

8. Kim KA, Gonzalez I, McComb JG, Giannotta SL. Unusual presentations of cerebral solitary fibrous tumors: report of four cases. Neurosurgery. 2004;54:1004-9.
9. Yilmaz S, Kirimlioglu V, Ertas E, Hilmiglu F, Yildirim B, Katz D, et al. Giant solitary fibrous tumor of the liver with metastasis to the skeletal system successfully treated with trisegmentectomy. Dig Dis Sci. 2000;45:168-74.
10. Saceda-Gutiérrez JM, Isla-Guerrero AJ, Pérez-López C, Ortega-Martínez R, Gómez de la Riva A, Gandia-González ML, et al. Solitary fibrous tumors of the meninges: report of three cases and literature review. Neurocirugía. 2007;18:496-504.

Beatriz Febrero<sup>a,\*</sup>, Ricardo Robles<sup>a</sup>, Roberto Brusadin<sup>a</sup>, Caridad Marín<sup>a</sup>, Asunción López-Conesa<sup>a</sup>, Cristina Martínez<sup>b</sup> y Pascual Parrilla<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Centro de Investigación Biomédica en Red en el Área temática de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD), Murcia, España

<sup>b</sup>Servicio de Medicina Interna-Digestivo, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [beatrizfebrero@hotmail.com](mailto:beatrizfebrero@hotmail.com) (B. Febrero).

0009-739X/\$ - see front matter

© 2012 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.04.024>

## Liposarcoma multicéntrico sincrónico y metacrónico

### Multicentric, synchronous and metachronous liposarcoma

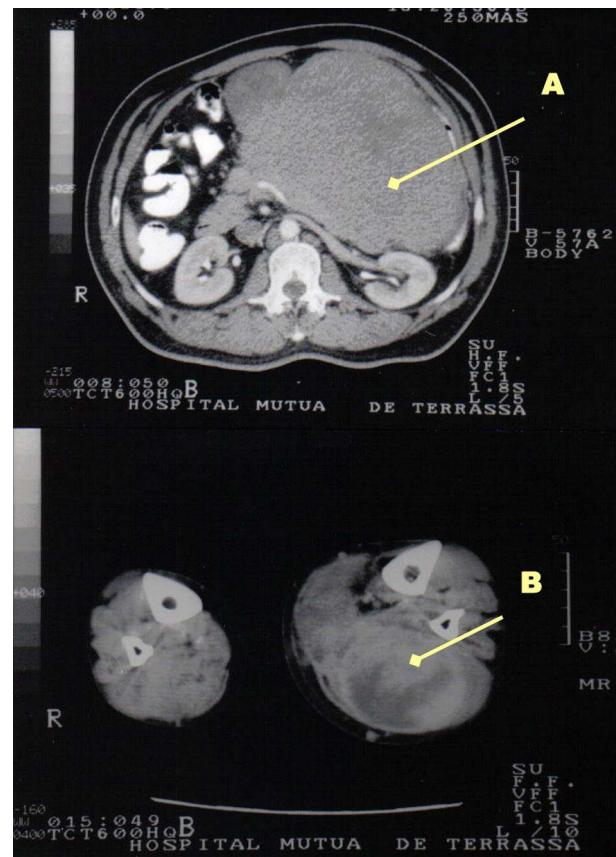
Los liposarcomas (LS) son el tipo de sarcoma de partes blandas más frecuente en adultos<sup>1</sup>. Su etiopatogénesis es desconocida y si bien podrían desarrollarse en cualquier tejido adiposo, su localización primaria muestra una predilección por determinadas zonas anatómicas<sup>1</sup>.

Ocasionalmente en un mismo paciente pueden presentarse de forma sincrónica o metacrónica más de un LS en regiones no viscerales. Esta inusual peculiaridad de la historia natural de algunos LS ha llevado a considerar la posibilidad de un origen multifocal o multicéntrico (LSM). Esto ha sido y es motivo de una controversia, cuya resolución se ve dificultada por la rareza de esta entidad y cuyo mayor interés clínico radica en el planteamiento terapéutico y en el pronóstico.

Presentamos un nuevo caso de LSM sincrónico y metacrónico.

