



## Cartas científicas

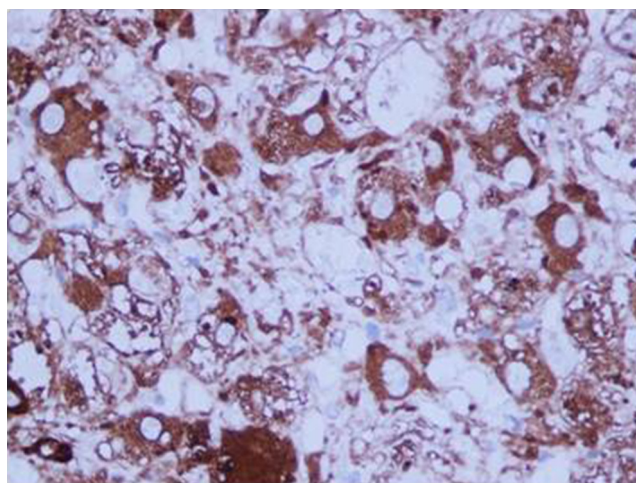
# PEComa hepático

## Primary Liver PEComa

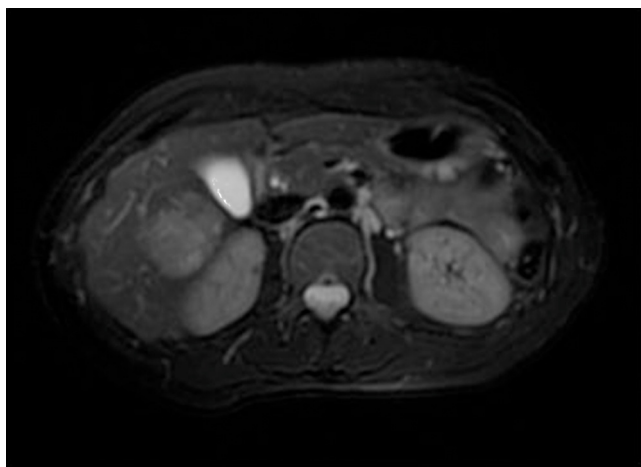


Los tumores de células epitelioides perivasculares (PEComa) son neoplasias mesenquimales infrecuentes, que expresan marcadores tanto miogénicos como melanocíticos.

Presentamos el caso clínico de una mujer de 45 años que tras ser estudiada por dispepsia y elevación de Ca 19.9, se objetiva en TC lesión de 4 cm en segmento V/VI hepático, con realce heterogéneo en fase arterial y lavado casi completo en fase portal; útero miomatoso y quiste anexial izquierdo. En RNM presenta lesión hiperintensa en T2 e hipointensa en T1, con captación en fase arterial y lavado en fase portal, excepto en su parte periférica, donde presenta realce tardío (fig. 1). En ecografía de control se aprecia aumento de la lesión; por lo que se decide resección de la misma, con buena evolución postoperatoria. El estudio anatomopatológico informó de la existencia de tumor de un PEComa de 3,5 cm de diámetro, con márgenes quirúrgicos libres, marcado pleomorfismo nuclear, sin presencia de mitosis; con un índice de proliferación (Ki67) del 3-5% y que expresaba HMB 45, Melan-A (fig. 2), 1A4 y HHF35; siendo clasificado de comportamiento incierto. Posteriormente y ante la sospecha de que la lesión hepática fuese metástasis de probable origen ginecológico se realizó histerectomía y doble anexectomía apreciando en dicho examen



**Figura 2 – Expresión de marcador melanocítico Melan-A.**



**Figura 1 – RM donde se aprecia LOE hiperintensa en T2.**

histopatológico útero miomatoso con leiomioma de 5 cm, que expresaba HHF35 y era negativo para marcadores melanocíticos (HMB32 y Melan-A), con resto de anejos sin hallazgos patológicos.

Los PEComas son neoplasias mesenquimales raras, donde las células epitelioides expresan marcadores musculares (actina, desmina) y melanocíticos (HMB-45; Melan-A, MiTF)<sup>1</sup>. Se han descrito menos de 50 casos de PEComa hepático<sup>5</sup>. Afectan predominantemente a mujeres, con una edad media de 46 años<sup>3</sup>. La localización más frecuente es genital (sobre todo útero) seguido de aparato genitourinario, tracto gastrointestinal y retroperitoneo; asociándose con esclerosis tuberosa<sup>2-4</sup>. La clínica es variable; desde asintomático a molestias en hiponcondrio derecho o abdomen agudo. El grado de error diagnóstico por técnicas de imagen es mayor del 90%<sup>4</sup>; por lo que resulta difícil realizar un diagnóstico preoperatorio correcto. Entre los diagnósticos diferenciales hay que pensar en: hiperplasia nodular focal, hemangioma, hepatocarcinoma, adenoma o metástasis de tumores endocrinos o renales; entre otros.

