

Entendiendo el cáncer peritoneal

Guía para pacientes y familias

Escrita por el Dr. Pablo Lozano Lominchar

Cirujano oncólogo · Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Esta guía está escrita para ti y para quienes te acompañan. No hace falta ningún conocimiento previo. Léela a tu ritmo y llévala a la consulta con las dudas apuntadas.

¿Qué es el Cáncer Peritoneal?

El peritoneo: la membrana protectora del abdomen

El peritoneo es una membrana fina y transparente — similar en grosor a una lámina de papel de seda — que recubre el interior del abdomen y envuelve la mayoría de los órganos abdominales: el estómago, el hígado, los intestinos, el bazo y, en la mujer, el útero y los ovarios. Esta membrana tiene dos capas que se deslizan entre sí, lubricadas por una pequeña cantidad de líquido, lo que permite que los órganos se muevan con suavidad al respirar y al hacer la digestión.

En condiciones normales, el peritoneo trabaja en silencio, sin llamar la atención. Cuando el cáncer lo alcanza, se convierte en el desafío central del tratamiento.

¿Cómo llega el cáncer al peritoneo?

La carcinomatosis peritoneal ocurre cuando células malignas se implantan en la superficie del peritoneo y comienzan a crecer. Esto puede producirse de dos formas principales:

- **Extensión directa** desde un tumor cercano: un cáncer de colon, por ejemplo, puede crecer a través de la pared intestinal y desprender células sobre la superficie peritoneal.
- **Diseminación transperitoneal:** durante una cirugía sobre el tumor, o de forma espontánea, las células tumorales pueden "flotar" a través del líquido abdominal y asentarse en superficies peritoneales distantes.

Los orígenes más frecuentes de la carcinomatosis peritoneal son el cáncer colorrectal, el cáncer de ovario, los tumores apendiculares (incluyendo el pseudomixoma peritonei), el cáncer gástrico y el mesotelioma. Cada uno tiene un comportamiento biológico y un pronóstico diferentes.

¿Es lo mismo que el cáncer metastásico?

Esta es una de las preguntas más importantes, y la respuesta es matizada. La carcinomatosis peritoneal es técnicamente una forma de enfermedad metastásica, pero se comporta de manera diferente a las metástasis hematógenas en el hígado, el pulmón o el cerebro. Dado que la enfermedad permanece confinada en la superficie peritoneal —en lugar de diseminarse por la sangre a órganos distantes—, puede ser susceptible de tratamiento quirúrgico en pacientes cuidadosamente seleccionados.

Esta distinción ha impulsado el desarrollo de un enfoque quirúrgico especializado —la cirugía citorreductora (CRS) combinada con la quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC)— que puede lograr supervivencia a largo plazo, e incluso curación, en pacientes con enfermedad peritoneal limitada de determinados tipos tumorales.

PUNTO CLAVE

La carcinomatosis peritoneal no es automáticamente un diagnóstico terminal. En pacientes seleccionados —especialmente los de origen apendicular o colorrectal con enfermedad de extensión limitada— la CRS+HIPEC puede lograr supervivencias medianas de 3 a 7 años, con algunos pacientes curados.

Síntomas: por qué se detecta tarde

El peritoneo carece de las fibras nerviosas del dolor que tiene la piel o la pared del intestino, lo que significa que los tumores peritoneales pueden crecer durante meses sin causar síntomas significativos. Cuando aparecen, suelen ser inespecíficos:

- Aumento progresivo del abdomen (por acumulación de líquido — ascitis)
- Molestia abdominal vaga o sensación de plenitud
- Cambios en el ritmo intestinal — estreñimiento o deposiciones más frecuentes
- Pérdida de peso sin explicación
- Fatiga
- Náuseas o pérdida de apetito

Si tienes antecedentes de cáncer colorrectal, de ovario o apendicular y desarrollas alguno de estos síntomas, comunícalo a tu equipo de oncología sin demora.

¿Cómo se Diagnostica?

Pruebas de imagen

La herramienta de imagen principal para la carcinomatosis peritoneal es la **tomografía computarizada (TC)** con contraste de tórax, abdomen y pelvis. La TC proporciona un mapa tridimensional de la enfermedad, identificando el número, tamaño y distribución de los depósitos peritoneales, la afectación de órganos adyacentes y la presencia de ascitis. Sin embargo, tiene limitaciones: subestima la extensión de la enfermedad peritoneal hasta en el 30% de los casos, especialmente para depósitos menores de 1 cm.