Se trata de un hombre de 57 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por distensión abdominal progresiva y malestar general de 5 meses de evolución. Refería simultáneamente un engrosamiento de la región gemelar izquierda. La exploración destacaba un abdomen ocupado por una gran masa. Así mismo en la extremidad inferior izquierda destacaba un aumento del perímetro de la región gemelar, no dolorosa y de consistencia renitente. La TAC confirmaba una masa abdominal (fig. 1) sugestiva de LS y una tumoración de 15 cm de diámetro en la pierna izquierda que desplazaba los músculos gemelos (fig. 1). La citología mediante punción aspirativa de ambas tumoraciones resultó positiva para LS.

El paciente fue intervenido resecándose un tumoración abdominal de 4.100 g, que se originaba en retroperitoneo, y la localizada en la región gemelar. El diagnóstico anatomo-patológico de ambos tumores fue liposarcoma mixoide. El tratamiento se complementó con radioterapia.

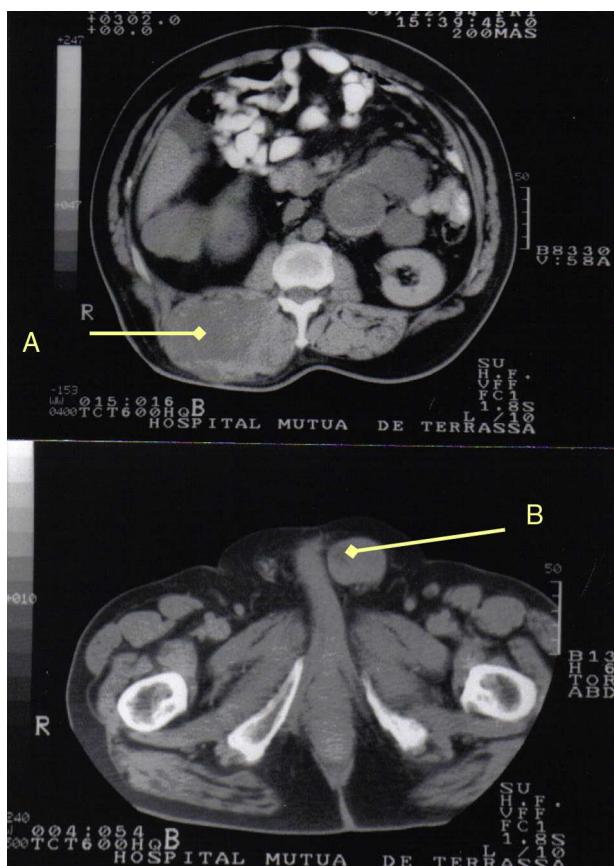


A: Liposarcoma (LS) en cavidad abdominal

B: LS en región gemelar de pierna izquierda

**Figura 1 - A) Liposarcoma en cavidad abdominal.**

**B) Liposarcoma en región gemelar de pierna izquierda.**



**Figura 2 – A)** Liposarcoma en región dorso-lumbar derecha.  
**B)** Liposarcoma en cordón espermático izquierdo.

Durante los primeros 6 meses del curso evolutivo el paciente presentó LS mixoides en región dorso-lumbar derecha (fig. 2), cordón espermático izquierdo (fig. 2), regiones axilar izquierda, escapular derecha, subxifoidea, inguinal derecha, submamaria e infraclavicular derecha, que se trataron quirúrgicamente. Al año presentó recidivas en zona dorso-lumbar y extremidad inferior izquierda, que también fueron extirpadas (el estudio citogenético mostró un cariotipo XY con múltiples anomalías cromosómicas. La alteración más frecuente fue la presencia de un isocromosoma de brazos largos del cromosoma 7. Así mismo se identificaron alteraciones en los cromosomas 1, 3, 6, 12, 16 y 19).

A los 3 años de la primera intervención se identificaron 2 pequeños nódulos en pulmón izquierdo y uno en el derecho, compatibles con metástasis. Varios meses después fueron diagnosticadas recurrencias intraabdominales y en región gemelar izquierda, así como nuevas tumoraciones primarias en regiones no viscerales cuyo tiempo de duplicación tumoral fue significativamente más corto que el de los nódulos pulmonares. El paciente falleció a los 6 años.

