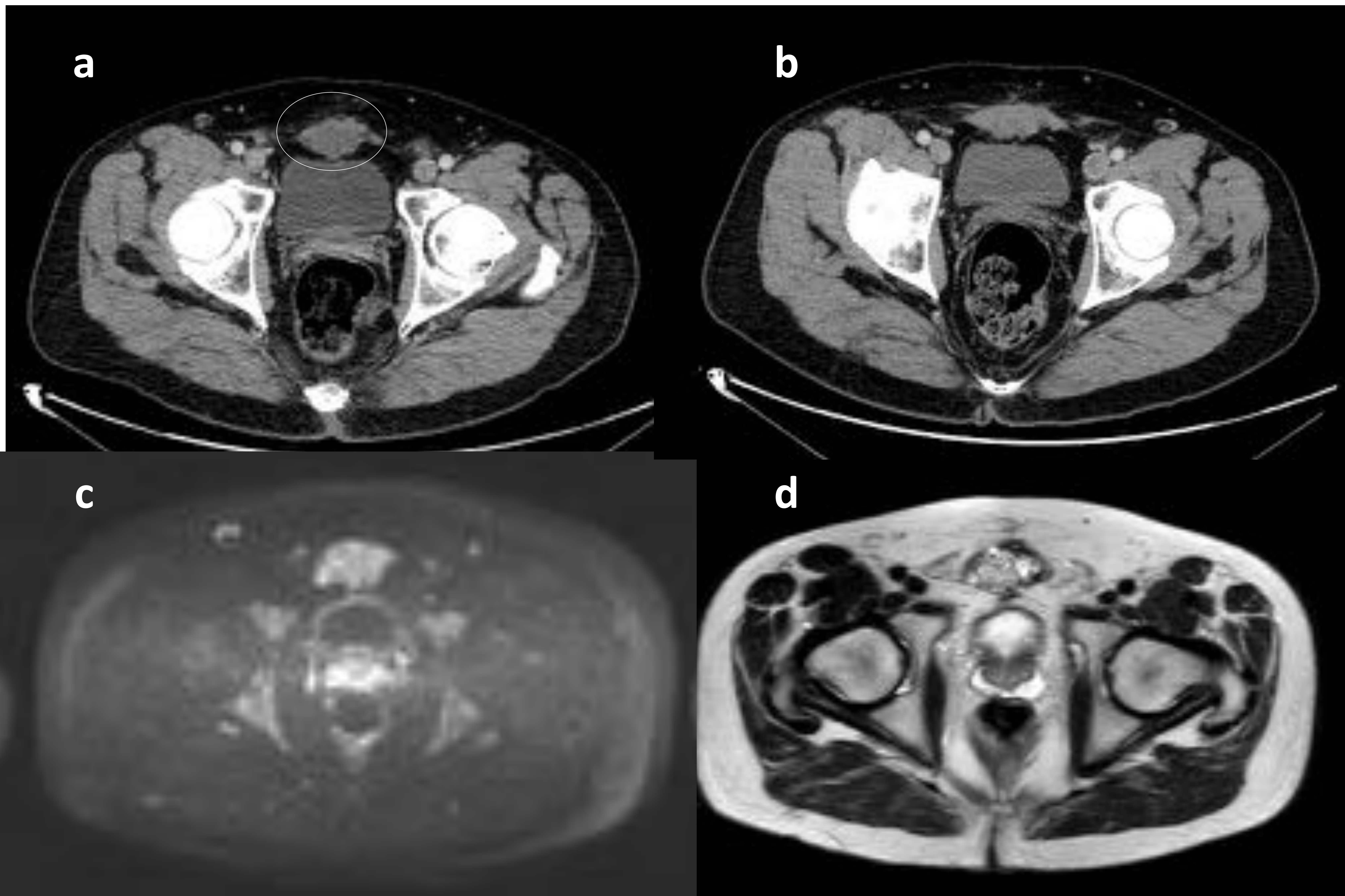
Los tratamientos actuales consisten en citoreducción y quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (CRS y HIPEC) siendo las tasas de recurrencia altas (28-44%)[2] .

La mayoría de las recidivas son intraabdominales. Aunque no hay consenso internacional, la recomendación es seguimiento estrecho (semestral o anual) con exploración física , marcadores tumorales y estudio de TC durante al menos los 6 primeros años tras tratamiento, pudiendo espaciar más los controles posteriormente[3].

