



Fig. 1. Imagen de la tomografía computarizada donde se observa la supuesta metástasis pulmonar, aunque posteriormente se confirmó que se trataba de un ganglioneuroma.

sión milimétrica en pulmón y se realizó una segmentectomía hepática del segmento VI. El patólogo confirmó el diagnóstico de ganglioneuroma y se diagnosticó el nódulo pulmonar como metástasis de TCG mixto de tipo teratoma inmaduro puro. El segmento VI hepático presentaba metástasis de TCG mixto, en su mayoría (90%) correspondiente a teratoma inmaduro. Focalmente (10%), mostraba morfología de tumor de seno endodérmico, así como necrosis tumoral. Posteriormente, no fue tratado con quimioterapia ni radioterapia adyuvante. Actualmente, el paciente se encuentra libre de enfermedad.

El hallazgo fortuito de un tumor neurogénico en la toracotomía explicó la pobre respuesta a la quimioterapia que tuvo la masa torácica. Lo característico de los TCG es la diversa diferenciación histológica que pueden presentar, lo habitual es que las lesiones metastásicas sean homogéneas, es decir de la misma estirpe histológica^{2,5}. Sin embargo, el presente caso tenía la particularidad de que la histología fue distinta en la metástasis pulmonar y en la hepática. El interés de este caso radica en el hallaz-

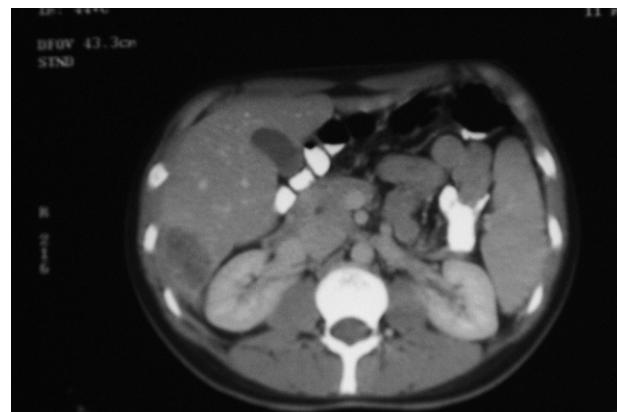


Fig. 2. Imagen de la tomografía computarizada donde se observa metástasis hepática en el segmento VI tras ciclo de quimioterapia, previamente a la cirugía.

go casual de un segundo tumor primario mediastínico (ganglioneuroma) y la distinta diferenciación tumoral, dependiendo de la localización metastásica. Ambas circunstancias no han sido comunicadas previamente.

Bibliografía

- Kesler KA, Wilson JL, Cosgrove JA, et al. Surgical salvage therapy for malignant intrathoracic metastases from nonseminomatous germ cell cancer of testicular origin: analysis of a single-institution experience. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2005;130:408-15.
- Cagini L, Nicholson AG, Horwich A, et al. Thoracic metastasectomy for germ cell tumours: long term survival and prognostic factors. *Ann Oncol.* 1998;9:1185-91.
- Hartmann JT, Rick O, Oechsle K, et al. Role of postchemotherapy surgery in the management of patients with liver metastases from germ cell tumors. *Ann Surg.* 2005;242:260-6.
- Hahn TL, Jacobson L, Einhorn LH, et al. Hepatic resection of metastatic testicular carcinoma: a further update. *Ann Surg Oncol.* 1999;6:625-6.
- Kesler KA. Surgical techniques for testicular nonseminomatous germ cell tumors metastatic to the mediastinum. *Chest Surg Clin N Am.* 2002;12:749-68.

Carcinoma oat-cell del tracto gastrointestinal

Esther Bravo, Begoña Estraviz, Aitor Landaluce y Sebastián Sarabia

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital de Galdakao-Urquiza. Galdakao. Vizcaya. España.

