

5. Messina L, Shanley CH. Aneurismas arterias viscerales. Clínica Quirúrgica de Norteamérica. 1999;II:434-5.
6. Ranstek V, Pairolero P, Joyce J, Larry H, Bernatz PH. Splenic artery aneurysms. Surgery. 1982;91:695-9.
7. De Perrot M, Buhler L, Deealeval J, Borisch B, Mentha G, Moreal P. Management of true aneurysms of the splenic artery. Am J Surg. 1998;175:466-8.
8. Abbas MA, Stone WM, Fowl RJ, Gloviczki P, Oldenburg WA, Pairolero PC, et al. Splenic artery aneurysms: two decades experience at Mayo Clinic. Ann Vasc Surg. 2002;16:442-9.
9. Hernández I, Vilariño J, Vidal JJ, Beraza A, Segura R. Tratamiento endovascular urgente de aneurisma esplénico roto. Angiología. 2005;57:353-6.
10. Sadat V, Dar O, Walsh S, Varty K. Splenic artery aneurysms in pregnancy—a systematic review. Int Journal of Surgery. 2007;6:261-5.

Manuel Muinelo Lorenzo^{a,*}, Óscar Sanz Guadarrama^a,
María Jesús Fueyo Gonzalez^b, Emilio Álvarez-Prida De Paz^a y
Luis Miguel Alcoba García^a

^aServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Complejo Asistencial de León, León, España

^bServicio de Angiología y Cirugía Vascular, Complejo Asistencial de León, León, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: manuelmuinelo@hotmail.com
(M. Muinelo Lorenzo).

doi:10.1016/j.ciresp.2008.05.001

Tumor de células epitelioides perivasculares (PEComa) hepático

Perivascular epithelioid cell tumour (PEComa) of the liver

Los PEComas (PEC) se han definido como tumoraciones de origen mesenquimal caracterizadas histológicamente por la proliferación de células epitelioides perivasculares y por la capacidad de coexpresar marcadores inmunohistoquímicos melanocíticos (HBM-45 y Melan-A) y musculares (actina y desmina)¹.

En este marco se han incluido entidades clínicas como angiomiolipomatosis (AML), linfangioleiomiomatosis (LGM), tumores de células claras *sugar* del pulmón (CCST), más un grupo de tumores infrecuentes que han sido descritos con diferentes nombres: «tumor miomelanocítico de células claras del ligamento falciforme o ligamento Teres», «sarcoma abdominopelvikiano de células epitelioides perivascular», «tumor primario extrapulmonar de células claras *sugar*», entre otros. Hoy en día, el término PEC se utiliza para referirse a estas lesiones que no son AML ni LGM o CCST. Se han relacionado con la esclerosis tuberosa (ET)².

Presentamos el caso clínico de una mujer de 32 años sin antecedentes de interés, en estudio por pólipos vesiculares y molestias mantenidas en HD de 2 años de evolución. Exploración física, anodina. Normalidad en los parámetros analíticos, perfil hepático, marcadores virales y tumorales. Ecografía abdominal (ECO): lesión ocupante de espacio (LOE), hiperecogénica de 3,6 cm. Tomografía computarizada (TC) con contraste: LOE de 5,5 × 3,8 cm en el segmento VII con captación de fase arterial y centro hipodenso. Resonancia magnética (RM): LOE de 5 × 4 × 3 cm en el segmento VII compatible con adenoma (fig. 1). Con dicho diagnóstico, la paciente fue intervenida mediante segmentectomía del VII, sin incidencias. Fue dada de alta al quinto día postoperatorio sin complicaciones.

El estudio anatomopatológico reveló que se trataba de un tumor de células epitelioides perivasculares, con positividad

en los estudios inmunohistoquímicos para marcadores melanocíticos (HBM-45) y musculares (actina) y negatividad para desmina y S-100.