Aunque la TC es la técnica recomendada para su seguimiento, fundamentalmente por su mayor accesibilidad, la RM debido a su mayor resolución de contraste tiene mayor sensibilidad para la detección de lesiones así como un mayor especificidad , y puede detectar antes las recurrencias, a veces incluso antes de la elevación de marcadores[2].

Describimos tres casos de diagnóstico tardío de recurrencia de PMP, detectados después de varios años de seguimiento mediante TC tras CRS y HIPEC, confirmados con posterior cirugía. Las recidivas incluyen localizaciones menos habituales que la intraabdominal, como la pared abdominal y la región inguino-crural.

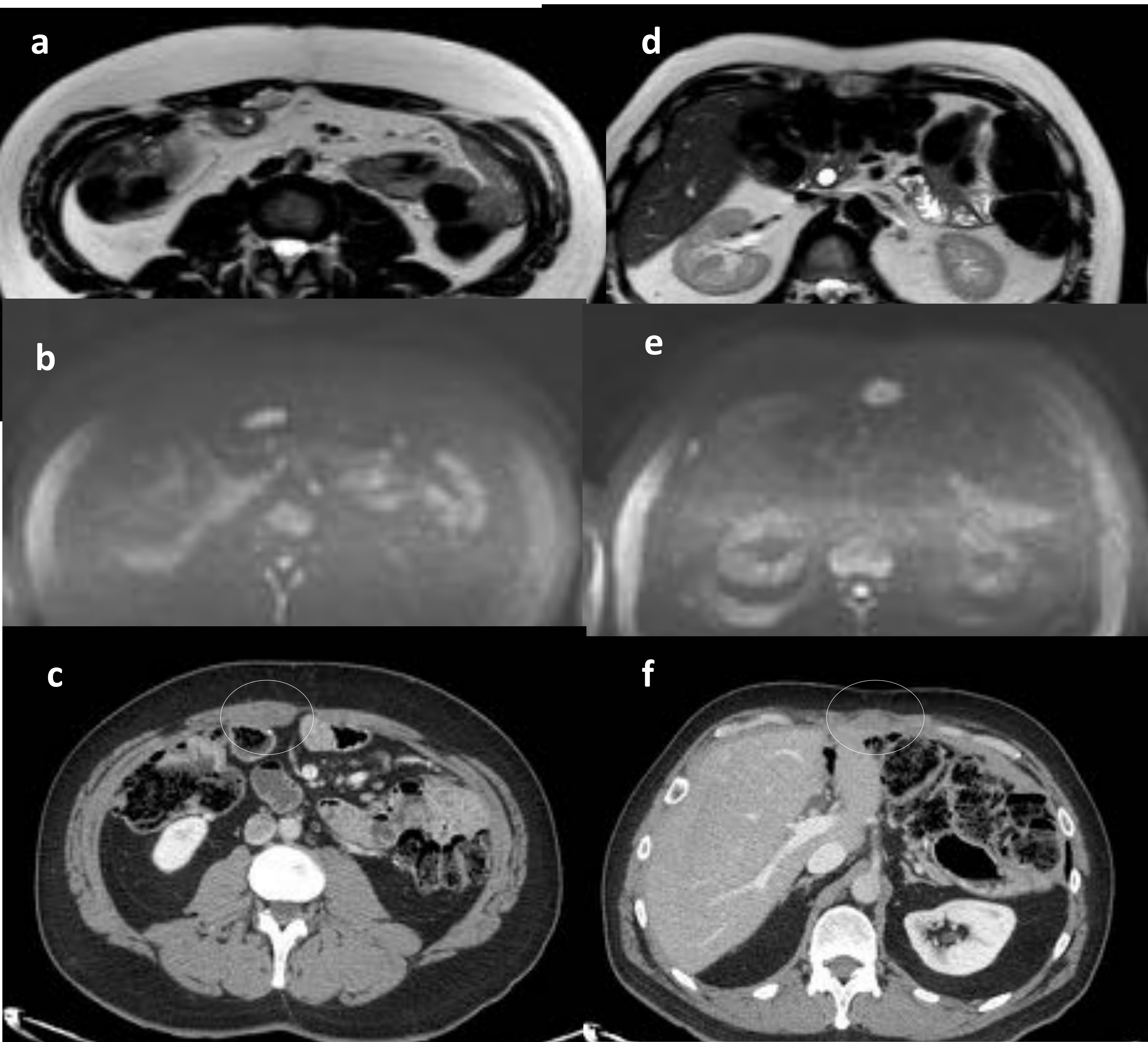
CASO 1



Paciente en seguimiento desde hace 5 años tras CRS+HIPEC por PMP de origen apendicular con PCI inicial de 30 en 2015. En el estudio de TC (a) se detecta una posible lesión en rectos abdominales a nivel suprapúbico (óvalo), que parece estar ya presente en previo (b), y ,valorando de forma retrospectiva, en al menos otros dos estudios previos. A la exploración física dirigida el cirujano percibe masa palpable. Se recomienda completar estudio con RM que confirma la existencia de una lesión de alta señal en secuencias de difusión b1500 (c) y pT2 (d) de aspecto heterogéneo y sin realce llamativo tras Gd, compatible con recidiva de pseudomixoma como primera posibilidad.



En el estudio de RM además de dicha lesión se confirmó la presencia de otras dos lesiones similares, más homogéneas, en pared abdominal. Las secuencias pT2 y b1500 axiales muestran sendas lesiones : una en región mesogástrica en cara posterior de recto anterior derecho a nivel paramedial (a, b), y otra en región epigástrica en línea media a nivel subxifoideo (d, e) . No se habían referido en el estudio de TC, donde se identificaron de forma retrospectiva, de difícil visualización mediante dicha técnica (óvalos en c y f)