Se han descrito en la literatura 544 casos de carcinoma oat-cell gastrointestinal; su localización más frecuente es el esófago, seguido del territorio colorrectal. Representa del 0,1 al 1% de las neoplasias digestivas y afecta fundamentalmente a varones de mediana edad. Suele te-

ner un pronóstico infierno, con una supervivencia media de 5-12 meses¹⁻⁵.

Presentamos el caso de una mujer de 69 años, que refiere epigástralgia y síndrome general de varios meses de evolución. La biopsia gástrica informa de neoplasia

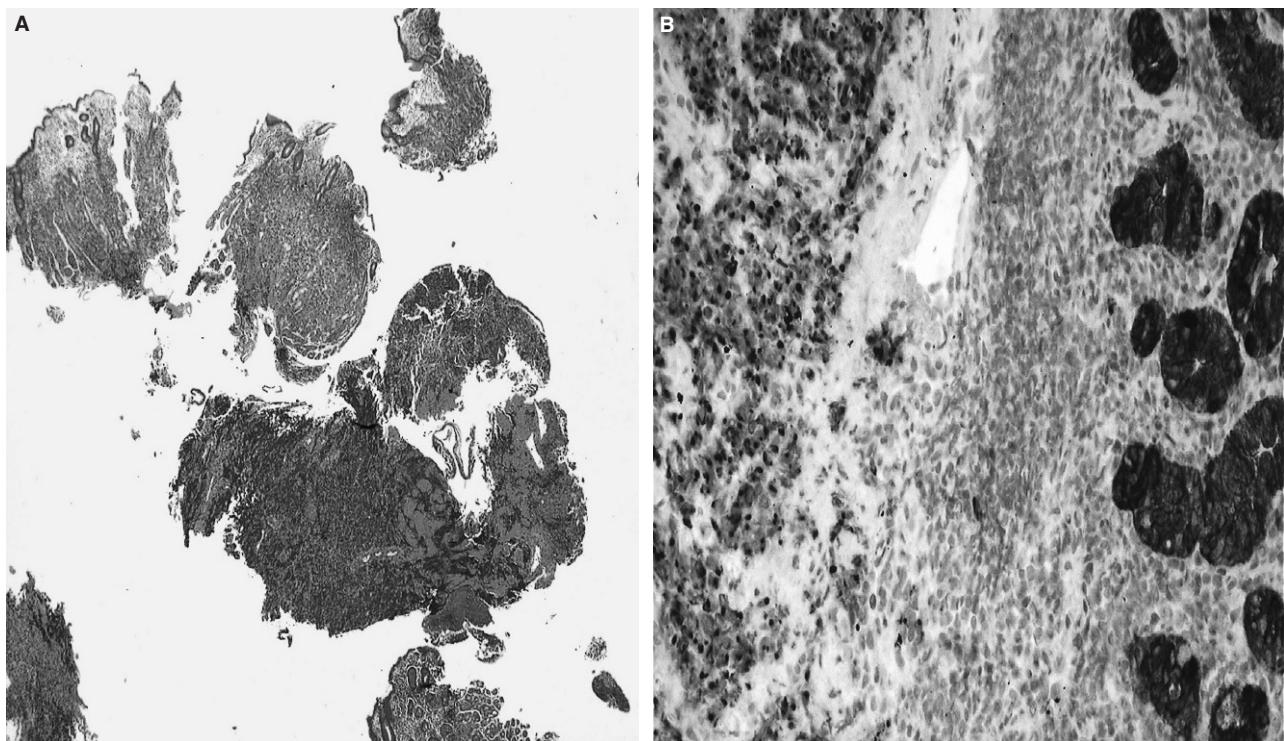


Fig. 1. Mucosa gástrica. A: tinción con hematoxilina-eosina (HE, $\times 2$). Se muestran las diferencias microscópicas entre la mucosa sana y la mucosa infiltrada por células tumorales de pequeño tamaño, con núcleo hipercromático, escaso citoplasma y abundantes mitosis. B: análisis inmunohistoquímico ($\times 20$). Se compara la mucosa normal con la positividad "en gota" para la queratina (AE1/AE3), característica del tumor oat-cell.

linfóide contra carcinoma indiferenciado (fig. 1A), pero el análisis inmunohistoquímico revela positividad para cromogranina A y queratina (fig. 1B), confirmando el diagnóstico de carcinoma *oat-cell*. La body-TC describe un tumor gástrico diseminado (fig. 2), por lo que la paciente es remitida a oncología para tratamiento paliativo.

