

que este hallazgo inesperado sea una auténtica sorpresa quirúrgica³⁻⁶. Cuando se detecta de forma preoperatoria, debe estudiarse con TAC con contraste, angiografía o RMN^{1,7}, con el fin de conocer más detalles sobre las posibles anomalías vasculares o biliares y poder planificar una cirugía más segura¹. Cuando se descubre de forma accidental durante la cirugía, los cirujanos deben ser muy cautos por la confluencia imprevisible del conducto cístico al conducto hepático común^{2,6}. Se recomienda: colocar al paciente en posición francesa, colocar trócares accesorios en caso de ser necesarios³, utilizar óptica de 30°, comenzar la disección del triángulo de Calot lo más próximo al borde de la vesícula^{6,7}, ligar el conducto cístico lo más próximo al infundíbulo, así como limitar el uso de diatermia y no seccionar ninguna estructura hasta estar completamente seguros; en caso de duda está indicado realizar una colangiografía intraoperatoria para identificar el árbol biliar^{2,7}, y si aún así la anatomía no está completamente clara, se recomienda la reconversión a laparotomía³.

Esta anomalía demuestra que toda atención en un campo quirúrgico es insuficiente sea cual sea la experiencia del equipo quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shu SL, Chen TY, Huang TL, Sun CK, Concejero AM, Tsang LLC, et al. Left-sided gall bladder: Its clinical significance and imaging presentations. *World J Gastroenterol*. 2007;13:6404-9.
2. Chrungoo RK, Kachroo SL, Sharma AK, Khan AB, Nadim AS. Left-sided gall bladder: Report of two cases. *J Min Access Surg*. 2007;3:108-10.
3. Reddy P, Subramanian R, Yuvaraja S. Laparoscopic cholecystectomy for left-sided gallbladder (sinistroposition). *JSL*. 2005;9:356-7.
4. Bender E, Springhetti S, Shemisa K, Wittenauer J. Left-sided gallbladder (sinistroposition) with duplication of the common bile duct. *JSL*. 2007;11:148-50.
5. Noritomi T, Watanabe K, Yamashita Y, Kitagawa S, Oshibuchi M, Shirakusa T. Left-sided gallbladder associated with congenital hypoplasia of the left lobe of the liver: A case report and review of literature. *Int Surg*. 89:1-5.
6. Rozsos I, Ferenczy J, Vincze K, Rainer S. Left sided gallbladder. *Magy Seb*. 2002;55:329-30.
7. Gui D, Magalini S, Prete F, Sermoneta D. What's right when the gallbladder's left? A case report. *Surg Endosc*. 2002;16:1637.

María del Mar Rico Morales*, Manuel Ferrer Márquez, Vanesa Maturana Ibáñez, Elena Yagüe Martín y Ricardo Belda Lozano

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Torrecárdenas, Almería, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: meri_rico@yahoo.es (M.M. Rico Morales).

doi:10.1016/j.ciresp.2009.06.002

Fibrosarcoma simulando lesión quística benigna del mediastino

Fibrosarcoma simulating a benign mediastinal cystic lesion

El fibrosarcoma mediastínico es una lesión extremadamente rara¹⁻⁵ por lo que creemos de interés comentar el siguiente caso. Se trata de un paciente de 15 años de edad que comenzó con tos espástica y disnea progresiva, ronquido nocturno de nueva aparición y sibilancias espiratorias. Fue diagnosticado de laringotraqueítis o asma. Se comenzó tratamiento con antitusígenos, broncodilatadores y antibioterapia sin que el paciente experimentara mejoría alguna. Ante la persistencia de la sintomatología, se realizó una radiografía de tórax, donde se detectó una masa mediastínica media derecha. No presentaba otra sintomatología asociada. Ingresó para estudio en su hospital de referencia, donde se le realizó una tomografía axial computerizada (TAC) torácica (fig. 1) y una resonancia magnética (RM) torácica: ambas pruebas detectaron una masa mediastínica de 75 mm de diámetro, de contornos bien definidos y de contenido poco denso que desplazaba la tráquea, la RM confirmó el contenido quístico

de la lesión y la ausencia de signos de invasión mediastínica. Todo hacía sospechar que se trataba de un quiste broncogénico o entérico. Se descartó la posibilidad de realizar la exéresis de la tumoración a través de videotoroscopia dado el tamaño de la lesión. Por tanto se practicó una toracotomía axilar derecha con el objetivo de realizar una resección (fig. 2). La lesión presentaba un plano de separación con el resto de estructuras adyacentes, lo que permitió llevar a cabo una exéresis macroscópica completa. No obstante, fue necesario volver a intervenir al paciente seis horas después debido a una hemorragia procedente del amplio lecho quirúrgico. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de fibrosarcoma de alto grado, con afectación microscópica de los bordes de resección de la pieza quirúrgica. A la vista de este resultado, se decidió un tratamiento adyuvante con quimio-radioterapia, y el paciente recibió siete ciclos de carboplatino- temozolomida y un total de 56 Gy sobre el

