



PELVIPERITONECTOMÍA DE HUDSON. A PROPÓSITO DE UN CASO CLINICO

García Pérez MI, Soler Gabaldón S, Meroño Saura E, Delgado Gonzalez I, Ortuño Hernández C, Martínez Nortes E,
Gujarro Campillo R, Barceló Valcárcel P.

Introducción

Uno de los factores pronósticos más importantes para la supervivencia y periodo libre de enfermedad en el cáncer de ovarios es el papel de la cirugía óptima en carcinomatosis, que se define como un acirugiasin enfermedad residual macroscópica. En cerca del 20% de las pacientes, la citorreducción completa en la pelvis implica una resección rectosigmoidea (RR) con anastomosis con el riesgo asociado de fuga de la misma, junto con el aumento de morbilidad y mortalidad que esto supone. En 1968, Christopher Hudson describió por primera vez las bases de una técnica quirúrgica basada en la pelviperitonectomía pélvica (PP), que en las pacientes donde no existe infiltración de la pared intestinal permite evitar la resección del colon a este nivel consiguiendo una resección completa axitosa.

Caso Clínico

Paciente de 75 años, sin antecedentes médicos de interés, remitida por sospecha de carcinomatosis en TAC pedidopore estudio urológico. Refiere molestias abdominales inespecíficas sin presentar otra sintomatología. A la exploración física presenta abdomen blando y depresible, no se palpan masas abdominales ni megalias. En la ecografía ginecológica destaca ovario derecho discretamente mayor que el ovario izquierdo, a expensas de deformación homogénea y regular que no capta Doppler con sombra acústica posterior de unos 18x15 mm, a favor de fibroma ovárico derecho. Resto sin interés. En TAC abdomino-pélvico se visualiza incidentalmente densidades anormales en la región omental y pélvica que impresionan de carcinomatosis. Marcadores tumorales CA 125 40.6, CEA 2.5. Se realiza BAG de las lesiones, compatibles con carcinoma seroso de alto grado de origen ginecológico o peritoneal. Tras la revisión de pruebas de imagen y posibilidad de citorreducción completa se decide la cirugía como tratamiento primario.



Discusión

La rectosigmoidectomía con anastomosis primaria o peritonectomía pélvica a menudo forman parte de una resección tumoral óptima en bloque en pacientes con cáncer de ovario avanzado. Varios estudios actuales apoyan claramente la evidencia de que las tasas de supervivencia son similares para las pacientes que lograron un tumor residual óptimo, independientemente de si se sometían a RR o PP. Sin embargo, las estadísticas demuestran que la morbilidad es mayor en las pacientes sometidas a una resección del rectosigma.

Conclusión

En los casos seleccionados de carcinomatosis peritoneal pélvica, la técnica de Hudson, en sus diferentes variantes, permite una resección en bloque segura oncológicamente con una morbilidad menor a otros abordajes más agresivos.

Bibliografía

1. L. Fournier, A. Berger, F. Lecuru, Morbidity of rectosigmoid resection and cytoreductive surgery for ovarian cancer. Risk factor analysis, *Eur. J. Surg. Oncol.* (2018) <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2018.01.005>.
2. V. Gallotta, F. Fanfani, G. Vizzielli, G. Panico, C. Rossitto, M.L. Gagliardi, Douglas peritonectomy compared to recto-sigmoid resection in optimally cytoreduced advanced ovarian cancer patients: analysis of morbidity and oncological outcome, *Eur. J. Surg. Oncol.* 37 (2011) 1085–1092, <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2011.09.003>.
3. C.N Hudson, M. Chir, F.R.C.S., M.R.C.O.G., A radical operation for fixed ovarian tumors, *J. Obstet. Gynaec. Brit.* 75 (1968) 1155-1160, <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1968.tb02901.x>

