

5. Heng MC. Hyperbaric oxygen therapy for pyoderma gangrenosum. Aust N Z J Med. 1984;14:618–21.
6. Wasserteil V, Bruce S, Sessions SL, Guntupalli KK. Pyoderma gangrenosum treated with hyperbaric oxygen therapy. Int J Dermatol. 1992;31:594–6.
7. Niinikoski JHA. Clinical hyperbaric oxygen therapy, wound perfusion and transcutaneous oximetry. World J Surg. 2004;28:307–11.

Ana E.R. Herfarth*, David Martínez-Ramos, Jesús Nomdedeu-Guinot y José Luis Salvador-Sanchis

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General de Castellón, Castellón, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aherfarth@hotmail.com (A.E.R. Herfarth).

doi:10.1016/j.ciresp.2008.09.015

Metástasis en colon izquierdo de histiocitoma fibroso maligno del epidídimo derecho

Metastasis to descending colon of an epididymal malignant fibrous histiocytoma

Varón de 70 años de edad que presentaba una masa no dolorosa de pocas semanas de evolución en la cabeza del epidídimo derecho, no refería enfermedad urológica previa ni otros antecedentes de interés salvo tuberculosis pulmonar 20 años antes. El examen físico confirmó la masa y no demostró otras alteraciones. La ecografía testicular mostró una lesión quística de $2,1 \times 1,6$ cm compatible con espermatocèle. Se realizó exéresis total de la tumoración, y se encontró un tumor con degeneración quística en la cabeza del epidídimo. El estudio histológico reveló un insospechado histiocitoma fibroso maligno (HFM) del epidídimo, proponiéndose una orquitectomía radical derecha y posterior radioterapia, que el paciente rechazó.

A los 11 meses se realizó una resonancia magnética, que no mostró alteraciones. El paciente permaneció asintomático y rechazó nuevos controles hasta 3 años más tarde, que ingresó en nuestro servicio por fiebre y rectorragia de 1 mes de evolución. No presentaba masas abdominales ni rectales palpables. En la analítica destacaban: hemoglobina, 11,7 g/dl; leucocitos (29.000/ μ l) con neutrofilia (91%). En la tomografía computarizada (TC) se apreció una masa de 7×7 cm en colon sigmoide y otra de 7×6 cm retroperitoneal izquierda que afectaba a los vasos ilíacos y el uréter izquierdos causando hidronefrosis, con adenopatías ilíacas bilaterales y ninguna inguinal. La colonoscopia demostró a 25 cm del margen anal un tumor que ocupaba toda la circunferencia y macroscópicamente era compatible con adenocarcinoma, pero las biopsias revelaron HFM. La ecografía testicular bilateral fue normal. Durante la cirugía encontramos una gran masa afectando al colon sigmoide y otra independiente que rodeaba los vasos ilíacos y el uréter izquierdos. Realizamos exéresis de la masa retroperitoneal, incluyendo resección ureteral, y sigmoidectomía más colostomía izquierda terminal. Dos meses después el paciente falleció por un infarto de miocardio.

Macroscópicamente el tumor tenía un aspecto encefálico. El tejido tumoral penetraba en la pared intestinal desde la

superficie peritoneal hacia la mucosa. La histología de ambos tumores fue HFM, con el mismo patrón en rueda de carro encontrado en el epidídimo (fig. 1).

El HFM fue descrito por primera vez por O'Brien y Stout en 1964 como un xantoma fibroso maligno¹ refiriéndose a un grupo de sarcomas de partes blandas compuesto por elementos fibrosos e histiocitos que típicamente formaban un patrón en rueda de carro². Stout y Lattes determinaron su actual denominación en 1967¹.

