

colorectal cancer. J Clin Oncol. 2010;28:1175-80. Epub 2010 Feb 1.

Irene Osorio, Manuel Lomas, Manuel Hidalgo y José Perea*

Servicio de Cirugía General B, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: joseperea@hotmail.com (J. Perea).

0009-739X/\$ – see front matter

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

doi:10.1016/j.ciresp.2010.12.018

Aneurisma sacular de la vena cava superior

Saccular aneurysm of the superior vena cava

La mayoría de las lesiones mediastinales son neoplasias o quistes, pero las lesiones vasculares aneurismáticas juegan un rol importante en el diagnóstico diferencial. Representan el 10% del total de lesiones del mediastino y predominan los aneurismas arteriales, los cuales se desarrollan a partir de la aorta y sus ramas. Los aneurismas de la vena cava superior son extremadamente raros, habiéndose publicado solo 27 casos, siendo los fusiformes mas frecuentes que los saculares de los cuales existen en la literatura solamente 10 casos reportados. El objetivo de esta presentación es reportar lo que pensamos es el decimoprimer caso de un aneurisma sacular de vena cava superior, haciendo especial referencia al diagnóstico diferencial y al rol de la cirugía en el tratamiento de esta rarísima afección.

Presentamos el caso de un paciente de 48 años de edad de sexo femenino sin antecedentes de importancia, asintomática, que consulta al servicio de Clínica Médica donde se le solicita Rx de tórax frente para chequeo médico. En ella se evidencia una imagen radioopaca, oval, bien definida paramediastinal derecha (fig. 1a).

Es derivada al servicio de Neumología donde se solicita TC de tórax sin contraste que informa tráquea, carina, bronquios fuentes permeables, lesión macronodular con densidad de

partes blandas en región paramediastinal superior derecha retroesternal. No se observan nódulos pulmonares ni lesión ocupante del espacio aéreo (fig. 1b). Se realiza fibrobroncoscopia no evidenciando lesión intraluminal ni compresión extrínseca.

Examen funcional respiratorio dentro de valores normales.

Es derivada al servicio de Cirugía Torácica. Se solicita subunidad beta de gonadotropina coriónica humana, antígeno carcinoembrionario y alfa feto proteína sin valores patológicos.

Con diagnóstico presuntivo de tumor sólido de mediastino se decide conducta quirúrgica. Se realizó toracotomía lateral derecha evidenciándose una masa redondeada de aproximadamente 10 x 7 x 5 cm, violácea, que cambiaba de tamaño con los movimientos ventilatorios, blanda al tacto, que se vaciaba al presionarla y rellenándose luego al soltarla, en íntimo contacto con la cara lateral de la vena cava superior (fig. 2). Se realizó la disección de la masa comenzando por la apertura de la pleura mediastinal alcanzándose el cuello de la misma a nivel de la vena cava superior. Se realizó pinzamiento lateral con pinza vascular y resección del saco aneurismático. El cierre se realizó con doble surget de prolene 3-0. La apertura del saco aneurismático no mostró trombos ni coágulos en su

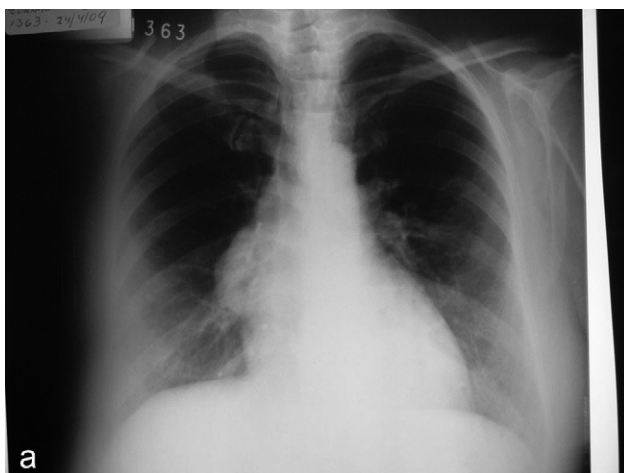


Figura 1 – a. Rx de tórax postero-anterior: evidencia de masa paramediastinica derecha b. TAC de tórax.