Las manifestaciones clínicas de esta estirpe tumoral son similares a las generadas por otras neoplasias digestivas¹, y es poco habitual el desarrollo de síndromes paraneoplásicos^{1,2}.

El diagnóstico se basa en la clínica, la histología y la positividad de la biopsia para marcadores neuroendocrinos¹⁻⁵.

La clasificación TNM y la estadificación son las mismas que las utilizadas para otras neoplasias gastrointestinales, y nos podemos encontrar ante un tumor localizado (TL) o un tumor diseminado (TD), más frecuente este último, en el momento del diagnóstico^{1,2,5}.

Las alternativas terapéuticas son: a) poliquimioterapia: de elección en TD, como en nuestro caso; b) quimiorradioterapia: se emplea en TD o neoadyuvante a la cirugía, y c) cirugía: de elección en TL o con adenopatías < 2 cm



Fig. 2. Tomografía computarizada toracoabdominopelviana: corte transversal a nivel abdominal en el que se observa la masa tumoral ulcerada gástrica y la ausencia de plano de separación de ésta con el lóbulo hepático izquierdo.

y siempre asociada a quimiorradioterapia¹⁻⁵. El tratamiento es controvertido y como consecuencia de la escasa prevalencia no hay un protocolo claro de actuación.

Bibliografía

- Brenner B, Tang LH, Klimstra DS, Kelsen DP. Small-cell carcinomas of the gastrointestinal tract: A review. J Clin Oncol. 2004;22: 2730-9.

Correspondencia: Dra. E. Bravo Ruiz.
Hospital de Galdakao-Usansolo.
Barrio Labeaga, s/n. 48960 Galdakao. Vizcaya. España.
Correo electrónico: ebravo2@telefonica.net

Manuscrito recibido el 20-2-2007 y aceptado el 4-7-2007.

2. Wu Z, Ma JY, Yang JJ, Zhao YF, Zhang SF. Primary small cell carcinoma of esophagus: report of 9 cases and review of literature. World J Gastroenterol. 2004;10:3680-2.
3. Ihtiyan E, Algin C, Isiksoy S, Ates E. Small cell carcinoma of the rectum: a case report. World J Gastroenterol. 2005;11:3156-8.
4. Sata N, Tsukahara M, Koizumi M, Yoshizawa K, Kurihara K, Nagai H, et al. Primary small-cell neuroendocrine carcinoma of the duodenum: a case report and review of literature. World J Surg Oncol. 2004;2:1-7.
5. Viana Miguel MM, García-Plata Polo E, Vidal Doce O, Aldea Martínez J, de la Plaza Galindo M, Santamaría García JL. Carcinoma *oat-cell* de vía biliar principal. Cir Esp. 2006;80:43-5.



Rotura hepática asociada a síndrome de HELLP

Manuel Ferrer-Márquez, M. Mar Rico-Morales, Ricardo Belda-Lozano y Elena Yagüe-Martín
Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Torrecárdenas. Almería. España.

La rotura hepática asociada al síndrome de HELLP es una complicación grave con una mortalidad que alcanza el 30-40%¹. Se caracteriza por elevación de enzimas hepáticas, plaquetopenia y hemólisis. Habitualmente ocurre durante el tercer trimestre de embarazo, y obliga a su interrupción inmediata. Es necesario un apoyo multidisciplinario con un cirujano experimentado para tratar la rotura hepática y seguir a la paciente en la unidad de cuidados intensivos hasta su estabilización.