La histogénesis del HFM es incierta. Se postularon diferentes hipótesis basadas en reacciones inmunohistoquímicas y en estudios de microscopía electrónica. Se han descrito perfiles moleculares característicos que podrían ser usados como marcadores para el diagnóstico, clasificación o posibles líneas de tratamiento³. Actualmente la clasificación del HFM incluye cinco subtipos histológicos: pleomórfico en rueda de

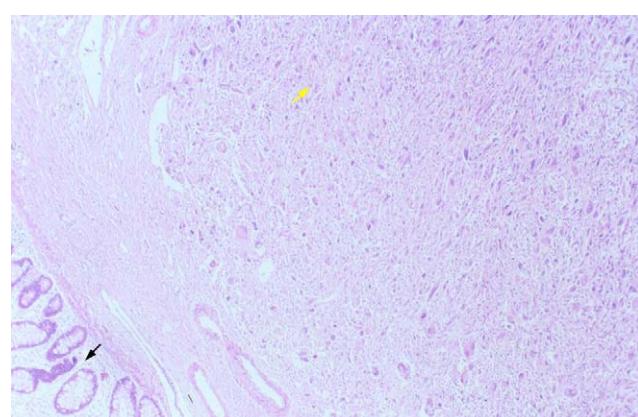


Figura 1 – Estudio al microscopio que muestra el patrón en rueda de carro (flecha amarilla) y la mucosa colónica normal (flecha negra) (H-E, $\times 4$).

Tabla 1 – Metástasis colorrectales de histiocitoma fibroso maligno

Autor	Edad (años)/sexo	Localización primaria	Localización metástasis	Patrón histológico	Tratamiento	Evolución
Wasserman et al (1974)	78/V	ND	Colon	Estoriforme	No	Muerte
Adams (1984)	85/V	Cordón espermático	Colon sigmoide	ND	Resección	26 meses SEE
Santoro et al (1992)	78/V	Nalgas	Colon sigmoide	Estoriforme-pleomórfico	No	Muerte
Kanoh et al (1998)	45/V	Espalda	Colon ascendente	Pleomórfico	Resección	3 meses SEE
Agaimy et al (2007)	54/M	Muslo	Colon descendente	Pleomórfico	Resección	Muerte
Agaimy et al (2007)	61/V	Muslo	Recto	Estoriforme	No	Muerte
Ruano et al (caso presentado)	70/V	Epidídimo	Colon sigmoide	Estoriforme	Resección	Muerte (IAM)

IAM: infarto agudo de miocardio; M: mujer; ND: no documentado; SEE: sin evidencia de enfermedad; V: varón.

carro, inflamatorio, mixoide, angiоматоide y de células gigantes; únicamente los tipos pleomórfico e inflamatorio han sido descritos afectando al colon. El HFM en el colon está compuesto por células espiculadas con patrón pleomórfico y estoriforme⁴.

El HFM es uno de los sarcomas de partes blandas más comunes en adultos, normalmente localizados en extremidades superiores e inferiores y en el retroperitoneo, mientras que es raro el origen paratesticular. El índice de recurrencia local de este tumor es del 44% y el de las metástasis, el 42%; las metástasis son más frecuentes en los pulmones (82%) y en los ganglios linfáticos (32%)⁵. Los sarcomas colorrectales son tumores infrecuentes, su incidencia se estima en un 0,07–0,12% de todos los tumores malignos anorrectales y de colon. Actualmente sólo hay documentados 50 casos primarios de HFM de origen gastrointestinal (22 colorrectales) y 6 casos de metástasis al intestino grueso^{4,6,7} (tabla 1).

Los principales signos y síntomas descritos son dolor rectal o abdominal y sangrado. No existen imágenes radiológicas que sean específicas para el diagnóstico del HFM¹. El diagnóstico únicamente puede realizarse mediante el examen inmunohistopatológico e inmunohistoquímico.

La cirugía precoz permanece como el único tratamiento curativo de estos tumores. La realización de linfadenectomía inguinal o paraaórtica cuando no hay afección ganglionar no está bien documentada; en nuestro caso la realizamos debido a la masa retroperitoneal existente, como hemos descrito. La radioterapia y la quimioterapia adyuvante deben ser consideradas en el tratamiento de estos pacientes, pero su efectividad permanece en controversia; no obstante, en algunas series señalan que la radioterapia es importante en el control local de los sarcomas rectales, con resultados similares a los obtenidos en el tratamiento de los sarcomas de partes blandas de las extremidades⁸.

