

Ante un quiste hidatídico hepático se puede optar por observación, aspiración percutánea, tratamiento médico o cirugía<sup>3</sup>. La observación es una opción para quistes pequeños < 5 cm o calcificados. La aspiración percutánea, limitada a quistes univesiculares con la membrana íntegra o desprendida, suele acompañarse de instilación de una sustancia tóxica para los escolex (suero salino hipertónico) y reaspiración del contenido (una técnica conocida por las iniciales PAIR). Subsecuentes modificaciones han añadido la colocación de un drenaje permanente mediante técnica Seldinger y la fragmentación y aspiración de las vesículas hijas. Mebendazole y albendazole tienen riesgo teratogénico y embriotóxico y no pueden administrarse durante las primeras 10-12 semanas de embarazo. La cirugía ofrece la única opción curativa. Consiste en la evacuación del contenido seguida de esterilización y exéresis de las membranas, o en la resección hepática anatómica o no anatómica que incluya el quiste hidatídico.

El riesgo de aborto es máximo en el primer trimestre y disminuye a partir de las semanas 16-18. El segundo trimestre es el momento idóneo para la intervención ya que la morfogénesis fetal es completa, la placenta tiene buena capacidad funcional y el tamaño del útero no dificulta la cirugía.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Rahman MS, Geerts L, Gebhardt GS. A case of hydatid cyst associated with postpartum maternal death. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2006;27:693-6.

2. Yeh WW, Saint S, Weinberger SE. A growing problem. *N Engl J Med.* 2007;357:489-94.
3. Rodrigues G, Seetharam P. Management of hydatid disease (Echinococcosis) in pregnancy. *Obstet Gynecol Surv.* 2008;63:116-23.
4. Castro-Boix S, Santamaría-Gómez M, Grau-Llacuna S, Nadal-Guinard A, Armengol-Carrasco M. Rotura intraperitoneal traumática de quiste hidatídico hepático. *Cir Esp.* 2008;84:45-54.
5. García Ruíz de Gordejuela A, Lladó L, Torras J, Ramos E, Rafecas A. Hidatidosis hepática gigante con fístula quistopleural e hidatidosis pleural. *Cir Esp.* 2007;82:177-9.

Javier Espinosa<sup>a,\*</sup>, Rodrigo Jover<sup>b</sup>, Romina Ramírez<sup>c</sup>, Tania Muci<sup>d</sup> y Félix Lluís<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

<sup>b</sup>Servicio de Digestivo, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

<sup>c</sup>Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

<sup>d</sup>Servicio de Patología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [expineli@hotmail.com](mailto:expineli@hotmail.com) (J. Espinosa).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2010.07.019

## Síndrome paraneoplásico en leiomioma de cordón espermático

### Paraneoplastic syndrome in leiomyoma of the spermatic cord

Los tumores del cordón y de la región paratesticular son poco frecuentes. El 30% de estos tumores son malignos y el leiomioma es el segundo más frecuente<sup>1</sup>. En la mayoría de las ocasiones se presenta como una masa escrotal o tumoración que puede ser dolorosa. Su diagnóstico preoperatorio es difícil y habitualmente el diagnóstico es intraoperatorio. A pesar del correcto tratamiento quirúrgico, es frecuente la recidiva. Los síndromes paraneoplásicos asociados a este tipo de tumor son poco frecuentes. Aquí presentamos el caso de un paciente con un cuadro paraneoplásico asociado a leiomioma de cordón.

Varón de 58 años de edad ingresado en el servicio de medicina interna con antecedentes personales de hipertensión

arterial en tratamiento con inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina y diabetes mellitus tipo 2 de reciente aparición en tratamiento con antidiabéticos orales. El paciente había sido intervenido 10 meses antes de hidrocelectomía izquierda secundaria a un hidrocele estudiado mediante ecografía testicular por el servicio de urología.

Acudió a la urgencias por cuadro de disnea de varias semanas de evolución, siendo diagnosticado de insuficiencia cardíaca (derrame pleural bilateral, derrame pericárdico, ascitis y edemas de MMII) (fig. 1); el paciente refería tumoración inguinal izquierda de meses de evolución (fig. 2).