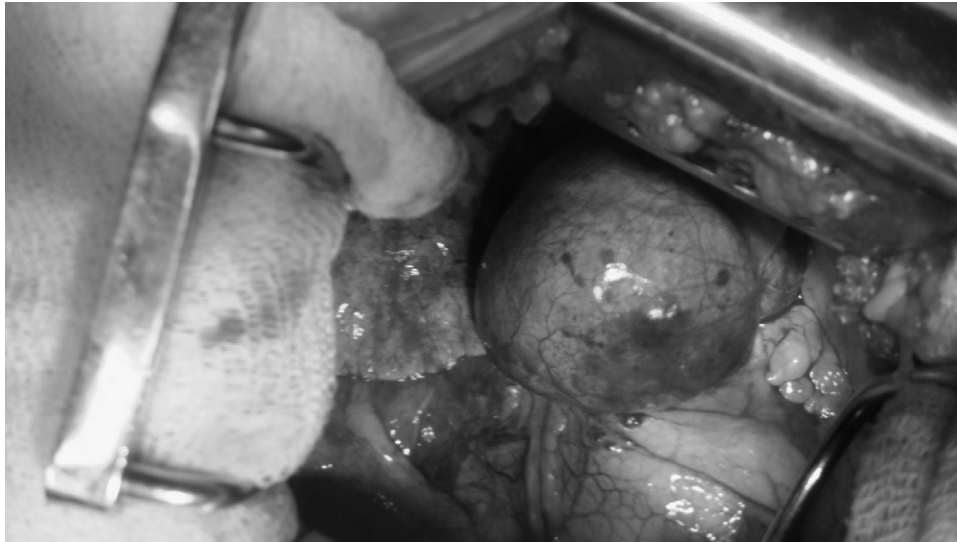


Figura 2 – Fotografía intraquirúrgica donde se observa aneurisma de vena cava superior.

interior. Se colocó avenamiento pleural dándose por terminada la cirugía. La paciente cursó un excelente postoperatorio otorgándose el alta hospitalaria al 5° día. La anatomía patológica informó segmento de vena cava superior con cambios degenerativos de capa muscular difusos y reemplazo de la misma por tejido fibrocolágeno, cuadro morfológico compatible con aneurisma venoso. El control postoperatorio al tercer mes fue satisfactorio.

Los aneurismas de la vena cava superior representan una de las causas más raras de masas mediastinales. Es por ello que la presencia de estas lesiones no es tenida en cuenta frecuentemente. El primer caso fue reportado por Abbot en 1950¹ y fue este mismo autor quien los dividió en fusiformes y saculares. El caso presentado por Abbot fue un aneurisma fusiforme diagnosticado por venograma^{2,3} mientras que la variedad sacular fue comunicada por primera vez por Lawrence y Burford en 1956 y el diagnóstico del mismo fue realizado en el intraoperatorio^{2,4}. El advenimiento de la tomografía axial computarizada posibilitó llegar al diagnóstico prequirúrgico, pero la rareza de estas lesiones llevan a no considerarlas dentro de los diagnósticos diferenciales, hecho que ocurrió con nuestra paciente al diagnosticarlo en el intraoperatorio^{3,5,6}. Otros métodos de diagnóstico utilizados son la resonancia nuclear magnética y el estudio radioisotópico^{3,4,7,8}.

El algoritmo terapéutico de esta enfermedad no está claramente definido ya que algunos autores prefieren ser conservadores en casos asintomáticos. Sin embargo otros aseguran que la cirugía está formalmente indicada sobre todo en aneurismas saculares debido a posibles complicaciones que pudieran ocurrir y que incluyen el tromboembolismo pulmonar, riesgo de rotura y parálisis frénica por compresión^{7,9,10}. El manejo intraoperatorio incluye la disección del saco aneurismático, el pinzamiento a nivel del cuello del mismo y la resección y sutura continua con polipropileno 3-0. El uso de circulación extracorpórea no es necesario en todos los casos, requiriéndose habitualmente para el tratamiento de aneurismas saculares complicados

con calcificaciones, trombos intramurales u oclusión venosa^{7,8}.

Los aneurismas de la vena cava superior son primarios habitualmente y el examen histopatológico no revela cambio alguno en las capas que conforman la pared aneurismática⁶, hecho que sí ocurrió en nuestro caso presentado al hallarse cambios degenerativos de la capa muscular.

Los resultados de la cirugía realizada en los últimos pacientes publicados fueron satisfactorias así como en nuestro paciente^{7,9}. Sin embargo se publicaron complicaciones tales como rotura o embolia pulmonar que requirió embolectomía de urgencia^{5,9}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abbot OA, Leigh TF. Aneurysmal dilatations of the superior vena caval system. *Ann Surg.* 1964;159:858-62.
2. Furuta S, Zugushi M, Takahashi S. Diverticulum of the superior vena cava. *AJR.* 1994;162:233.
3. Gaucher L, Roullier A, Bouvier B, Aloin M, Delvert JC, Belda G. Saccular aneurysm of the superior vena cava. *Rev Mal Res.* 1988;5:637-9.
4. Lawrence GH, Burford TH. Congenital aneurysm of the superior vena cava. *J Thorac Surg.* 1956;31:327-8.
5. Hidvegi R, Modry D, LaFlèche L. Congenital saccular aneurysm of the superior vena cava: Radiographic Features. *AJR.* 1979;133:924-7.
6. Varma PK, Dharan BS, Ramachandran P, Neelakandhan KS. Superior vena caval aneurysm. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2003;2:331-3.
7. Calligaro KD, Ahmad S, Dandora R, Dougherty MJ, Savarese RP, Doerr KJ, et al. Venous aneurysms. Surgical indications and review of the literature. *Surgery.* 1995;117:1-6.
8. Picou MA, Antonovic R, Holden W. Position-dependent mediastinal mass: aneurysm of the superior vena cava. *AJR.* 1993;161:1110-1.
9. Pasic M, Schöpke W, Vogt P, von Segesser L, Schneider J, Turina T. Aneurysm of the superior mediastinal veins. *J Vasc Surg.* 1995;21:505-9.

