

CUERPO SUELTO INTRAPERITONEAL SINTOMÁTICO COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL AGUDA

MARIANO J. M. GARCÍA,*¹ FERNANDO GARCÍA COOPER,² JUAN FEDERICO BURONE,³ GUILLERMO O. BRITOS.³

1) *Especialista en Clínica Médica y en Endocrinología. Director del Centro Médico El Portal Salud de Gualeguay;* 2) *Especialista en Diagnóstico por Imágenes;* 3) *Servicio de Cirugía;* 4) *Servicio de Anatomía Patológica, Hospital San Antonio de Gualeguay (Entre Ríos).*

Resumen: Varón adulto que ingresa por insuficiencia cardíaca, presentando como complicación obstrucción intestinal. Se observa en la tomografía y se corrobora por exploración quirúrgica un cuerpo suelto intraperitoneal gigante (más de 5 cm) como causa de la obstrucción. Estos cuerpos sueltos son de presentación rara y frecuentemente asintomáticos. Se presenta este caso por la rareza de la lesión y de su presentación. Se resalta el aspecto típico de esta lesión, tanto tomográficamente como en la anatomía patológica.

Palabras clave: cuerpo suelto intraabdominal; obstrucción intestinal; tumoración móvil intraabdominal.

SYMPTOMATIC GIANT PERITONEAL LOOSE BODY

Summary

Adult male admitted with cardiac failure, complicated with intestinal obstruction. Abdominal CT exam showed a giant (> 5 cm) loose intraperitoneal object, which was surgically removed. These loose bodies are rare and frequently asymptomatic. The case is presented here to underline the typical appearance of the anomaly both tomographically and pathologically,

Key words: *intraabdominal loose body; intestinal obstruction; intraabdominal mobile tumor.*

* Dirección postal: Avda. Soberanía 179, (2840) Gualeguay, E.R., Argentina.
Correo electrónico: mjmgarcia5@yahoo.com.ar

Caso clínico

Varón de 62 años que ingresa al hospital por disnea y ortopnea de 12 horas de evolución; al examen físico se constatan rales crepitantes, cuadro interpretado como insuficiencia cardíaca. Durante la internación tuvo muy buena respuesta al tratamiento diurético, desapareciendo los síntomas en el transcurso de unas horas.

Luego de 24 horas de evolución agregó dolor y distensión abdominal difusos, además de falta de eliminación de gases. Se colocó sonda nasogástrica con débito escaso pero con mejoría parcial del cuadro. Se efectuó una tomografía computada de abdomen, que mostró una masa ovoida en la fosa ilíaca derecha de 6 x 5 x 4 centímetros. La misma se encontraba en profundidad, separada del músculo recto anterior y del transverso por un delgado plano de tejido graso que mostraba muy discretos cambios densitométricos. En sentido céfalocaudal, alcanzaba el polo renal inferior y la vejiga, respectivamente, sin tener aparente relación con ellos. La lesión era bien definida, de contornos netos y densitometría de tejido blando, con un pequeño núcleo de densidad grasa, que a su vez, contenía una pequeña calcificación. No había clara relación con el tubo

digestivo; tampoco presentaba colecciones, adenomegalias, ni cambios inflamatorios relacionados (Figura 1).

Como antecedentes patológicos, el paciente era exfumador (10 paquetes/año), habiendo cesado el hábito aproximadamente 10 años atrás. No se conocían otros antecedentes patológicos pues el paciente no tenía ningún control médico previo.

Se decidió realizar intervención quirúrgica convencional para extraer la tumoración.

Anatomía patológica

MACROSCOPÍA: se recibe, fijada en formol al 10%, una masa de tejido 6 x 5 x 4 cm, con forma de huevo, de consistencia firme elástica y color blanquecino grisáceo; al corte muestra área central de aproximadamente 1,5 cm de diámetro, con tejido amarillento calcificado (Figura 2). El tejido se descalcifica en EDTA, y se preparan 2 tacos con reserva.