Tras estudio cardiológico (electrocardiograma, analítica con enzimas cardíacas y eco-Doppler transtorácico: ventrículo izquierdo no dilatado, hipertrofia concéntrica ligera y buena



**Figura 1 – Derrame pleural bilateral, derrame pericárdico, ascitis.**

función sistólica global y segmentaria; disfunción diastólica grado 1 y derrame pericárdico ligero), se descartó el origen cardiológico de la insuficiencia cardíaca.

Ante sospecha de etiología paraneoplásica, se inició el estudio de la tumoración inguinal mediante ecografía y TC toraco-abdominal, confirmando gran tumoración pélvica de 15 cm, heterogénea, de localización supravescical y con crecimiento hacia la región inguinal izquierda y la bolsa



**Figura 2 – Leiomiosarcoma de cordón a nivel inguinal izquierdo.**

escrotal. Presentaba además derrame plural derecho masivo y derrame pericárdico.

Ante el empeoramiento clínico del paciente, se decidió tratamiento quirúrgico con extirpación en bloque de la tumoración, canal inguinal, testículo, extirpando el parche de vejiga infiltrada por el tumor; se realizó cierre con Maxon Loop 1 y malla de Proceed.

La anatomía patológica fue de leiomiosarcoma de grado alto (III) con diferenciación histológica grado 3/3, mitosis 2/3 y necrosis menor del 50% (3 + 2 + 1 = 6). Inmunofenotipo tumoral: actina (SMA) positivo, desmina positivo focal, actina específica aislada, vimentina positivo, EMA negativo, CD34 negativo, C-Kit negativo, Ki 67 +/+++, P53 negativo<sup>2</sup>.

El paciente tras la intervención mejoró de sus datos de insuficiencia cardíaca, disminuyendo el derrame pericárdico, pulmonar, la ascitis y los edemas en pocos días. A las 72 h de la intervención el paciente presentó taquicardia e hipotensión; en la analítica se evidenció un descenso de la hemoglobina y del hematocrito, con salida por los drenajes de 400 ml de aspecto hemático. El paciente fue reoperado, evidenciándose un gran hematoma pélvico sin signos de sangrado activo; se realizó lavado de la cavidad y se colocó hemostático local (Tachosil) en la región inguinal, dejándose dos drenajes de Penrose en la pelvis. El paciente presentó infección de la herida quirúrgica y dehiscencia del cierre, por lo que precisó el uso de VAC para cierre de la herida por segunda intención. A los 4 meses de la intervención, presentó un cuadro de cardiopatía isquémica que precisó la colocación de 2 stents; desde entonces el paciente se encuentra estable desde un punto de vista cardiológico. El paciente fue enviado al servicio de oncología para valoración de tratamiento adyuvante; se desestimó el tratamiento con radioterapia local debido al cierre incompleto de la herida y se administró quimioterapia con 6 ciclos de fosfamida por comorbilidad del paciente. El paciente ha presentado recidiva pélvica (masa pélvica adyacente a los vasos ilíacos y a la pared lateral de la vejiga), por lo que en el momento actual se ha iniciado nueva línea de quimioterapia con conicetaxel-gemcitabina.

El leiomiosarcoma es el sarcoma más frecuente en la vida adulta; su localización más frecuente es en las extremidades y en el retroperitoneo. El leiomiosarcoma de cordón es poco frecuente, tiene un pico de incidencia en la quinta o sexta década de la vida como tumoraciones adyacentes al cordón, muchas veces palpables en región inguinal o escrotal.

Histológicamente, el leiomiosarcoma se caracteriza por su alto índice de mitosis, invasión vascular y necrosis. La inmunohistoquímica es fundamental para el diagnóstico de estos sarcomas; la actina músculo-específica y la desmina suelen ser positivas en los leiomiosarcoma, y la vimentina y la proteína S 100 son negativas.

