

Tumor carcinoide hepático primario: una localización inusual

Primary hepatic carcinoid tumor: an unusual localization

Sr. Director:

El tumor carcinoide se origina en las células entrocromafines de Kulchitsky del sistema neuroendocrino. Su localización más frecuente es en intestino delgado, colon y bronquio^{1,2}. El hígado es asiento frecuente de metástasis de tumores carcinoides de otra localización, siendo excepcional el origen hepático primario. Este representa tan solo el 0,3% de todos los tumores carcinoides^{3,4}. Suele ser asintomático, siendo una de las formas más frecuentes de presentación la masa abdominal palpable, con o sin dolor asociado. El único tratamiento curativo es la cirugía, cuando esta es posible.

Presentamos el caso de una mujer de 67 años que consulta por sensación de masa a nivel epigástrico de un mes de evolución, sin otra clínica acompañante. A la

exploración se palpa masa indurada en epigastrio, no dolorosa. Se realizan para su estudio: Gastroscofia y Ecoendoscopia Digestiva Alta que muestran compresión extrínseca sobre la cara anterior gástrica, por una masa poliquística, con mucosa respetada, sin poder definir el órgano de origen; Tomografía Computerizada (TC) Abdominal con masa de aproximadamente 9 cm, sólida, con áreas necróticas y de degeneración quística en su interior, que parece depender del lóbulo hepático izquierdo (fig. 1, superior); Resonancia Magnética (RM) Hepática en la que se visualiza dicha masa que parece en contacto con la pared anterior gástrica, lóbulo hepático izquierdo y cuerpo/cola pancreático (fig. 1, inferior); Punción-Aspiración con Aguja Fina guiada por Ecografía cuyo resultado es de neoplasia epitelial de características neuroendocrinas de incierto potencial maligno; y marcadores tumorales normales. Con estos resultados se decide programar intervención quirúrgica para exploración y resección.

Los hallazgos quirúrgicos fueron de tumoración a nivel de lóbulo hepático izquierdo dependiente del segmento III, en contacto pero sin infiltración de estructuras vecinas, bien delimitada y con áreas quísticas en su interior (fig. 2); sin otras alteraciones en el resto de la