10. Sai S, Yoshida I, Itoh Y, Niibori K, Ninomiya M, Tabayashi K, et al. Divericulum of the superior vena cava. *Ann Thorac Surg*. 1994;58:889-90.

Claudio Ángel Ruiz^a, Alejandro Daniel Giacoia^a, Guillermo Emilio Duza^{a,*}, Walter Gustavo Otero^a y Francisco Javier Tarsitano^b

^aSección Cirugía Torácica, Hospital Nacional Profesor Doctor Alejandro Posadas, Buenos Aires, Argentina

^bServicio de Cirugía General, Hospital Nacional Profesor Doctor Alejandro Posadas, Buenos Aires, Argentina

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gduza@yahoo.com.ar (G.E. Duza).

0009-739X/\$ – see front matter

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

doi:[10.1016/j.ciresp.2010.09.015](https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2010.09.015)

Tumor desmoide gigante de pared abdominal durante el puerperio tardío

Giant desmoid tumour of the abdominal wall during a delayed puerperium

Los tumores desmoides son lesiones de tipo fibroso de bajo grado, localmente agresivos que se originan en estructuras músculo-aponeuróticas¹. Son tumores que también pueden tener un origen en órganos de la cavidad abdominal, principalmente en el útero o se pueden localizar en extremidades (30-34%), músculos del tronco (37-38%) y otros sitios menos frecuentes como cabeza y cuello (8-10%) o cavidad abdominal (19-24%)². La primera descripción fue hecha por McFarlane en 1832 y el término desmoide fue designado en 1856 por Müller basado en la etimología griega 'desmos' que se refiere a tejido tendinoso³. La incidencia estimada para un tumor desmoide es de 2-4 casos por millón de habitantes⁴. Se observan con mayor frecuencia en mujeres embarazadas y bajo terapia con estrógenos⁵. Clínicamente son tumores lisos, firmes, dolorosos, es raro que presenten

necrosis o hemorragia, pueden tener una pseudocápsula a través de la cual el tumor se extiende en forma radial con septos fibrosos. Al microscopio se observa un patrón estrellado de células, separadas por delgadas fibras de colágeno y sin pleomorfismo nuclear. La inmunohistoquímica es positiva para vimentina y actina, negativa para desmina, citoqueratina y S-100⁶.

Presentamos el caso de una mujer de 23 años, antecedente de embarazo normoevolutivo. Su padecimiento actual inició durante el puerperio tardío con el desarrollo de un tumor doloroso, consistencia firme, de dimensiones de 40 x 35 cm, fijo a planos profundos, localizado entre los dos últimos arcos costales derechos, con extensión a la pared abdominal ipsilateral y con desplazamiento de las vísceras intraabdominales pero sin infiltración de las mismas. Se realizó TAC

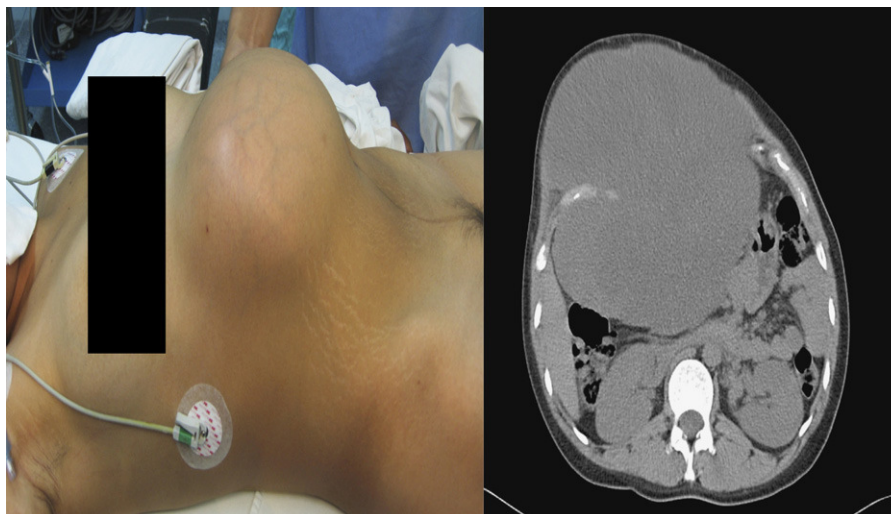


Figura 1 – Vista lateral del tumor en el preoperatorio con correlación por TAC abdominal que confirma la localización del tumor sin invadir los órganos intraabdominales.