

PSEUDOMIXOMA PERITONEAL: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO TEMPRANO

PERITONEI PSEUDOMYXOMA: IMPORTANCE OF EARLY DIAGNOSIS

REY DAIANA KARINA¹, MORALES JESICA DANIELA¹, MOLINA ARIAN ISRAEL¹, LO FEUDO FLORENCIA AGUSTINA¹, MALDONADO SEGATTA THAIS ABIGAIL², SARMIENTO RUBIO MICHELLE DOMENICA³, DAROQUI JUAN MARTÍN⁴, RODRÍGUEZ FALABELLA GONZALO⁵, SZYRMA MARÍA ELENA⁶

RESUMEN

El pseudomixoma peritoneal (PMP) es una entidad oncológica poco frecuente, caracterizada por la acumulación de mucina en la cavidad peritoneal, generalmente secundaria a neoplasias mucinosas del apéndice. Su presentación clínica suele ser inespecífica o incidental durante procedimientos quirúrgicos. Se presenta el caso de un paciente masculino de 60 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 y hernia umbilical e inguinal de un año de evolución, que consultó por distensión abdominal progresiva, edemas periféricos y astenia. Los estudios iniciales evidenciaron ascitis tabicada, y la paracentesis reveló líquido peritoneal altamente mucinoso. El diagnóstico se confirmó mediante laparotomía exploradora, con hallazgos de mucina libre y lesión apendicular, cuyo estudio histopatológico informó una neoplasia mucinosa apendicular de bajo grado con compromiso del margen quirúrgico. Se optó por un abordaje terapéutico escalonado, con planificación de resección colónica diferida. El caso destaca la importancia de considerar el PMP en el diagnóstico diferencial de la ascitis de causa

SUMMARY

Pseudomyxoma peritonei (PMP) is a rare oncological entity characterized by the accumulation of mucin within the peritoneal cavity, most commonly secondary to mucinous appendiceal neoplasms. Its clinical presentation is often nonspecific or incidental during surgical procedures. We report the case of a 60-year-old male patient with a history of type 2 diabetes mellitus and umbilical and inguinal hernias present for one year, who presented with progressive abdominal distension, peripheral edema, and asthenia. Initial diagnostic studies revealed septated ascites, and paracentesis demonstrated highly mucinous peritoneal fluid. The diagnosis was confirmed by exploratory laparotomy, which revealed free intraperitoneal mucin and an appendiceal lesion; histopathological examination demonstrated a low-grade appendiceal mucinous neoplasm with involved surgical margins. A staged therapeutic approach was chosen, with planned delayed resection of the involved colonic segment. This case highlights the importance of considering PMP in the differential diagnosis of ascites of

1. Médico Residente Servicio de Clínica Médica HIGA Pedro Fiorito, Pcia. de Buenos Aires, Argentina
2. Jefe de Residentes Servicio de Clínica Médica HIGA Pedro Fiorito, Pcia. de Buenos Aires, Argentina
3. Médico Residente Servicio de Gastroenterología HIGA Pedro Fiorito, Pcia. de Buenos Aires, Argentina
4. Médico de Planta Servicio Clínica Médica HIGA Pedro Fiorito, Pcia. de Buenos Aires, Argentina

5. Jefe de Sala Servicio de Clínica Médica HIGA Pedro Fiorito, Pcia. de Buenos Aires, Argentina
6. Jefa de Servicio Clínica Médica HIGA Pedro Fiorito, Pcia. de Buenos Aires, Argentina

e-mail: daianakrey@gmail.com

Fecha de recepción: 19 de diciembre de 2025

Fecha de aceptación: 23 de enero de 2026

no filiada y subraya la necesidad de un enfoque multidisciplinario dada la elevada tasa de recurrencia y la morbilidad asociada. La sospecha clínica precoz y el tratamiento oportuno resultan fundamentales para mejorar el pronóstico.

Palabras Claves: Pseudomixoma peritoneal, tumor apendicular, ascitis mucinosa, neoplasia de bajo grado

INTRODUCCIÓN

El pseudomixoma peritoneal (PMP) es un término clínico que describe la acumulación de mucina en la cavidad intraperitoneal, secundaria a una neoplasia mucinosa, generalmente de origen gastrointestinal y, en particular, apendicular. Descripto inicialmente por Werth en 1884 asociado a un tumor de ovario (1) y posteriormente vinculado al apéndice por Frankel en 1901 (2), su denominación actual incluye al carcinoma peritoneal mucinoso de bajo o alto grado, con o sin células en anillo de sello, mientras que la diseminación peritoneal de otros orígenes se considera enfermedad metastásica (3,4,5). Se trata de una entidad poco frecuente, con una incidencia estimada de 1 a 3 casos por millón de habitantes por año (6), lo que motiva la presentación del presente caso.