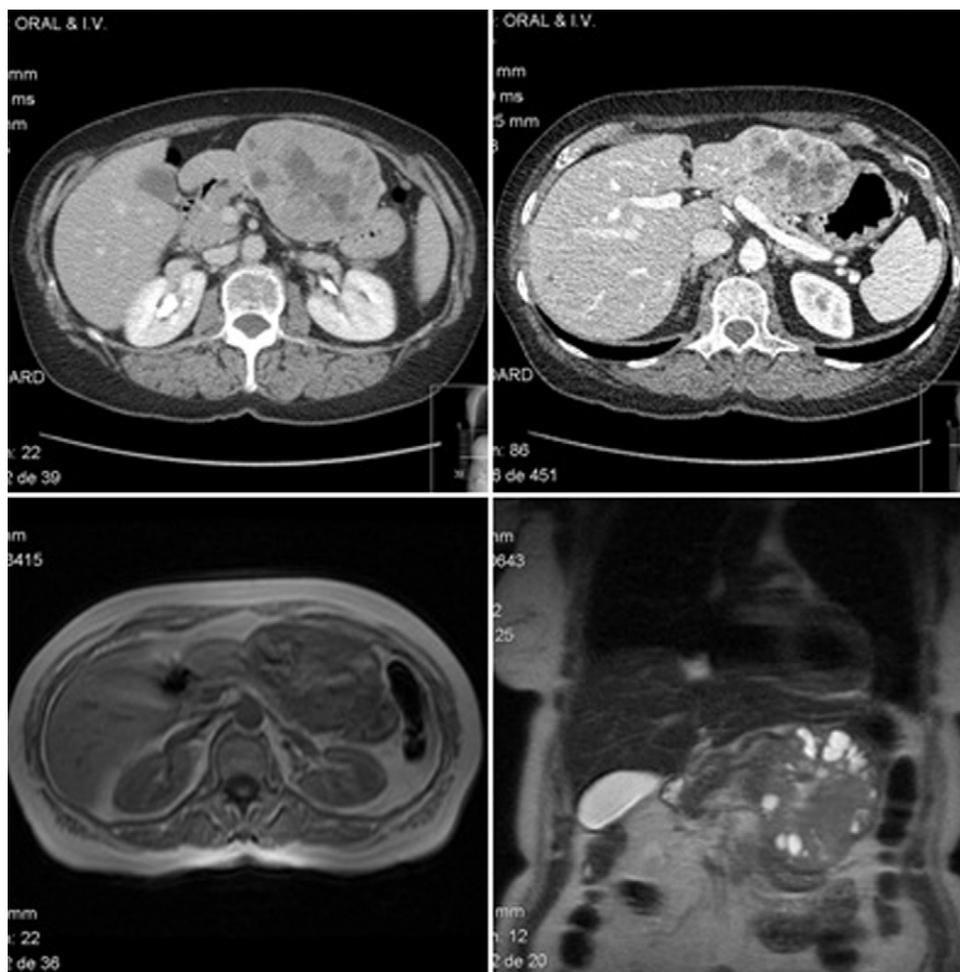


Figura 1 Superior: TC Abdominal con masa sólida con áreas de degeneración quística en su interior que parece depender del lóbulo hepático izquierdo; Inferior: RMN hepática con masa de similares características que parece en contacto con estructuras vecinas.

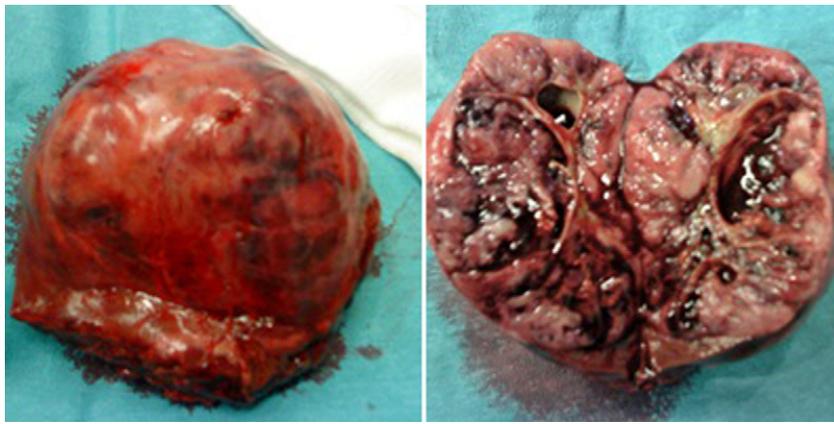


Figura 2 Pieza quirúrgica de tumor carcinoide hepático primario, bien delimitado con áreas de degeneración quística en su interior.

cavidad abdominal. Se realiza segmentectomía III hepática. La evolución postoperatoria cursa sin complicaciones. El resultado anátomo-patológico definitivo es de carcinoide de tipo variable, con células neoplásicas que adoptan distintos patrones de crecimiento y morfología. Con positividad inmunohistoquímica para cromogranina, enolasa neuroespecífica y sinaptofisina; EMA positivo; MOC-31 positivo; y CEA, S-100, C-kit y CD 34 negativos; bordes quirúrgicos libres. Datos que se corresponden con un tumor carcinoide hepático primario, dado que en los estudios realizados estaba descartado el origen en otra localización.