En 1996, Zamboni et al³ acuñaron el término PEComa para definir neoplasias producidas por células epitelioides perivasculares. La OMS, en 2002, admitió el término PEComa definiéndolo como «neoplasias mesenquimales compuestas por células epitelioides perivasculares con características histológicas e inmunohistoquímicas»².

Los PEC han sido descritos en múltiples localizaciones: ligamento falciforme, yeyuno, riñón, vulva, próstata, etc. La mayoría se ha descrito en el útero (38%); en el hígado es



Figura 1 – . Resonancia magnética: en T2, corte axial, masa en segmento VII que se comporta de forma hiperintensa.

Tabla 1 – Revisión en la literatura de PEC hepáticos

Autor	Edad	Sexo	Localización	Tamaño	BP	Metástasis	Seguimiento
Tsui (1999)	56	Varón	LHD	6,5 cm	No	No	2 años
Tsui (1999)	37	Mujer	LHD	3 cm	No	NE	NE
Tsui (1999)	41	Mujer	LHD	9 cm	No	No	4 años
Tsui (1999)	46	Mujer	LHD	12,5 cm	No	No	12 años
Tsui (1999)	41	Varón	NE	6 cm	No	NE	NE
Yamasaki (2000)	30	Mujer	LHD	3 cm	No	No	1 año
Dalle (2000)	70	Mujer	LHD	26 cm	Sí	Sí, hepáticas y abdominales	5 años y 7 meses después del TTQ
Parfitt (2006)	60	Mujer	LHD	14 cm	Sí	Sí, varios órganos	9 años
Svajdler (2007)	55	Mujer	NE	NE	NE	NE	NE
Rouquie (2007)	67	Mujer	LHI	9 cm	Sí	No	2 años
Song Hua (2007)	67	Mujer	Caudado	6 cm	No	No	1 año
Song Hua (2007)	56	Mujer	LHI	5 cm	No	No	1 año
Larbcharoensub (2007)	31	Mujer	LHD	1,8 cm	No	No	6 meses
Pavia (2008)	51	Mujer	LHI	0,8 cm	No	No	25 meses
Sánchez (2008)	32	Mujer	LHD	4 cm	No	No	6 meses

LHD: lóbulo hepático derecho; LHI: lóbulo hepático izquierdo; NE: no encontrado; TTQ: tratamiento quirúrgico.

excepcional, con sólo 14 casos en la literatura. Son más frecuentes en mujeres; alcanza el 86,6% en esta serie; con una media de edad de 49 (intervalo, 30-70) años (tabla 1). En ningún caso se asoció ET.

La presentación clínica varía desde asintomáticos, por lo que es un hallazgo incidental⁴, hasta molestias e incomodidad en el hipocondrio derecho y en forma de abdomen agudo⁵.

A pesar del avance en las técnicas de imagen, el grado de error diagnóstico es mayor del 90% en esta serie. La ECO, la TC y la RM son los principales métodos de imagen utilizados. La TC con contraste muestra masas heterogéneas realizadas en fase arterial. En la RM, en T1 observamos masas hipointensas y en T2, se comportan de forma hiperintensa, al administrar contraste con gadolinio se muestran con rápida homogeneización en fase arterial.

Sólo Dalle et al⁶, Parfitt et al⁷ y Rouquie et al⁷ utilizaron biopsia percutánea, pero aportó un diagnóstico erróneo (hepatocarcinoma, AML, metástasis de tumor adrenal, etc.) en los primeros dos casos y fue negativa en el último. Dúdamos de su rentabilidad para el diagnóstico preoperatorio.

Entre los diagnósticos diferenciales encontramos: HCC, hiperplasia nodular focal, hemangioma, adenoma, metástasis de tumores endocrinos y renales, etc.

Con los datos expuestos, afirmamos que hay grandes dificultades para realizar un diagnóstico preoperatorio correcto.