El potencial maligno de estos tumores es alto. El pronóstico depende principalmente de la invasión y las metástasis que produzca el tumor, mientras que el tamaño de la neoplasia es irrelevante⁹. La invasión directa del mesenterio puede ser un factor pronóstico para el HFM colorrectal¹⁰. La supervivencia a los 5 años en el HFM abdominal es del 14%¹.

Parte de este trabajo se ha enviado para su presentación en la XII Reunión Nacional de la Asociación Española de Coloproctología, Sección de Coloproctología de la AEC, celebrada en Valencia del 14 al 16 de mayo de 2008.

B I B L I O G R A FÍA

1. Kobayashi S, Goto K, Shiraki S, Okayama Y, Ando H, Okumura F, et al. Retroperitoneal malignant fibrous histiocytoma causing variegated colonic lesions. *Intern Med*. 1998;37:376–80.
2. Baratz M, Ostrzega N, Michowitz M, Messer G. Primary inflammatory malignant fibrous histiocytoma of the colon. *Dis Colon Rectum*. 1986;29:462–5.
3. Nielsen TO, West RB, Linn SC, Alter O, Knowling MA, O'Connell JX, et al. Molecular characterisation of soft tissue tumours: a gene expression study. *Lancet*. 2002;359:1263–4.
4. Bosmans B, De Graaf EJ, Torenbeek R, Tetteroo GW. Malignant fibrous histiocytoma of the sigmoid: a case report and review of the literature. *Int J Colorectal Dis*. 2007;22:549–52.
5. Weiss SW, Enzinger FM. Malignant fibrous histiocytoma. An analysis of 200 cases. *Cancer*. 1978;41:2250–66.
6. Kanoh T, Shirai Y, Wakai T, Hatakeyama K. Malignant fibrous histiocytoma metastases to the small intestine and colon presenting as an intussusception. *Am J Gastroenterol*. 1998;93:2594–5.
7. Agaimy A, Gaumann A, Schroeder J, Dietmaier W, Hartmann A, Hofstaedter F, et al. Primary and metastatic high-grade pleomorphic sarcoma/malignant fibrous histiocytoma of the gastrointestinal tract: an approach to the differential diagnosis in a series of five cases with emphasis on myofibroblastic differentiation. *Virchows Arch*. 2007;451:949–57.
8. Luna-Pérez P, Rodríguez DF, Luján L, Alvarado I, Kelly J, Rojas ME, et al. Colorectal sarcoma: analysis of failure patterns. *J Surg Oncol*. 1998;69:36–40.
9. Wang ZS, Xiong CL, Zhan N, Xiong GS, Li H, Hu H. Primary malignant fibrous histiocytoma of the small bowel: a report of an additional case in duodenum. *Int J Gastrointest Cancer*. 2005;36:105–12.
10. Hiraoka N, Mukai M, Suzuki M, Maeda M, Nakayima K, Hashimoto M, et al. Malignant fibrous histiocytoma of the cecum: report of a case and review of the literature. *Pathol Int*. 1997;47:718–24.

Alejandro Ruano Poblador^{a,*}, Roberto Carracedo Iglesias^a, María Teresa García Martínez^a, Josefina Oliver Morales^b y José Enrique Casal Nuñez^a

^aUnidad de Coloproctología, Departamento de Cirugía General y de Aparato Digestivo, Hospital Meixoeiro, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, Pontevedra, España

^bDepartamento de Anatomía Patológica, Hospital Meixoeiro, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, Pontevedra, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aruanopoblador@yahoo.es
(A. Ruano Poblador).

doi:10.1016/j.ciresp.2008.07.011

Hematoma espontáneo del músculo iliopsoas

Spontaneous haematoma of the iliopsoas muscle

El hematoma del músculo iliopsoas es una entidad muy infrecuente que suele producirse en pacientes con alteraciones de la coagulación por toma de medicación anticoagulante o que presentan diferentes discrasias sanguíneas. Es excepcional su presentación en ausencia de los citados factores predisponentes.