Se suele presentar como una masa a nivel inguinoescrotal y debe hacerse el diagnóstico diferencial con otras causas de tumoraciones inguinales, como hidroceles, lipomas, hernias inguinales, quistes del cordón, hematocele, orquiepididimitis y otras lesiones malignas. Los métodos diagnósticos son la ecografía testicular (que nos informará de la relación tumoral con el testículo), la TC y la RM abdominal<sup>3,4</sup> (valoración de extensión y de la infiltración de estructuras adyacentes), la radiografía de tórax y analítica con marcadores tumorales. En ocasiones, este tipo de tumores puede secretar AFP y BHCG.

El principal patrón de diseminación de los sarcomas del cordón es por contigüidad a través del canal inguinal; las vías hematogena y linfática son menos frecuentes.

La recidiva es frecuente especialmente en los 3 primeros años (riesgo de recurrencia es cercano al 50%)<sup>5</sup>, principalmente recidiva local, por lo que el seguimiento para el diagnóstico precoz y su reintervención es fundamental<sup>6,7</sup>. En el caso que hemos descrito el paciente presentó recidiva a los 16 meses de la intervención en el lecho quirúrgico, sin evidenciarse afectación tumoral a distancia. En este caso no se administró tratamiento adyuvante con radioterapia por problemas con la cicatrización e infección de la herida quirúrgica, por lo que se utilizó tratamiento con quimioterapia.

Los síndromes paraneoplásicos asociados a este tipo de tumor son escasos en la literatura y su evolución posquirúrgica es desconocida. En este caso presentamos un caso de leiomioma de cordón asociado a derrame pleural bilateral, derrame pericárdico, ascitis y edemas de MMII que mejoró con el tratamiento quirúrgico.

El único tratamiento eficaz es la resección quirúrgica mediante abordaje inguinal (orquiectomía radical con ligadura alta del cordón y exéresis de los tejidos circundantes, la linfadenectomía retroperitoneal reglada no ha demostrado un aumento de la supervivencia<sup>8,9</sup>). El tratamiento adyuvante con radioterapia o quimioterapia es controvertido, aunque se ha observado que la radioterapia postoperatoria podría reducir el riesgo de recidiva local<sup>4,6</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Weiss SW, Goldblum JR. Leiomyosarcoma. In: Enzinger and Weiss's Soft tissue Tumors. 4th ed. St Louis: Mosby Inc.; 2001. p. 727-48.
2. Cánovas J, Sastre JM, Escrivà C, Fernández JS, Sánchez AF. Leiomioma de cordón espermático. Aportación de

un caso y revisión de la literatura. Arch Esp Urol. 2009;62:70-3.

3. Woodward PJ, Schwab CM, Sesterhenn IA. Extra testicular stromal masses. Radiographics. 2003;23:215-40.
4. Fagundes MA, Zietman AL, Althausen AF, Coen JJ, Shipley WU. The management of spermatic cord sarcoma. Cancer. 1996;77:1873-6.
5. Enoch S, Wharton SM, Murray DS. Management of leiomyosarcomas of the spermatic cord: the role of reconstructive surgery. World J Surg Oncol. 2005;3:23.
6. Catton C, Jewett M, Ósullivan B, Kandel R. Paratesticular sarcoma: Failure patterns after definitive local therapy. J Urol. 1999;161:1844-7.
7. Coleman J, Brennan MF, Alektiar K, Russo P. Adult spermatic cord sarcomas: management and results. Ann Surg Oncol. 2003;6:669-75.
8. Llarena R, Azurmendi V, Martín J, Villafruela A, Eizaguirre B, Pertusa C. Leiomioma paratesticular. Revisión y puesta al día. Arch Esp Urol. 2004;57:525-30.
9. García Morúa A, Lozano Salinas JF, Valdés Sepúlveda F, Zapata H, Gómez Guerra LS. Leiomioma de cordón espermático: nuestra experiencia y revisión de la literatura. Actas Urol Esp. 2009;33:811-5.

José Silvestre Rodríguez\*, Israel Manzanedo Romero, Alberto Hernández Matias, Miguel Ángel Delgado Millan y Manuel Limones Esteban

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [Pepesil100@yahoo.es](mailto:Pepesil100@yahoo.es)  
(J. Silvestre Rodríguez).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2010.09.016