Se caracteriza clínicamente por dolor en epigastrio, hipocondrio derecho, náuseas, vómitos, ganancia de peso y edemas. Se postula que la disfunción endotelial con depósitos de fibrina intravascular y obstrucción de los sinusoides hepáticos origina congestión e incremento de la presión intrahepática y distensión de la cápsula de Glisson, y finalmente se desarrolla un hematoma hepático subcapsular con la consiguiente rotura hepática².

Presentamos el caso de una paciente de 31 años que, tras un parto eutóxico, comienza con dolor abdominal generalizado irradiado a espalda y miembros inferiores, y presenta un cuadro de hipotensión severa (60/40 mmHg).

En el estudio analítico se muestran los siguientes resultados: hemoglobina, 7,4 g/dl; hematocrito, 22%; leucocitos, 14.030/ μ l; neutrófilos, 72%; proteína C reactiva, 26,28 mg/dl; plaquetas, 58.000/ μ l; bilirrubina total, 1,51 mg/dl; bilirrubina directa, 0,62 mg/dl; GPT, 1.534 U/l; GOT, 808 U/l; fosfatasa alcalina, 99 U/l; LDH, 740 U/l; actividad de protrombina, 47%.

La ecografía abdominal muestra hemoperitoneo masivo, con imagen heterogénea e hiperecogénica en cúpula hepática indicativa de coágulo en superficie.

Se decide la intervención quirúrgica urgente ante el diagnóstico de presunción de hemoperitoneo por rotura

hepática asociado a síndrome de HELLP. Se realiza laparotomía media, y se observa hemoperitoneo > 1 l y gran hematoma subcapsular que afecta al lóbulo hepático derecho roto. Ante la imposibilidad de controlar el sangrado se realiza *packing* hepático.

La paciente se estabiliza en el servicio de reanimación. Son necesarias dos nuevas laparotomías secuenciales cada 48 h hasta la retirada definitiva del *packing* y el control hemostático.

Durante su ingreso en la planta de cirugía la paciente evoluciona lenta pero satisfactoriamente. En la tomografía computarizada de control antes del alta, se aprecia una colección subcapsular hepática de 10 × 9 × 6 cm con alguna burbuja aérea, que puede corresponder a hematoma, seroma o absceso (fig. 1). La paciente es dada de alta a los 37 días del ingreso.

Si bien el manejo conservador es la medida de elección ante el hematoma subcapsular no complicado, la mejor estrategia ante la sospecha de rotura es la laparotomía exploradora de urgencia. La laparotomía y el *packing* hepático deben hacerse con la menor brevedad posible, para evitar así que se instaure el shock^{3,4}. Al contrario de lo que se produce en una rotura hepática traumática, en el síndrome de HELLP es difícil conseguir la hemostasia definitiva, ya que se produce una avulsión extensa de la cápsula de Glisson añadido a plaquetopenia y trastorno de la función hepática. En caso de sangrado incontrolable, debe ligarse la rama apropiada de la vena portal. El proceso posterior, generalmente tras 48 h del empaquetamiento, dependerá del desarrollo de la hemorragia y la función hepática. Si no se ha conseguido hemostasia completa, a veces es necesario volver a empaquetar el hígado. Para el manejo final de la cápsula hepática o del parénquima pueden utilizarse los métodos habituales de traumatismo hepático (suturas, adhesión con fibrina, omentoplastia...)⁵. Algunos pacientes pueden beneficiarse de una hepatectomía parcial si no se puede controlar la hemorragia con medidas convencionales. El trasplante hepático sería el último recurso en pacientes

Correspondencia: Dr. M. Ferrer Márquez.
Valencia, 5. 04007. Almería. España.
Correo electrónico: manuferrer78@hotmail.com

Manuscrito recibido el 5-3-2007 y aceptado el 4-7-2007.