Presentamos el caso de un varón de 34 años, con antecedentes de prótesis bilateral de cadera por necrosis avascular secundaria a tratamiento con dosis elevadas de corticoides por traumatismo craneoencefálico en la adolescencia, que consultó por cuadro de dolor abdominal en fosa ilíaca izquierda y molestias a la flexoextensión de la cadera con la deambulación de 3 días de evolución. No refería fiebre ni manifestaba alteraciones del tránsito intestinal. Únicamente refería un esfuerzo físico al levantar un cubo pesado las horas previas al inicio del cuadro.

A la exploración física presentaba un abdomen blando y depresible con peristaltismo conservado y dolor selectivo y defensa muscular voluntaria a nivel de fosa ilíaca izquierda, que se incrementaba al extender la cadera. En el tacto rectal no se apreciaron hallazgos patológicos.

Los parámetros bioquímicos y de hemostasia en sangre fueron normales; la analítica mostró, como único dato anómalo, la hemoglobina en 10,5 g/dl. La radiografía de abdomen fue normal y la ecografía evidenció una discreta cantidad de líquido libre en la pelvis. Las imágenes obtenidas con tomografía computarizada mostraron un gran hematoma en el iliopsoas y moderada cantidad de líquido libre en la pelvis (fig. 1). El paciente ingresó con reposo absoluto y analgesia, permaneció hemodinámicamente estable en todo momento y mantuvo las cifras de hemoglobina en los controles analíticos sucesivos; fue dado de alta al tercer día de estancia hospitalaria.

Los hematomas del iliopsoas se pueden producir en pacientes con alteraciones de la coagulación, principalmente en aquellos con tratamiento con anticoagulantes (warfarina o en terapia con heparina)^{1,2}, y es un hallazgo extraordinario en

pacientes sin ningún antecedente ni discrasia sanguínea conocida³.

Las manifestaciones clínicas son variadas, aunque normalmente suelen referir dolor lumbar o en fosa ilíaca izquierda, dolor a la flexión y extensión de la cadera, neuropatía del nervio femoral² y, en ocasiones, con sangrados importantes, cuadro de shock hipovolémico.

Para establecer el diagnóstico, una correcta anamnesis con recogida de los antecedentes clínicos y tratamientos previos y una minuciosa exploración física son básicas. Como pruebas complementarias, una analítica sanguínea con hemograma y parámetros básicos de la coagulación es obligada. La ecografía abdominal puede llegar al diagnóstico en la mayoría de los casos⁴, aunque es la tomografía computarizada la que mayor rentabilidad diagnóstica presenta. La resonancia magnética puede estar indicada en pacientes con alergia a los contrastes yodados y presenta, según algunos autores⁵, más capacidad para diagnosticar alteraciones del músculo psoas, aunque en

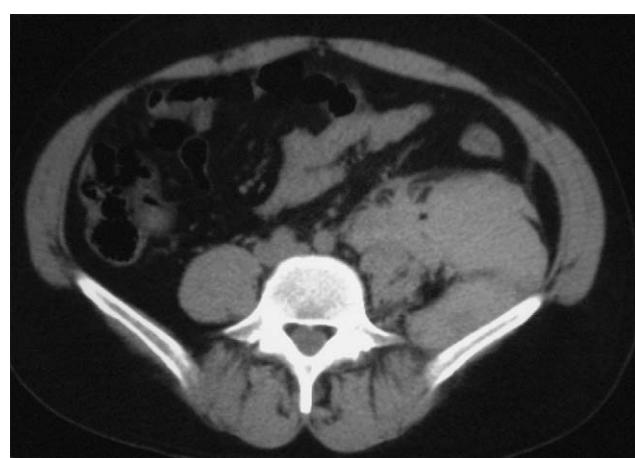


Figura 1 – Tomografía computarizada que muestra un voluminoso hematoma del iliopsoas izquierdo.