CASO CLÍNICO

Paciente Masculino de 60 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 no insulino requirente en tratamiento con metformina y gliclazida, hernia inguinoescrotal derecha y hernia umbilical de un año de aparición. Ingresó al servicio de clínica médica por cuadro de dolor y distensión abdominal asociado a astenia y adinamia de 1 mes de evolución con edema en miembros inferiores de aparición en la semana previa a la internación. Al examen físico: abdomen globoso, distendido, percusión mate con onda ascítica positiva. Hernia umbilical e inguinoescrotal no reductibles. Disminución del murmullo vesicular en base derecha, abolición de vibraciones vocales, percusión mate en base

unknown etiology and underscores the need for a multidisciplinary approach, given the high recurrence rate and associated morbidity. Early clinical suspicion and timely treatment are essential to improve patient outcomes.

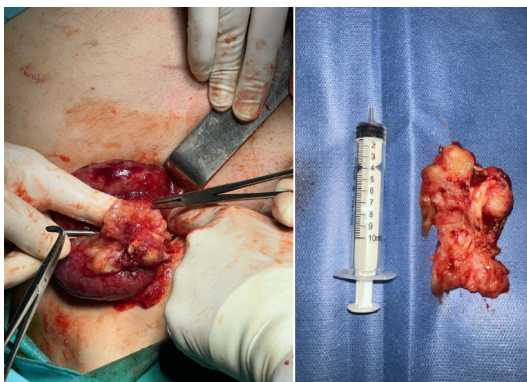
Keywords: *Pseudomixoma peritonei, appendiceal tumor, mucinous ascites, low-grade mucinous neoplasm*

pulmonar derecha y percusión mate de columna. Edemas Godet positivo 4/4 en miembros inferiores infrapatelar. Hipertrofia parotídea, circulación colateral e hipotricosis. Laboratorio: Anemia microcítica hipocrómica con déficit de hierro y ácido fólico, hiperplaquetosis, hipoalbuminemia leve, hipotiroidismo subclínico, serologías virales negativas, marcadores tumorales en parámetros normales: antígeno de carbohidrato 19-9 (CA 19-9), antígeno de carbohidrato 125 (CA 125), antígeno carcinoembrionario (CEA). Ecografía abdominal: hernia inguinoescrotal y umbilical, lito 18 mm en vesícula biliar, quistes renales y ascitis severa, heterogénea, impresiona tabicada. Radiografía de tórax con radiopacidad con concavidad superior compatible con derrame pleural. Toracocentesis con resultado de físico químico compatible con trasudado. Paracentesis informó aspecto turbio y abundante mucina que imposibilitó el análisis de parámetros fisicoquímicos, cultivo de gérmenes comunes, micobacterias y GeneXpert negativos. Tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis con doble contraste evidenció vesícula multilitiásica, hernia inguinoescrotal y umbilical, quistes renales y abundante líquido en recesos peritoneales compatible con ascitis heterogénea y tabicada, asociada a scalloping de la superficie hepática (Figura 1). Videoendoscopia Alta informó pólipos gástricos Paris 0-1s, antropatía eritematosa y Videocolonoscopia hemorroides internas. Se realizó laparotomía exploratoria y lavado peritoneal evidenciándose tumoración de apéndice cecal (Figura 2) con exéresis de la misma y cuyo informe por congelación indicó material