Los tumores carcinoides de origen hepático primario resultan excepcionales. La primera descripción fue realizada por Edmonton en 1958²⁻⁴. Dado que en el hígado normalmente no se encuentran células enterocromafines, existen fundamentalmente tres teorías sobre su origen^{2,5-7}: la presencia de células ectópicas de tejido pancreático, la presencia de células de origen neuroectodérmico o de ectoblastos con programación neuroendocrina. A diferencia de lo que ocurre cuando son metastáticos, la mayoría son afuncionales^{1,2}, por lo que no suelen acompañarse del típico síndrome carcinoide. En la imagen suelen presentarse como tumores solitarios, hipervascularizados y con componente sólido-quístico^{1-3,5,8,9}. Según el patrón de crecimiento histológico podemos diferenciar tres tipos de lesiones neuroendocrinas: carcinoides típicos, atípicos y de tipo variable (que expresan componentes neuroendocrinos y de carcinoma), como el aquí expuesto. Pero la diferenciación de un tumor neuroendocrino primario o secundario de hígado no es posible solo con la histología. Es decir, resulta imprescindible para su diagnóstico descartar un tumor primario oculto en otra localización. El algoritmo diagnóstico incluye TC, RM, Octreoscan y Endoscopia Digestiva alta y baja; otras pruebas diagnósticas son cromogranina A, ácido hidroxindolacético en orina de 24 h^{2,5,6}. El principal tratamiento curativo es la resección quirúrgica; cuando esta no es posible algunas de las opciones propuestas son la embolización,

tratamientos médicos oncológicos^{3,5,9}, o inclusive el trasplante hepático^{6,9}, según las características de cada tumor. Se ha estimado una recurrencia para estos tumores entorno al 18%^{5,6,8}. Por este motivo y para confirmar la ausencia de un tumor primario oculto, es necesario insistir en la importancia de un estricto seguimiento posterior. Como en nuestro caso en que un año después del diagnóstico sigue sin presentar datos que sugieran la existencia de otra tumoración.

Bibliografía

1. del Carmen Binda M, de Barrio G, Vidal R, Espeche G, Laudi R, Saubidet G. Tumores Carcinoides. RAR Vol 70 Num 1 2006. *Imaginología Endocrinológica*.
2. Touloumis Z, Delis SG, Triantopoulou C, Giannakou N, Avgerinos C, Dervenis C. Primary hepatic carcinoid; a diagnostic dilemma: a case report. *Cases J*. 2008;1:314.
3. Fenoglio LM, Severini S, Ferrigno D, Gollé G, Serraino C, Bracco C, et al. Primary hepatic carcinoid: a case report and literature review. *World J Gastroenterol*. 2009;15:2418-22.
4. Shetty PK, Baliga SV, Balaiah K, Gnana PS. Primary hepatic neuroendocrine tumor: An unusual cystic presentation. *Indian J Pathol Microbiol*. 2010;53:760-2.
5. Nikfarjam M, Muralidharan V, Christophi C. Primary Hepatic Carcinoid Tumours. *HPB (Oxford)*. 2004;6:13-7.
6. Gravante G, Carino N, Overton J, Manzia TM, Orlando G. Primary carcinoids of the liver: a review of symptoms, diagnosis and treatments. *Dig Surg*. 2008;25:364-8.
7. Altamirano E, Pollono D, Drut R. Carcinoma neuroendocrino bien diferenciado (carcinoide) hepático primario. *Rev Esp Patol*. 2010;43:165-7.
8. Yokoigawa N, Kitade H, Ohishi M, Ozaki T, Miyaso T, Okazaki S, et al. Surgical Control of a primary hepatic carcinoid tumor: a case report. *Case Rep Gastroenterol*. 2009;3:30-5.
9. Chwartz G, Colanta A, Gatees H, Olichney J, Attiyeh F. Primary carcinoid tumors of the liver. *World Journal of Surgical Oncology*. 2008;6:91.