El tratamiento estándar es la cirugía radical; tanto para el primario, como para la recurrencia local o de metástasis a distancia. El papel de la quimioterapia y la radioterapia es incierto, considerándose en casos de enfermedad localmente avanzada, recidiva local o metástasis a distancia, aunque con resultados discutibles<sup>1,2,4</sup>.

El pronóstico es difícil de establecer, dada la falta de conocimiento del comportamiento biológico de estos tumores y la gran variedad de resultados en los escasos estudios publicados. Según algunos autores: el tamaño mayor de 5cm; un índice mitótico > 1/50 HPF; la necrosis; las células con pleomorfismo nuclear; crecimiento infiltrante o alto grado nuclear, se consideran factores de mal pronóstico asociándose con un comportamiento más agresivo del tumor, recurrencia y/o metástasis a distancia<sup>2</sup>. Folpe<sup>1,6</sup> propuso una clasificación basándose en estos criterios, considerando: a) benignos, si no presentan ningún parámetro de los anteriores; b) potencial biológico incierto, si sólo poseen tamaño superior a 5 cm ó células gigantes con pleomorfismo nuclear y c) malignos, cuando posee más de 2 criterios de mal pronóstico.

En nuestro caso fue catalogado de pronóstico incierto y presentado en comité multidisciplinar de tumores digestivos, decidiéndose seguimiento estrecho de la paciente.

Pensamos que como Khaja<sup>5</sup> comenta, ante una LOE hepática con diagnóstico radiológico incierto el tratamiento de elección es la exéresis con márgenes libres.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cuevas Herrero Ó, Escobar Lezcano L, Rodríguez Blaco M, Artigas Raventós V. PECOMA, un raro tumor de células epitelioides. *Cir Esp.* 2015;93:e65-7.
2. Navarro-Pelayo Lainez MM, Ramos Font C, Rebollo Aguirre AC, Rodríguez Fernández A, Llamas Elvira JM. Tumor epiteloide perivascular uterino. Utilidad de la tomografía por emisión de positrones con <sup>18</sup>F-fluordesoxiglucosa en su estadificación y seguimiento. *Rev Esp Med Nucl.* 2010;29:258-62.
3. Domínguez-González M, Coronel Villarán MJ, Rubio Garrido J, Holgado Fernández A, Herreros López JA, Martín Gutiérrez A. Tumor de células epitelioides perivasculares en cuerpo uterino asociado a complejo de esclerosis tuberosa en mujer de 18 años. *Prog Obstet Ginecol.* 2013;56:147-50.
4. Sánchez Pérez B, Suárez Muñoz MA, Aranda Narváez JM, Fernández Aguilar JL, Santoyo Santoyo J. Tumor de células epitelioides perivasculares (PEComa) hepático. *Cir Esp.* 2009;85:184-6.
5. Khaja F, Carilli A, Baidas S, Sriharan A, Nordford S. PECOMA: A perivascular epithelioid cell tumor in the liver- A case report and review of literatura. *Case Rep Med.* 2013;2013:1-4.
6. Folpe AL, Mentzel T, Lehr H-A, Fisher C, Balzer B, Weiss SW. Perivascular epithelioid cell neoplasms of soft tissue and gynecologic origin. *Am J Surg Pathol.* 2005;29:1558-75.

Martina Arribas Jurado<sup>a\*</sup>, Ivía Revollo<sup>a</sup>, Alejandro Rubio Fernández<sup>b</sup>, Francisco Galeano Díaz<sup>a</sup> y Gerardo Blanco Fernández<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático, Hospital Infanta Cristina, Badajoz, España

<sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Infanta Cristina, Badajoz, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [marribasj85@gmail.com](mailto:marribasj85@gmail.com) (M. Arribas Jurado).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.07.011>  
0009-739X/

© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

# Migración y perforación de una banda gástrica en el intestino delgado

## Migration and perforation of a gastric band in the small bowel



La banda gástrica ajustable laparoscópica (BGAL) es un procedimiento seguro y reversible que conlleva una baja mortalidad y morbilidad, de aproximadamente 0,05 y 11,3% respectivamente<sup>1</sup>. Aún así esta tiene una tasa de readmisión alta y cirugía de revisión de hasta un 52%<sup>1</sup>. Sus complicaciones postoperatorias tardías son frecuentes y probablemente no están documentadas completamente. La erosión y la migra-

ción de la banda gástrica tienen una incidencia de 0,6-3%<sup>1</sup>. Aquí presentamos un caso raro de erosión de una banda gástrica a través del estómago y su posterior migración hacia el íleon, causando múltiples perforaciones intestinales.

Una mujer de 51 años con antecedentes de obesidad mórbida fue sometida un año antes a una BGAL con una pérdida de peso de 25 kg con 2 reajustes. Consultó en el