Figura 1. Tomografía de tórax, abdomen y pelvis con doble contraste

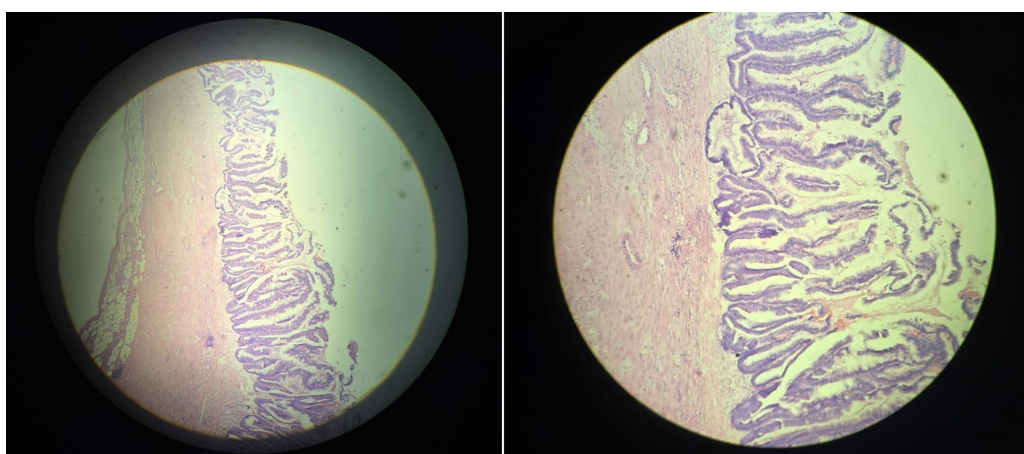


Figura 2. Características macroscópicas de masa tumoral apendicular



mucoide, fragmentos conectivo adiposos con actividad inflamatoria y elementos celulares de aspecto mesotelial reactivo. Informe histopatológico diferido informó neoplasia mucinosa apendicular de bajo grado (LAMN) con margen quirúrgico comprometido por lesión, sin invasión linfoscavular y perineural (Figura 3). Paciente es dado de alta para seguimiento por consultorios externos y citado posteriormente para resección colónica por compromiso local en resultado de Anatomía Patológica.

Figura 3. Características histopatológicas de muestra correspondiente a LAMN



DISCUSIÓN

El pseudomixoma peritoneal (PMP) es una entidad infrecuente cuyo diagnóstico continúa representando un desafío clínico debido a la

inespecificidad de sus manifestaciones iniciales. En el caso presentado, el paciente consultó por síntomas abdominales inespecíficos, sin un cuadro clínico claramente sugestivo de en-

fermedad neoplásica. Esta forma de presentación concuerda con lo descrito por Bevan et al. y Govaerts et al., quienes señalan que el PMP suele manifestarse mediante síntomas abdominales vagos o signos indirectos, como hernias inguinales y umbilicales, distensión abdominal progresiva o deterioro del estado general, lo que frecuentemente retrasa el diagnóstico y conduce a hallazgos incidentales durante estudios o intervenciones realizadas por otras causas (4,5,7).

La presencia de mucina en el líquido peritoneal obtenida por paracentesis, si bien no permitió un análisis físico-químico completo, fue un hallazgo sugestivo que orientó el diagnóstico. Este patrón se ha reportado en casos como el de Nepal et al., donde la alta viscosidad del líquido impidió estudios convencionales, pero su aspecto gelatinoso y el hallazgo citológico de mucina fueron clave para sospechar PMP (6,8). En nuestro paciente, este dato resultó especialmente relevante para diferenciar esta entidad de las causas más frecuentes de ascitis.

Govaerts et al. destacan que la tomografía se utiliza para detectar implantes mucinosos peritoneales, especialmente en regiones declives, y es considerada el método diagnóstico por imágenes de elección en este contexto. La sensibilidad de detección es mayor cuanto mayor tamaño tiene el implante, siendo una sensibilidad del 59 - 94 % para lesiones mayores a 5 cm, 19 - 28% para lesiones menores a 1 cm y de solo 11 - 28 % para identificar lesiones menores a 0.5 cm. En nuestro paciente, la tomografía computada contrastada de tórax, abdomen y pelvis no permitió identificar de manera concluyente implantes peritoneales; sin embargo, evidenció ascitis tabicada de características heterogéneas y un hígado con aspecto festoneado, hallazgos compatibles con ascitis mucinosa, tal como ha sido descrito en la literatura (4,5,7). Esta limitación diagnóstica explica por qué, en muchos casos, el diagnóstico definitivo se establece de manera intraoperatoria.

Diversos estudios, entre ellos los de Van Ruth et al. (2002), Sugarbaker et al. (2004) y Moran et al. (2014), han demostrado que los

niveles preoperatorios elevados de CA 19-9, CA-125 y CEA se asocian a peor pronóstico y mayor riesgo de recurrencia. Si bien estos marcadores no son diagnósticos, su normalidad en nuestro paciente podría reflejar una menor extensión tumoral y resulta de utilidad como parámetro basal para el seguimiento evolutivo, permitiendo una detección precoz de recurrencia durante el control postoperatorio (5).