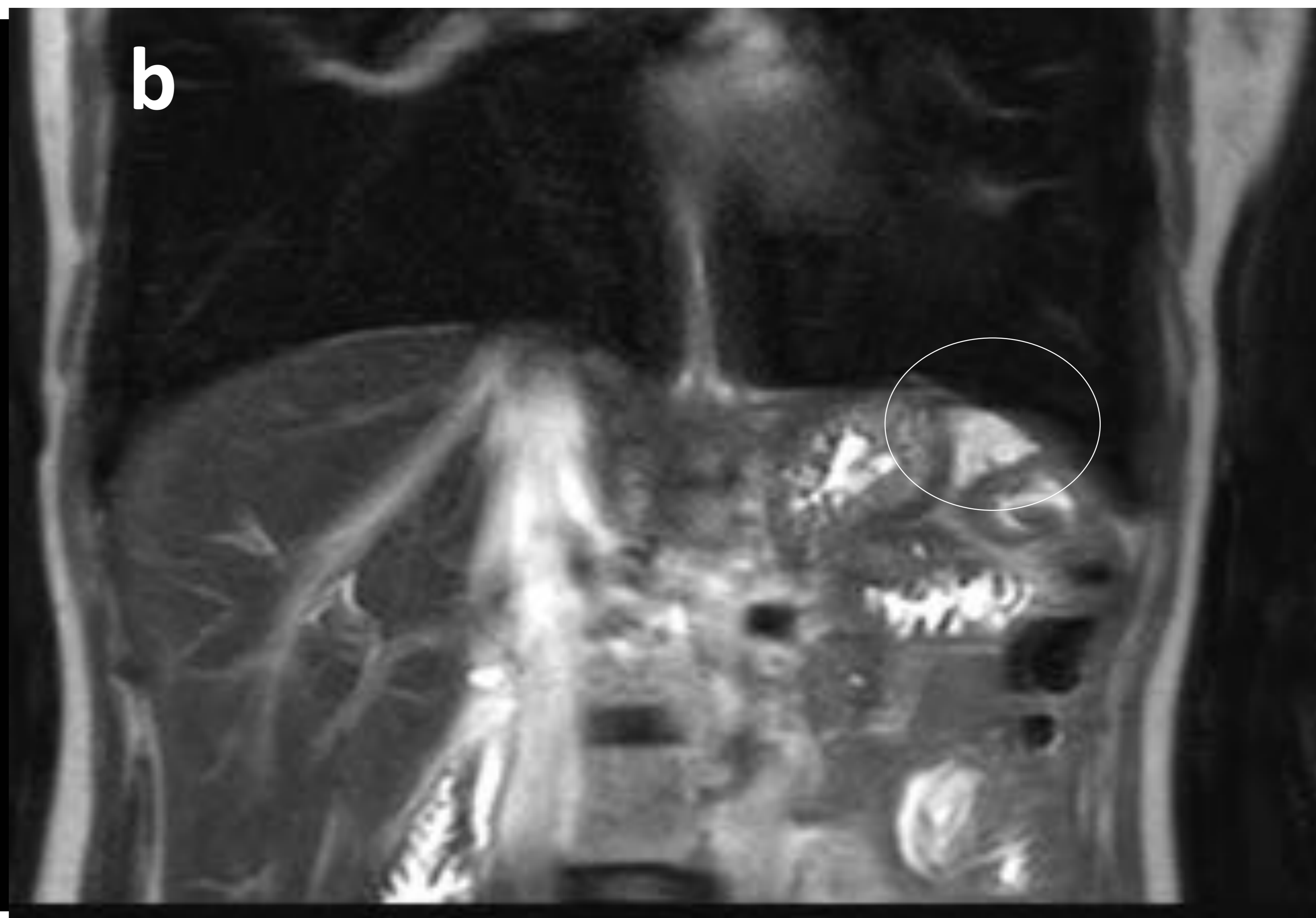


Secuencia pT2 coronal (a) en la que apreciamos dos de las lesiones descritas en regiones mesogástrica (flecha) e hipogástrica (flecha hueca). Imagen quirúrgica donde se aprecia la lesión de mesogastrio la apertura de pared abdominal (flecha) y lecho de la lesión de hipogastrio (óvalo) así como foto de la lesión ya resecada (flecha hueca en c).

La anatomía confirmó el diagnóstico de recidiva múltiple de pseudomixoma.