Históricamente, se ha considerado que el comportamiento de los PEC es benigno; sin embargo, hemos encontrado casos malignos, tanto en forma de recidiva local como metástasis a distancia en diferentes localizaciones, como útero, tejidos blandos, base craneal, etc. Parfitt et al¹ muestran una paciente con tumor hepático, con metástasis pulmonares, en vejiga, páncreas y tejidos blandos después de 9 años del primario, y Dalle et al⁶ presentan un caso de progresión local, metástasis abdominales y pulmonares tras 5 años del primario.

El seguimiento de estos pacientes nos plantea graves problemas, por un lado, la falta de conocimiento de su

comportamiento biológico, como en el caso de Parfitt et al¹, y por otro lado, la falta de protocolos y criterios firmes para identificar a los potencialmente malignos.

Algunos autores han encontrado parámetros relacionados con recurrencia local o la presencia de metástasis a distancias, como: a) tamaño >7-8 cm; b) necrosis, y c) índice mitótico >1/50 HPF (*high power field*). Otros han referido una serie de hallazgos histológicos que indican malignidad: «crecimiento infiltrativo», «hipercelularidad» y «marcadores de pleomorfismo» y «atipia nuclear»⁸.

El tratamiento estándar es la cirugía, tanto para el primario como para la recurrencia local o de metástasis a distancia, con márgenes de resección libres⁹. En enfermedad localmente avanzada, recidiva local o metástasis a distancia se han utilizado terapias combinadas de cirugía, radioterapia, quimioterapia (vincristina, actinomicina D o ciclofosfamida)¹⁰ y/o inmunoterapia (interferón alfa) con resultados dispares.

Se necesita disponer de criterios claros que indiquen malignidad en estos tumores, además de un seguimiento muy a largo plazo aun en aquellos con histología de benignidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Parfitt JR, Bella AJ, Izawa JI, et al. Malignant neoplasm of perivascular epithelioid cells of the liver. *Arch Pathol Lab Med.* 2006;130:1219-22.
- Folpe AL. Neoplasms with perivascular epithelioid cell differentiation (PEComa). En: Fletcher CDM, Unni KK, Mertens F, editores. *World Health Organization Classification of tumors: Pathology and genetics of tumors of soft tissue and bone.* Lyon: IARC Press; 2002. p. 221-2.
- Zamboni G, Pea M, Martignoni G, et al. Clear cell "sugar" tumor of the pancreas. A novel member of the family of lesions characterized by the presence of perivascular epithelioid cells. *Am J Surg Pathol.* 1996;20:722-30.

4. Pavia CE, Moraes F, Agaimy A, et al. Perivascular epithelioid cell tumor of the liver coexisting with a gastrointestinal stromal tumor. *World Journal of Gastroenterology*. 14:800-2.
5. Tsui WM, Colombari R, Portmann BC, et al. Hepatic angiomyolipoma: a clinicopathologic study of 30 cases and delineation of unusual morphologic variants. *Ann J Surg Pathol*. 1999;23:34-48.
6. Dalle I, Sciot R, DeVos R, et al. Malignant angiomyolipoma of the liver: a hitherto unreported variant. *Histopathology*. 2000;36:443-50.
7. Rouquie D, Eggenpieler P, Algayres JP, et al. Malignant-like angiomyolipoma of the liver: report of one case and review of the literature. *Ann Chir*. 2006;131:338-41.
8. Hornick JL, Fletcher M. PEComa: what do we know so far?. *Histopathology*. 2006;48:75-82.
9. Armah HB, Parwani A. Malignant perivascular epithelioid cell tumor (PEComa) of the uterus with late renal and pulmonary metastasis: a case report with review of the literature. *Diagn Pathol*. 2007;2:1596.
10. Larbcharoensub N, Karnsombut P, Jatchavala J, et al. Primary hepatic cell myomelanocytic tumor. *APMIS*. 2007;115:1454-9.