Desde el punto de vista terapéutico, el manejo del PMP ha evolucionado significativamente en las últimas décadas. En la actualidad, el abordaje considerado estándar es la cirugía citorreductora completa asociada a quimioterapia intraperitoneal hipotérmica (HIPEC), estrategia que ha demostrado mejorar la supervivencia global y la supervivencia libre de enfermedad en comparación con la cirugía aislada. En este sentido, distintas series han mostrado que los subtipos de bajo grado presentan los mejores resultados, con una supervivencia específica a cinco años cercana al 60 % en pacientes tratados con cirugía citorreductora e HIPEC, tal como lo reporta Smeenk et al. No obstante, este enfoque puede no ser factible como primera instancia en todos los pacientes. En situaciones seleccionadas, como aquellos con diagnóstico incierto, enfermedad aparentemente localizada o condiciones clínicas que contraindican una cirugía extensa inicial se ha propuesto un abordaje escalonado. En el caso presentado, la conducta inicial mediante resección apendicular y toma de biopsias permitió confirmar el diagnóstico y planificar una intervención definitiva posterior. Esta estrategia se encuentra respaldada por las guías PSOGI/EURACAN, que recomiendan individualizar el tratamiento en función de la extensión de la enfermedad y del estado clínico del paciente, siempre que se garantice un seguimiento oncológico estrecho (5).

La recurrencia representa un desafío incluso en pacientes con histología de bajo grado. Smeenk et al. reportaron una tasa de recurrencia del 44 %, con un intervalo libre de enfermedad de aproximadamente de dos años. En este sentido, el compromiso del margen qui-

rúrgico observado en la anatomía patológica de nuestro paciente implica un mayor riesgo de recurrencia local, por lo que se enfatiza la necesidad de vigilancia estrecha y seguimiento multidisciplinario a largo plazo (4,9).

CONCLUSIÓN

El PMP es una entidad infrecuente, de evolución insidiosa y presentación clínica inespecífica, lo que condiciona retrasos diagnósticos frecuentes. El caso presentado resalta la importancia de considerar esta entidad ante ascitis de características atípicas, hernias inguinales y

umbilicales de aparición reciente y hallazgos imagenológicos sugestivos.

La presencia de mucina en el líquido peritoneal constituye un hallazgo clave que debe orientar la evaluación quirúrgica, dado que el diagnóstico definitivo se establece mediante el estudio anatomopatológico. El manejo del PMP requiere un enfoque multidisciplinario e individualizado, con especial énfasis en el seguimiento estrecho debido al riesgo significativo de recurrencia, incluso en subtipos de bajo grado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Werth R. Klinische und anatomische Untersuchungen zur Lehre von den Bauchgeschwulsten und der Laparotomie. Arch Gynecol Obstet. 1884;24:100-18.
2. Fraenkel E. Über das sogenannte pseudomixoma peritonei. München Med Wochenschr. 1901;68:965-70.
3. Carr NJ, Cecil TD, Mohamed F, Sobin LH, Sugarbaker PH, González-Moreno S et al. A Consensus for Classification and Pathologic Reporting of Pseudomixoma Peritonei and Associated Appendiceal Neoplasia The Results of the Peritoneal Surface Oncology Group International (PSOGI) Modified Delphi Process. Am J Surg Pathol. 2016;40(1):14-23.
4. Misdraji J. Mucinous epithelial neoplasms of the appendix and pseudomixoma peritonei. Mod Pathol. 2015 Jan;28 Suppl 1:S67-79.
5. Govaerts K, Lurvink RJ, De Hingh IHJT, Van der Speeten K, Villeneuve L, Kusamura S, et al. Appendiceal tumours and pseudomixoma peritonei: Literature review with PSOGI/EURACAN clinical practice guidelines for diagnosis and treatment. Eur J Surg Oncol. 2021;47(11):2757-69.
6. Smeenk RM, van Velthuysen MLF, Verwaal VJ, Zoetmulder FAN. Appendiceal neoplasms and pseudomixoma peritonei: A population based study. Eur J Surg Oncol. 2008;34(10):1089-93.
7. Bevan KE, Mohamed F, Moran BJ. Pseudomixoma peritonei. World J Gastrointest Oncol. 2010 Jan 15;2(1):44-50.
8. Sugarbaker PH. Pseudomixoma peritonei a cancer whose biology is characterized by a redistribution phenomenon. Ann Surg. 1994;219(2):109-11.
9. Smeenk RM, Verwaal VJ, Antonini N, Zoetmulder FAN. Survival analysis of pseudomixoma peritonei patients treated by cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy. Ann Surg. 2007;245(1):104-9.