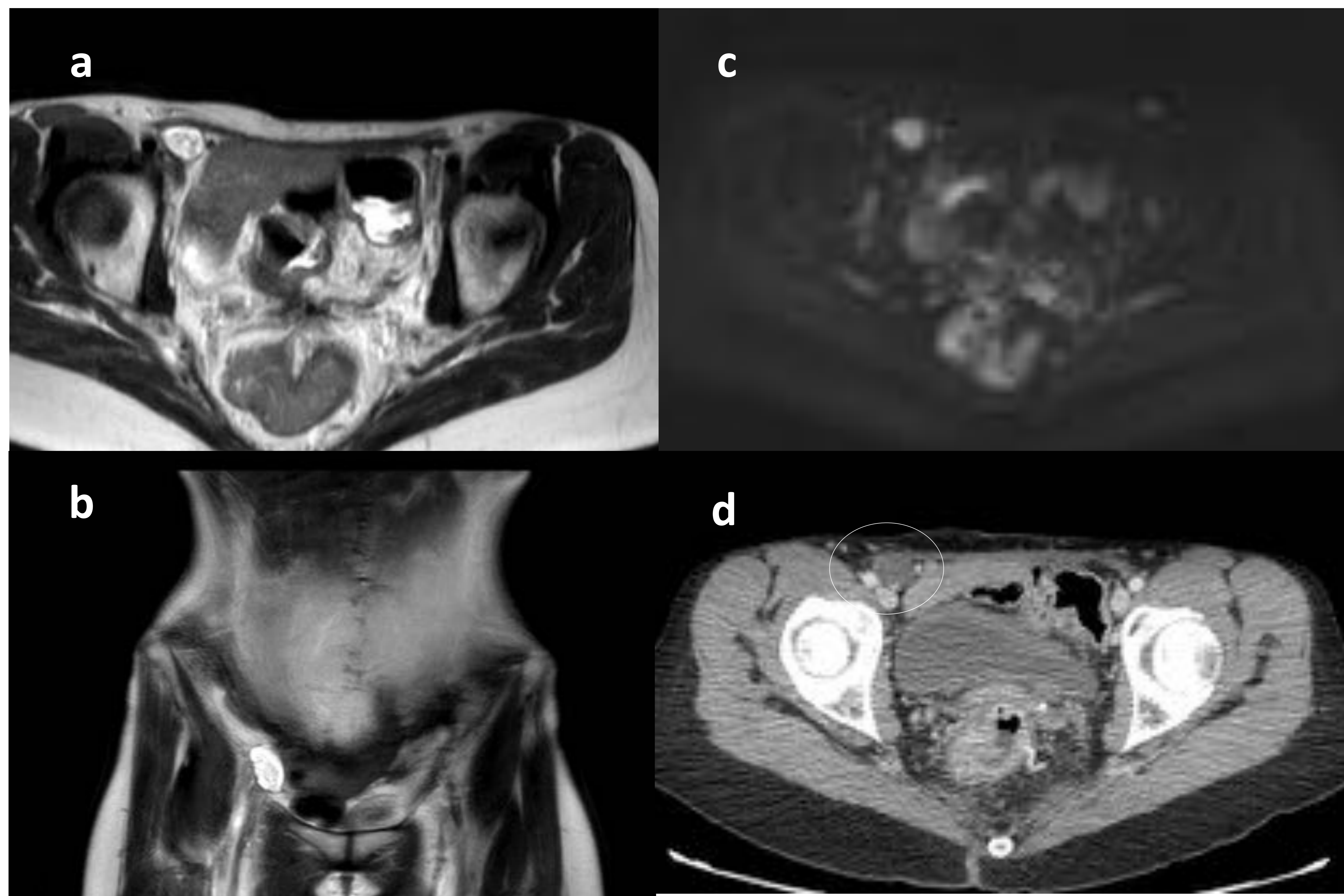


CASO 2

a**b**

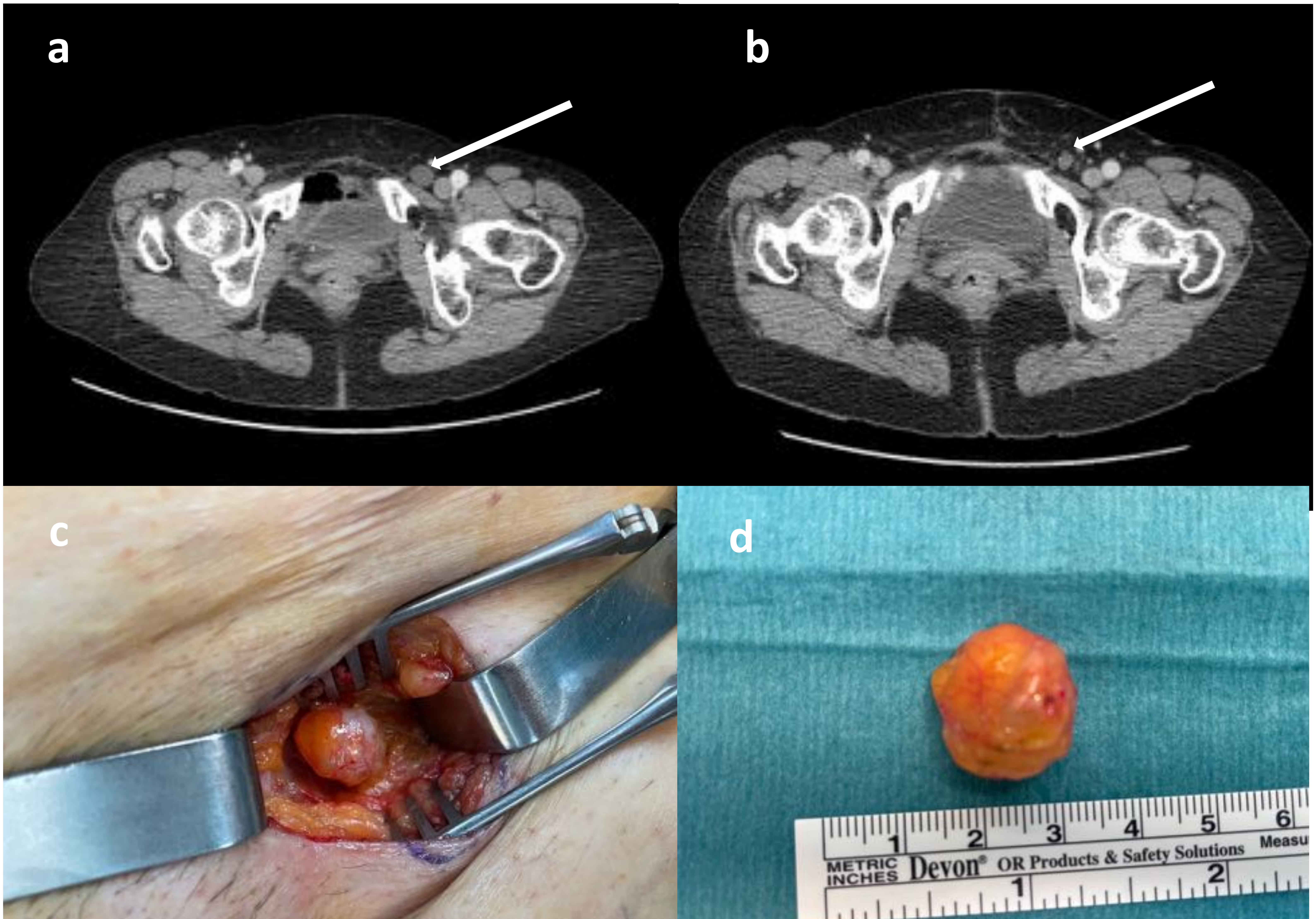
Paciente en seguimiento desde hacía 4 años tras CRS+HIPEC por PMP de origen apendicular con PCI inicial de 27 en 2015. En el estudio de TC (a) se detecta una posible lesión en región subfrénica izquierda (óvalo). Se completa estudio con RM que confirma la presencia de una lesión compatible con recidiva de PMP. En la imagen secuencia pT2 coronal (b) con lesión hiperintensa subfrénica (óvalo).