Eva Iglesias Porto*, Paula Montoto Santomé, Begoña Campos Balea, José Conde Vales, Inmaculada Monjero Ares, Ana E. Álvarez Gutiérrez, Rocío González López, Lucía Dorado Castro y Félix Arijá Val

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo, Lugo, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: evaiglesiasporto@yahoo.es
(E. Iglesias Porto).

doi:10.1016/j.gastrohep.2011.11.013

Absceso de pared con cálculos biliares como complicación tardía de colecistectomía laparoscópica

Parietal abscess with gallstones as a late complication of laparoscopic cholecystectomy

Sr. Director:

La colecistectomía laparoscópica (CL) es el tratamiento de elección de la colelitiasis sintomática. A pesar de las múltiples ventajas frente al abordaje laparotómico convencional, es frecuente la perforación accidental de la vesícula biliar (20-40%), con salida de bilis y cálculos durante la laparoscopia (10-20%). Las complicaciones por cálculos intraperitoneales son poco frecuentes, aunque en ocasiones pueden conllevar consecuencias graves¹⁻³. Debe realizarse el máximo esfuerzo para recuperar por vía laparoscópica los cálculos vertidos a la cavidad peritoneal, reservando la conversión a laparotomía para casos seleccionados^{2,4}.

Presentamos un caso de un absceso retroperitoneal, subhepático y de pared, a nivel de flanco derecho, como complicación tardía por cálculos abandonados en la cavidad abdominal tras una colecistectomía laparoscópica.

Hombre de 68 años, al que se le realiza colecistectomía laparoscópica programada por colelitiasis sintomática, con apertura accidental de la vesícula intraoperatoriamente y salida de bilis y cálculos a la cavidad abdominal, por lo que se procede a lavado y aspirado de la misma. Un mes más tarde el paciente reingresa en Cirugía por un absceso subhepático postcolecistectomía, realizándose un drenaje percutáneo guiado por tomografía computarizada (TC) e instauración de tratamiento antibioticoterápico intravenoso de amplio espectro durante 12 días. A los 6 meses ingresa en el Servicio de Infecciosos por un absceso hepático piógeno con afectación subhepática y retroperitoneal, resolviéndose con tratamiento antibiótico intravenoso durante 15 días (Linezolid y Levofloxacino).

Dos años después, el paciente acude al servicio de Urgencias por una tumoración dolorosa, eritematosa, caliente y fluctuante a nivel de flanco derecho. Se realiza ecografía de partes blandas que informan de posible hematoma infectado, por lo que se procede a drenaje urgente, objetivándose emisión de contenido purulento y cálculos biliares a través de la incisión (fig. 1), se inicia tratamiento antibiótico empírico y se solicita TC abdominal de control, que evidencia una colección residual de unos 4 cm subhepática, con engrosamiento y borramiento de planos grasos de pared torácica suprayacente en la zona del drenaje. El paciente

evoluciona de forma favorable y es dado de alta tras 14 días de antibioterapia intravenosa.

Actualmente el paciente se encuentra asintomático y en seguimiento por nuestro Servicio.

La CL ha demostrado ventajas frente a la colecistectomía abierta o convencional en términos de menor dolor postoperatorio, reducción de la hospitalización, recuperación más rápida y mejores resultados estéticos. La tasa de complicaciones generales también es menor, aunque la lesión de la vía biliar y la infección intraabdominal por cálculos abandonados en la cavidad peritoneal son más frecuentes en la CL².

A pesar de los intentos por extraer todos los cálculos vertidos, en el 0,2-32% de las CL persisten cálculos abandonados en la cavidad peritoneal. En numerosas publicaciones clínicas y experimentales se ha demostrado el riesgo de complicaciones graves por cálculos abandonados en la cavidad abdominal, incluso años después de la cirugía; complicaciones como abscesos intraabdominales, obstrucciones intestinales, fístulas cutáneas, digestivas, casos raros de dispareunia e incluso colelitoptosis; sobre todo cuando se trata de cálculos pigmentados y en presencia de bilis infectada¹. La TC es la prueba diagnóstica más sensible. El mejor tratamiento es la prevención, evitando el abandono de los cálculos en la cavidad abdominal, pero en cualquier caso es muy importante, reflejar en el informe quirúrgico la salida de cálculos al interior de la cavidad abdominal, con el



Figura 1 Tumoración dolorosa, eritematosa, caliente y fluctuante a nivel de flanco derecho. Se procede a drenaje urgente, objetivándose emisión de contenido purulento y cálculos biliares a través de la incisión.