MICROSCOPÍA: las secciones muestran tumoración constituida por capas concéntricas de tejido fibroso que se colorean de azul con la tinción tricrómica de Gomori, lo que demuestra ser colágeno, y con prolife-

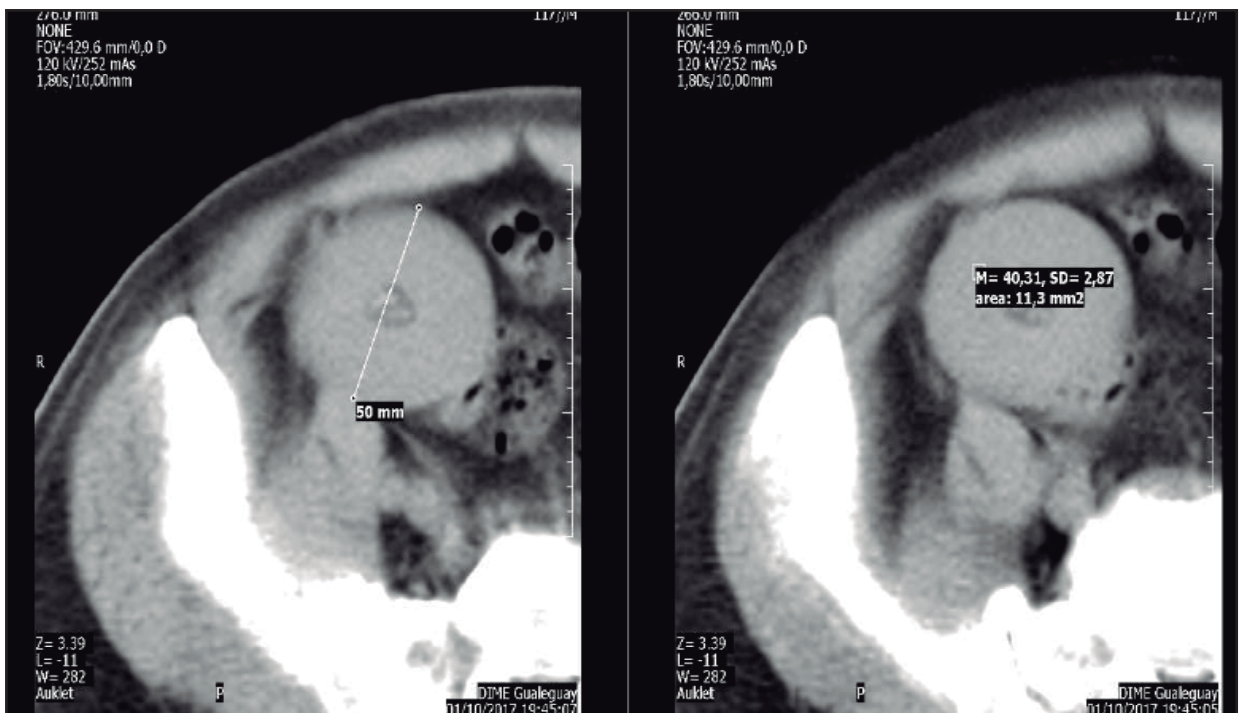


Figura 1. Corte tomográfico horizontal del abdomen que muestra la tumoración redondeada.

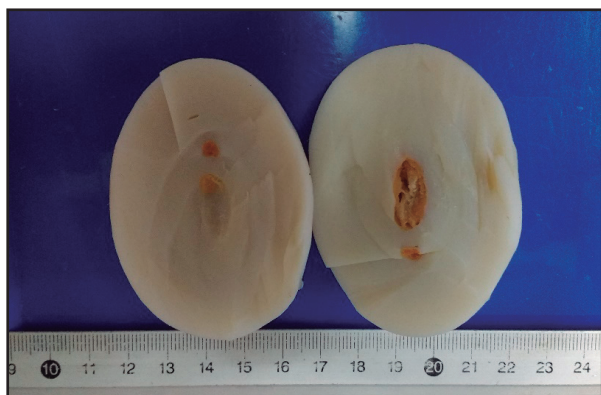


Figura 2. Macroscopía del tumor.

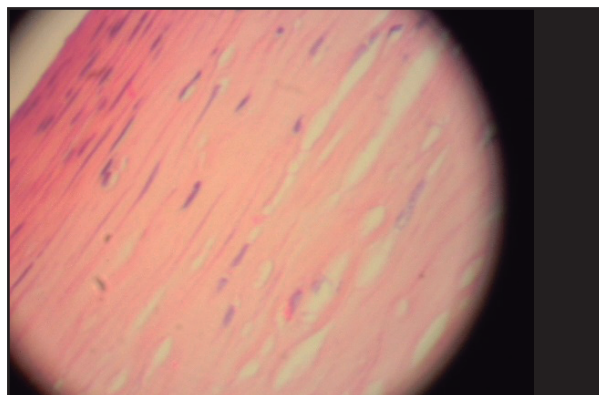


Figura 3. Microscopía mostrando disposición fusiforme de células y colágeno.

ración de células fusiformes parecidas a fibroblastos en las capas externas (Figura 3). En el centro de la lesión y coincidiendo con la zona de tejido calcificado observada macroscópicamente, se visualiza tejido adiposo, saponificado, necrosado y calcificado (Figura 4).