## Discusión

El primer caso de multifocalidad sincrónica de un LS en regiones no viscerales fue descrito en 1934, recibiendo el nombre de «sarcomatosis»<sup>2</sup>. Diez años más tarde, Ackerman

presentó un nuevo caso e hizo referencia a 4, diferenciando esta entidad con el nombre de «liposarcoma multicéntrico» (LSM)<sup>3</sup>. Los casos descritos de LSM son infrecuentes. En una revisión de la literatura efectuada en 1992 se referenciaban 35 casos y se aportaba otro nuevo<sup>4</sup>. Desde entonces comprobamos la publicación de casos esporádicos<sup>5,6</sup>, de la que solo hemos hallado uno en la literatura española<sup>7</sup>. El tipo de LSM más comúnmente identificado es el mixoide, que expresa la translocación cromosómica t(12;16)<sup>8</sup>, hecho que fue constatado en el caso que presentamos. La infrecuencia de los LSM dificulta la clarificación de si se trata de tumores primarios multicéntricos sincrónicos o metacrónicos, o bien se trata de una enfermedad metastásica, lo que implica una enfermedad neoplásica diseminada. Clásicamente, a favor de la «multicentricidad» se ha enfatizado el hecho de que los LSM sincrónicos o metacrónicos aparecen en regiones anatómicas de localización metastásica infrecuente, generalmente en tejido adiposo y a veces simétricas. Además estas zonas suelen coincidir con las localizaciones frecuentes de LS únicos: retroperitoneo, extremidades inferiores y cinturas escapular y pélvica o incluso cordón espermático<sup>1,7</sup>. Dado que la vía de diseminación metastásica sistémica obliga a pensar en un foco pulmonar, un hecho relevante ha sido la definición de LSM como aquellos cuya presentación se manifiesta en al menos 2 sitios diferentes antes de la presencia de metástasis pulmonares<sup>9</sup>. El tiempo de duplicación tumoral de las M1 pulmonares del caso presentado ha sido claramente diferente al de los tumores no viscerales, lo que podría apoyar la hipótesis de una enfermedad pulmonar subclínica microscópica precoz. Recientemente se ha fundamentado la relación clonal entre estos tumores, probando así un origen común y por tanto metastásico<sup>10</sup>. Sin embargo esto no explica por qué las localizaciones anatómicas de las metástasis son zonas donde no siempre se localizan metástasis pulmonares.

## B I B L I O G R A F I A

1. Enzinger M, Weiss SW. Soft tissue tumors, 3rd ed. Saint Louis: Ed. Mosby. 1994. p. 431-46, Chapter 17.
2. Sigmund H. Lipoblastische sarkomatose. Virchows Arch Pathol Anat. 1934;293:458-63.
3. Ackerman LV. Multiple primary liposarcoma. Am J Pathol. 1944;20:789-93.
4. Alho A, Larsen TE. A case of multifocal liposarcoma? Acta Orthop Scand. 1992;63:98-9.
5. Bulbul MA, Saker G, Salem-Shabb N, Halabi J, Bilhazi K. Liposarcoma of the spermatic cord. Scand J Urol Nephrol. 1996;30:333-5.
6. Kulhavy M, Ujjs RR, Sur RK, Donde B. Symmetrical multifocal liposarcoma. S Afr J Surg. 1997;35:68-9.
7. Barrena Sanchez P, Baquero Garces F, Hidalgo Perez M, Medina Marquez JL, Ribera Zababeascoa J, Ruiz del Portal Bermudeo M. Liposarcoma desdiferenciado multicéntrico. Revista de la Sociedad Andaluza de Traumatología. 2001;21:152-6.
8. Antonescu CR, Elahi A, Healey JH, Brennan MF, Lui MY, Lewis J, et al. Monoclonality of multifocal myxoid liposarcoma: confirmation by analysis of TLS-CHOP or EWS-CHOP rearrangements. Clin Cancer Res. 2000;6: 2788-93.

9. Blair SL, Lewis JJ, Leung D, Woodruff J, Brennan MF. Multifocal extremity sarcoma: an uncommon and controversial entity. Ann Surg Oncol. 1998;5:37-40.
10. De Vreeze R, De Jong D, Nederlof P, Ruijter HJ, Boerrigter L, Hass R, et al. Multifocal myxoid liposarcoma. Metastasis or second primary tumor? J Mol Diagn. 2010;12.