La **RMN** con secuencias de difusión se usa como complemento, especialmente para los depósitos en la superficie del intestino delgado. La **PET-TC** es útil en determinados tipos de tumor para identificar metástasis a distancia que contraindicarían la cirugía.

El Índice de Cáncer Peritoneal (ICP)

La herramienta de estadificación más importante es el **Peritoneal Cancer Index** (PCI o ICP). Este sistema divide el abdomen en 13 regiones y asigna una puntuación de 0 a 3 a cada una según el tamaño del depósito tumoral más grande encontrado. La puntuación máxima posible es 39.

Puntuación ICP	Extensión de la enfermedad	Estrategia quirúrgica habitual
0–10	Limitada	CRS+HIPEC: alta probabilidad de resección CC-0
11–20	Moderada	CRS+HIPEC: posible en centros expertos; selección cuidadosa
21–30	Extensa	La cirugía raramente aporta beneficio; quimioterapia sistémica
> 30	Difusa	Tratamiento sistémico; intención paliativa

 PERLA CLÍNICA

Pregunta a tu equipo quirúrgico si se ha considerado una laparoscopia diagnóstica antes de planificar la cirugía abierta. En pacientes donde la imagen sugiere un ICP cercano al límite de resecabilidad, la laparoscopia puede evitar una laparotomía no terapéutica en hasta un 25% de los casos.

Tratamiento: Cirugía Citorreductora e HIPEC

Por qué cirugía y quimioterapia juntas

La carcinomatosis peritoneal crea una barrera biológica a la quimioterapia sistémica: la barrera peritoneal-plasma limita drásticamente la penetración de los fármacos intravenosos en la superficie peritoneal. En términos prácticos, esto significa que los medicamentos que circulan por tu sangre tienen un acceso muy limitado a los depósitos tumorales peritoneales.

La CRS+HIPEC supera este obstáculo combinando dos estrategias complementarias: la extirpación quirúrgica de toda la enfermedad visible (CRS) y la aplicación directa de quimioterapia a alta concentración sobre la superficie peritoneal inmediatamente después (HIPEC), con el beneficio añadido del calor para potenciar el efecto antitumoral del fármaco.

La cirugía citorreductora: qué extirpamos

El objetivo de la CRS es alcanzar una resección **CC-0**: sin tumor residual visible al finalizar la intervención. Esto puede requerir extirpar:

- Láminas de peritoneo de la pared abdominal, el diafragma o la pelvis (peritonectomía)
- El epiplón mayor (el "delantal" graso que cubre el intestino)
- Segmentos de colon, recto o intestino delgado
- El apéndice (si no se ha extirpado ya)
- El bazo, la vesícula biliar o porciones de la superficie hepática
- En la mujer: el útero, los ovarios y las trompas de Falopio (si están afectados)

El HIPEC: la quimioterapia caliente

Una vez extirpada toda la enfermedad visible, el cirujano irriga la cavidad abdominal con una solución del agente quimioterápico (habitualmente oxaliplatino o mitomicina C) calentada a 41–43°C. Esta solución circula por el abdomen durante 60–90 minutos mediante un circuito de perfusión.

El calor cumple tres funciones: potencia el efecto antitumoral del fármaco, deteriora la capacidad de las células cancerosas de reparar el daño en el ADN y mejora la penetración del fármaco en el tejido peritoneal. Al mismo tiempo, al permanecer el fármaco confinado principalmente en el abdomen, la toxicidad sistémica es significativamente menor que con la quimioterapia intravenosa convencional.

EVIDENCIA CLAVE

El ensayo PRODIGE 7 (Quénét, Lancet Oncology 2021) fue el primer ensayo aleatorizado de CRS+HIPEC frente a CRS sola en metástasis peritoneales colorrectales. La supervivencia global mediana fue de 41,7 meses con CRS+HIPEC frente a 41,2 meses con CRS sola, un resultado neutral. Sin embargo, análisis posteriores sugieren que la selección del paciente y el agente HIPEC utilizado pueden explicar las diferencias con estudios previos positivos. En centros expertos, CRS con o sin HIPEC sigue siendo una estrategia válida para pacientes seleccionados con ICP ≤ 17 .