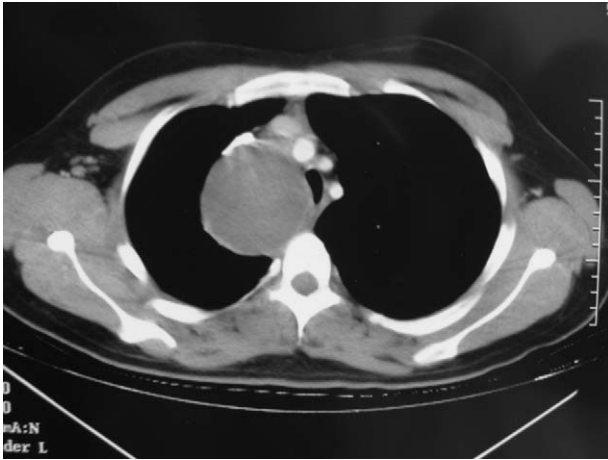


Figura 1 – TAC torácico mostrando lesión mediastínica derecha, de bordes bien definidos y de aparente contenido quístico, que desplaza la tráquea hacia la izquierda.



Figura 2 – Corte sagital de la tumoración.

mediastino. Actualmente, y tras haber concluido el tratamiento antes mencionado hace 3 meses, el paciente se encuentra asintomático y en remisión completa del tumor.

El fibrosarcoma mediastínico se suele presentar por igual en ambos sexos y en pacientes de cualquier edad^{2,3}. Las lesiones suelen crecer e invadir estructuras adyacentes y rara vez suelen producir metástasis a distancia. Los pacientes frecuentemente presentan disnea, disfagia, dolor torácico y tos provocada por la compresión del tumor. El diagnóstico suele establecerse tras realizar técnicas de diagnóstico por la

imagen (radiografía de tórax, TAC torácica y RM torácica)^{4,5} que permiten establecer la indicación quirúrgica. En muchos casos no es posible la resección y aun siendo resecables, la recidiva local es frecuente y la supervivencia a largo plazo es por lo general reducida. La resección es la mejor opción terapéutica^{2,3}; sin haberse podido demostrar un claro beneficio de la quimioterapia y radioterapia. El pronóstico de los tumores mesenquimales mediastínicos, dentro de los cuales se encuentran los fibrosarcomas, está determinado por el grado de invasión local del tumor, el grado de diferenciación histológica del mismo y la posibilidad de su resección completa (R0), así como por la presencia de metástasis a distancia⁶.

En conclusión, el fibrosarcoma primario de mediastino es un tumor maligno muy raro y agresivo que, como hemos expuesto, se puede confundir en el diagnóstico por imagen con otras lesiones de mediastino más frecuentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barau NR, Patel AR, Takita H, Jennings EC. Fibrosarcoma of the mediastinum. *J Surg Oncol.* 1979;12:11-7.
2. Sundaresan SR, Ashrafi AS. Unusual mediastinal tumors. En: Patterson GA editor. *Pearson's thoracic and esophageal surgery.* Philadelphia: Elsevier Health Sciences; 2008. p. 1643.
3. Lilleng PK, Monge OR, Walloe A, Trovik CS, Hordvik M, Hoie J, et al. Fibrosarcoma in children. *Acta Oncol.* 1997;36:438-40.
4. Cakir O, Topal U, Bayram AS, Tolunay S. Sarcomas: rare primary malignant tumors of the thorax. *Diagn Interv Radiol.* 2005;11:23-7.
5. Gladish GW, Sabloff BM, Munden RF, Truong MT, Erasmus JJ, Chasen MH. Primary thoracic sarcomas. *Radiographics.* 2002;22:621-37.
6. Burt M, Ihde JK, Hajdu SI, Smith JW, Bains MS, Downey R, et al. Primary sarcomas of the mediastinum: results of therapy. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1998;115:671-80.

Carlos Enrique García Franco^{a,*}, Akiko Tamura Ezcurra^a,
Gregorio Aisa Ribera^b, Javier Pardo Mindan^b y
Wenceslao Torre Buxalleu^a

^aDepartamentos de Cirugía Torácica, Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona, España

^bAnatomía Patológica, Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cegarciaf@unav.es (C.E. García Franco).