Harold Jaime Vargas Pierola<sup>a,\*</sup>, Emilio Muñoz Muñoz<sup>a</sup>, Alberto Sánchez Martínez<sup>a</sup>, Guadalupe González Pont<sup>b</sup> y Enrique Veloso Veloso<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicios de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitari Mutua Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

<sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitari Mutua Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [harold.j.vargas@gmail.com](mailto:harold.j.vargas@gmail.com) (H.J. Vargas Pierola).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2012 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.04.016>

## Hidrocele tras diálisis peritoneal: Persistencia del conducto peritoneo-vaginal

### Hydrocele after peritoneal dialysis: Persistence of the peritoneal-vaginal duct

La persistencia del conducto peritoneo-vaginal puede dar lugar a la aparición de cuatro patologías, en función del grado de obliteración de éste: hernia inguino-escrotal, hidrocele comunicante, hidrocele simple o quiste de cordón. Igualmente, se asocia a criotorquídea y a anomalías del desarrollo del epidídimo<sup>1</sup>.

Presentamos el caso de un paciente varón de 40 años de edad con antecedentes patológicos de insuficiencia renal secundaria a poliquistosis renal que inició un programa de diálisis peritoneal, observando la aparición inmediata de paso de líquido a la región escrotal derecha. En la exploración física se descartó la existencia de hernia inguinal. Se realizó una ecografía escrotal/abdominal que evidenciaba un hidrocele comunicante derecho, por lo que con la orientación diagnóstica de proceso vaginal embrionario permeable, se decidió intervenir quirúrgicamente con el fin de practicar una exéresis de éste. El paciente fue intervenido quirúrgicamente mediante incisión inguinal derecha. Se procedió a la disección del cordón espermático con individualización de sus elementos y observando la existencia del conducto peritoneo-vaginal permeable de 0,5 cm de diámetro (fig. 1). Se realizó exéresis del conducto con ligadura y sección proximal a nivel del orificio inguinal interno y ligadura y sección distal en su entrada escrotal. Se practicó hernioplastia con malla tipo plug en anillo inguinal interno. El paciente fue dado de alta en régimen ambulatorio sin incidencias y reinició la diálisis peritoneal en un mes sin complicaciones.

La formación del conducto peritoneo-vaginal se completa al tercer mes de vida intrauterina por una evaginación del celoma de cada lado de la línea media hacia el pliegue escrotal. Entre el 3er mes i el término de la gestación y dirigido

por las fibras del gubernaculum testis, se produce el descenso del testículo desde su localización retroperitoneal primitiva hasta la región escrotal. Posteriormente, se produce la obliteración del proceso vaginal del peritoneo formándose un cordón fibroso que recibe el nombre de ligamento de Cloquet; la parte distal del conducto no sufre ningún cambio y forma la túnica vaginal del testículo. En el 40% de los casos

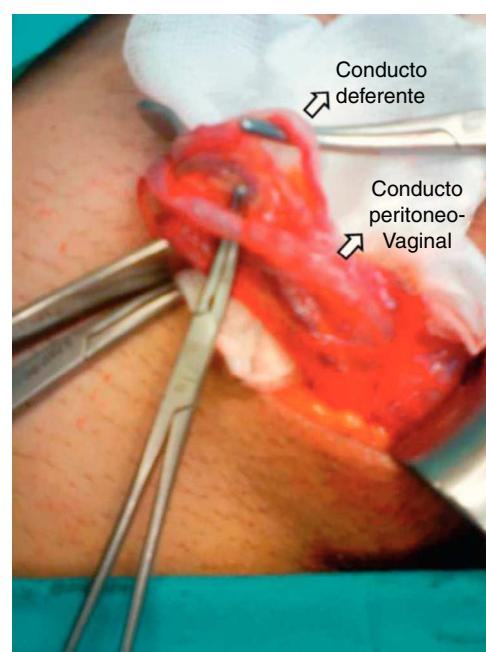


Figura 1 – Imagen intraoperatoria donde se aprecia los elementos del cordón y el conducto peritoneo-vaginal.