SEÑALES DE ALARMA TRAS EL ALTA

- Fiebre superior a 38°C
- Distensión abdominal progresiva o dolor intenso
- Enrojecimiento, calor o supuración de la herida
- Vómitos que impiden la alimentación oral
- Ausencia de deposición más de 5 días
- Dificultad para respirar o dolor en el pecho
- Pierna hinchada, dolorosa y caliente

Recuperación y Seguimiento

El alta hospitalaria

Serás dado de alta cuando puedas comer una dieta normal, el dolor esté controlado con analgesia oral, puedas moverte de forma autónoma y no haya signos de complicación. Para la mayoría de los pacientes tras CRS+HIPEC, esto ocurre entre el día 10 y el 14. No te presiones por estos promedios: el alta depende de tu evolución individual.

El primer mes en casa

Actividad: Camina todos los días — empieza con distancias cortas y auméntalas progresivamente. Evita levantar pesos superiores a 5 kg durante al menos 6 semanas. No conduzcas durante 4–6 semanas. Evita el ejercicio intenso hasta que tu cirujano lo autorice.

Dieta: Come comidas pequeñas y frecuentes inicialmente. Prioriza los alimentos ricos en proteínas (carne, pescado, huevos, legumbres, lácteos) para favorecer la cicatrización. Evita los alimentos muy grasos, picantes o flatulentos hasta que tu ritmo intestinal se normalice. Bebe al menos 1,5 litros de agua al día.

Fatiga: El cansancio intenso es normal durante las primeras semanas tras una cirugía mayor y es esperable durante 6–12 semanas. Es una respuesta fisiológica: tu cuerpo emplea enormes recursos energéticos en la cicatrización. Descansa cuando lo necesites, pero evita el reposo absoluto en cama durante el día.

Seguimiento oncológico

- TC de tórax, abdomen y pelvis cada 3–4 meses los primeros 2 años
- Marcadores tumorales (CEA, CA 19-9) en cada visita
- TC cada 6 meses del año 2 al 5
- Revisión anual posteriormente

Preguntas frecuentes

¿Necesitaré quimioterapia después de la operación?

En la mayoría de los casos de metástasis peritoneales de origen colorrectal, se recomienda quimioterapia sistémica adyuvante. Tu oncólogo médico lo discutirá contigo una vez disponibles los resultados de la anatomía patológica.

¿Puede volver el cáncer?

Sí, la recidiva es posible. El riesgo depende del tipo de tumor, el ICP en el momento de la cirugía y la completitud de la citorreducción. Los tumores mucinosos apendiculares con resección CC-0 tienen un pronóstico particularmente favorable.

¿Podré hacer una vida normal?

La mayoría de los pacientes recuperan una buena calidad de vida tras la recuperación. Los estudios muestran que la calidad de vida se restaura a niveles próximos a los previos a la cirugía en 3–6 meses. Pueden persistir algunos cambios en el ritmo intestinal, especialmente si se resecó una porción significativa del intestino.

Agradecimientos

Este trabajo no habría sido posible sin el ejemplo y la generosidad intelectual de tres cirujanos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, en los que me he mirado como en un espejo académico a lo largo de mi formación:

Dr. González Bayón, por enseñarme que la precisión técnica y el rigor científico no son opciones, sino obligaciones del cirujano oncólogo.

Dr. José Luis García Sabrido, maestro de la cirugía radical y de la valentía clínica razonada, cuya visión del paciente oncológico sigue guiando mi práctica.

Dr. José Manuel Asencio, por demostrar que la excelencia quirúrgica y la humildad académica no son incompatibles, sino inseparables.

Los tres han sido, y siguen siendo, referentes inevitables.

Pablo Lozano Lominchar, MD, PhD, EBPSM | HGUGM / UCM | © 2025

Dr. Pablo Lozano Lominchar · Hospital Gregorio Marañón, Madrid · © 2026

Esta guía es informativa y no sustituye a la consulta con tu médico. Ninguna decisión sobre tu tratamiento debería tomarse solo a partir de ella.

Dr. Pablo Lozano Lominchar · Hospital Gregorio Marañón, Madrid · © 2026

Esta guía es informativa y no sustituye a la consulta con tu médico. Ninguna decisión sobre tu tratamiento debería tomarse solo a partir de ella.