En el estudio de RM además se identifica una lesión en región inguinal derecha que muestra alta señal en secuencias pT2 axial y coronal (a y b), difusión b1500 (c) y que había pasado desapercibida en el estudio de TC (e) donde muestra baja atenuación homogénea (óvalo).



La paciente fue intervenida confirmando recidiva de PMP en ambas localizaciones, subfrénica e inguinal derecha.

CASO 3



Paciente en seguimiento por PMP desde hace 11 años tras CRC+HIPEC con PCI inicial de 34 .

En TC de seguimiento (a) se detecta una lesión nodular hipodensa en región crural izquierda (flecha) que se identifica de forma retrospectiva en exploraciones previas desde hacía 5 años (b) con crecimiento lento y progresivo.

Imagen a la apertura quirúrgica(c) y del nódulo resecado (d) que fue compatible con recidiva de PMP.



3. Conclusiones

En el seguimiento de pacientes con PMP además de la cavidad peritoneal hay que prestar especial atención a localizaciones como la pared abdominal y la región inguino-crural.

A pesar de que la TC es la técnica recomendada para el seguimiento de estos pacientes, en nuestra experiencia la RM nos permite una mejor y más fácil identificación de las recurrencias, pudiendo ser de gran ayuda en la detección precoz de recidivas así como en la identificación de lesiones adicionales. Es por tanto una herramienta muy útil de cara a la planificación quirúrgica.



4. Referencias

1-Bartlett DJ, Thacker PG Jr, Grotz TE, Graham RP, Fletcher JG, VanBuren WM, Iyer VR, Fidler JL, Menias CO, Wasif N, Sheedy SP. Mucinous appendiceal neoplasms: classification, imaging, and HIPEC. *Abdom Radiol (NY)*. 2019 May;44(5):1686-1702. doi: 10.1007/s00261-018-01888-y. PMID: 30610247.

2-Low RN, Barone RM, Rousset P. Peritoneal MRI in patients undergoing cytoreductive surgery and HIPEC: History, clinical applications, and implementation. *Eur J Surg Oncol*. 2021 Jan;47(1):65-74. doi: 10.1016/j.ejso.2019.02.030. Epub 2019 Feb 28. PMID: 30852063.

3-Govaerts K, Lurvink RJ, De Hingh IHJT, Van der Speeten K, Villeneuve L, Kusamura S, Kepenekian V, Deraco M, Glehen O, Moran BJ; PSOGI. Appendiceal tumours and pseudomyxoma peritonei: Literature review with PSOGI/EURACAN clinical practice guidelines for diagnosis and treatment. *Eur J Surg Oncol*. 2021 Jan;47(1):11-35. doi: 10.1016/j.ejso.2020.02.012. Epub 2020 Feb 28. PMID: 32199769.