Belinda Sánchez Pérez*, Miguel Ángel Suárez Muñoz, José Manuel Aranda Narváez, José Luis Fernández Aguilar y Julio Santoyo Santoyo

Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante Hepático, Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cirbelinda@telefonica.net

(B. Sánchez Pérez).

doi:10.1016/j.ciresp.2008.09.010

Diferencias entre varones y mujeres en la percepción del tratamiento del dolor posquirúrgico

Male/female differences in the perception of treatment for post-surgical pain

Recientemente se ha puesto de manifiesto la amplia variabilidad (tanto en los registros clínicos como en las pautas y protocolos que se aplican) entre hospitales de nuestro país en el abordaje del dolor¹. Sabemos que además de las diferencias atribuibles a la práctica clínica, hay una gran variabilidad personal en la percepción del dolor, variabilidad que se atribuye, entre otros, a factores psicosociales².

En el diagnóstico y el tratamiento del dolor se han descrito diferencias en función de que el paciente sea varón o mujer. Por un lado, debidas a la percepción del estímulo doloroso^{3,4} y, por otro, al denominado sesgo de sexo en el esfuerzo terapéutico, que incide en un abordaje desigual en el tratamiento del dolor entre varones y mujeres^{5,6}, muchas veces inadvertido, tanto para los profesionales como para los pacientes⁷.

En el caso concreto de la cirugía, es habitual encontrar que las mujeres refieren más dolor que los varones⁸ (estas diferencias son un factor de confusión en los ensayos con analgésicos⁹). En esta ocasión, nos planteamos analizar, dentro de los estudios de opinión de pacientes que venimos realizando, si hay diferencias en la percepción de la eficacia del tratamiento del dolor entre varones y mujeres.

Para llevar a cabo el estudio se preguntó a un total de 9.271 pacientes, tras el alta hospitalaria, si habían recibido un tratamiento suficiente para reducir su dolor. Respondieron 4.710 (50,8%) pacientes quirúrgicos y 4.561 (49,2%) de medicina. Adicionalmente, respondieron 2.520 pacientes de cirugía mayor ambulatoria (CMA).

Mediante la prueba de la χ^2 , con corrección de Yates para tablas 2 x 2, analizamos, en las respuestas de los varones y las

mujeres, las posibles diferencias en la intensidad del esfuerzo terapéutico. Mediante regresión logística se identifica en qué medida las diferencias de sexo, edad o complejidad atendida en el centro hospitalario (diferenciando entre centros de referencia y hospitales de área) se relacionan, en cada modalidad de atención, con la percepción del paciente del tratamiento para su dolor.

El 45,3% de los pacientes quirúrgicos (tanto en el caso de cirugía con ingreso como de CMA) y el 49,9% de los de medicina que contestaron a la encuesta eran varones. Un 42% de los pacientes quirúrgicos tenían más de 60 años. El 31,6% de los pacientes de CMA y el 57,4% de los ingresados en planta de medicina también tenían más de 60 años. El perfil de quienes respondieron es similar al de los que recibieron el alta en estos mismos centros.

La mayoría de los pacientes de cirugía y medicina informan que el tratamiento para reducir el dolor fue eficaz. Sólo el 2,1% de los pacientes quirúrgicos, el 5,4% de los de CMA y el 3,5% de los de medicina afirmaron recibir un tratamiento insuficiente para su dolor. Ahora bien, en unidades de cirugía fue más frecuente que fueran mujeres quienes consideraran ineficaz el tratamiento para su dolor (el 74,5% de las mujeres frente al 25,5% de los varones; $\chi^2 = 7,07$; $p = 0,008$). En cambio, en CMA el porcentaje de quienes dijeron no recibir un tratamiento eficaz para su dolor fue similar entre mujeres (57,1%) y varones (42,9%) ($\chi^2 = 0,01$, $p = 0,91$). En la planta de medicina el porcentaje de mujeres y varones que afirmaron no recibir un tratamiento eficaz para su dolor también fue similar (el 51,4% de las mujeres frente al 48,6% de los varones; $\chi^2 = 0,02$; $p = 0,962$).