Diagnóstico e interpretación anatomopatológica

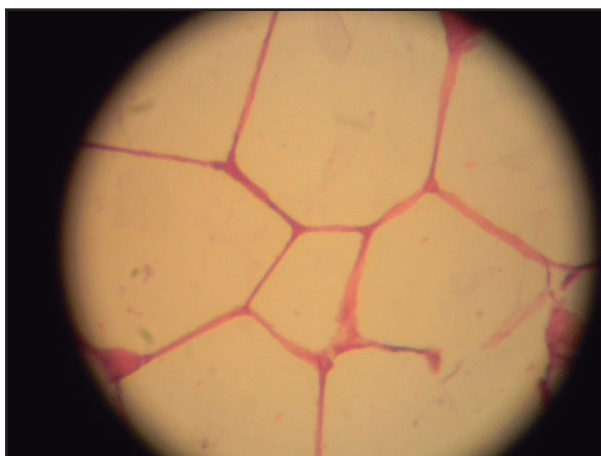


Figura 4. Tejido adiposo de la parte central del tumor, necrosado y calcificado.

Cuerpo peritoneal suelto gigante, sin atipias.

Se postula que esta lesión se originó en un apéndice epiploico que siguió esta secuencia: torsión, necrosis, saponificación y calcificación. Esto serviría de núcleo para el depósito de material proteináceo de origen exudativo y proliferación secundaria de fibroblastos respon-

sables de la formación de capas concéntricas de tejido fibroso hialino, mecanismo que probablemente origina el aumento de tamaño de la tumoración.

Discusión

Los cuerpos sueltos intraperitoneales son un raro hallazgo, principalmente las formas “gigantes” (*giant loose peritoneal body*) es decir, de más de 5 centímetros de diámetro. Son raramente descritos en la literatura aunque se conocen desde hace varios siglos.¹⁻⁴

En oportunidades son hallazgos en estudios realizados por otro motivo (incidentaloma) lo que plantea diagnósticos diferenciales con otras patologías (tumores benignos y malignos de distinto origen, granulomas, cuerpos extraños). Un dato llamativo en los estudios de imágenes es la aparición de la imagen en distintos lugares del abdomen o pelvis en estudios seriados.

En este caso, el paciente ingresó por otro motivo (insuficiencia cardíaca) desarrollando un cuadro de obstrucción intestinal; a raíz de ello se realizó el estudio por imágenes que determinó la presencia de la lesión, que pudo extraerse en la exploración quirúrgica abdominal.

El aspecto macroscópico de “huevo hervido” (*boiled egg*) es típico.⁵ El mecanismo propuesto en la formación de este tipo de lesiones es la torsión de un apéndice epiploico, seguido de necrosis, saponificación y calcificación, lo que posteriormente se rodea de material proteináceo de origen exudativo y proliferación de fibroblastos que forma las capas externas.

En el caso presentado, la exploración quirúrgica fue necesaria para resolver la obstrucción intestinal producida por la masa intraperitoneal.

Referencias

1. Kim HS, Sung JY, Park WS, Kim YW. *A giant peritoneal loose body*. Korean J Pathol 47: 378-82, 2013.
2. Makineni H, Thejeswi P, Prabhu S, Bhat RR. *Giant peritoneal loose body: a case report and review of literature*. J Clin Diagn Res 8: 187-8, 2014.
3. Hunt VC. *Torsion of appendices epiploicae*. Ann Surg 69: 31-46, 1919.
4. Sewkani A, Jain A, Maudar K, Varshney S. *'Boiled egg' in the peritoneal cavity - A giant peritoneal loose body in a 64-year-old man: A case report*. J Med Case Rep 5: 297, 2011.
5. Elsner A, Walensi M, Fuenfschilling M, Rosemberg R, Mechera R. *Symptomatic giant peritoneal loose body in the pelvic cavity: A case report*. Int J Surg Case Rep 21: 32-5, 2016.