

## CARTAS AL DIRECTOR

### LESIÓN AISLADA DE VESÍCULA BILIAR POR TRAUMATISMO ABDOMINAL CERRADO

**Sr. Director:** La lesión de la vesícula biliar en los traumatismos abdominales es un hecho poco frecuente y es excepcional que se presente como lesión única. Su diagnóstico preoperatorio es poco habitual y puede de pasar desapercibida incluso en la laparotomía exploradora. Presentamos un caso de rotura aislada de la vesícula biliar tras un traumatismo abdominal cerrado, con presentación clínica y diagnóstico diferidos en el tiempo.

Se trataba de un varón de 59 años que refería dolor en el epigastrio e hipocondrio derecho, vómitos, sudación y sensación de mareo que aparecieron 15 min después de haber sufrido un traumatismo abdominal cerrado (una patada en el hipocondrio derecho). En la exploración física se constató dolor en el hipocondrio derecho y defensa muscular voluntaria, sin signos de peritonismo. Se practicaron estudio radiológico simple de abdomen y ecografía abdominal, que fueron normales. A las 48 h el paciente presentó un pico febril ( $38^{\circ}\text{C}$ ), sin cambios en la exploración física. Una nueva ecografía abdominal halló una imagen heterogénea adyacente a la vesícula que se interpretó como hematoma. Se instauró tratamiento antibiótico (cefalosporina de tercera generación) y se realizó TC abdominal (fig. 1), que puso de manifiesto una colección líquida de  $10 \times 6 \text{ cm}$  subhepática, paraduodenal, en contacto con la vesícula biliar y el ángulo hepático de colon, que se extendía por el espacio parietocólico derecho, y una discontinuidad de la superficie medial-inferior de la vesícula. Con el diagnóstico de rotura traumática de la vesícula biliar se decidió realizar una intervención quirúrgica, en la que se confirmó el diagnóstico y se practicó una colecistectomía.

Las lesiones traumáticas de la vesícula biliar se clasifican en contusión, perforación y avulsión, cuyo grado máximo sería la colecistectomía traumática. Penn<sup>1</sup> reconoce un cuarto tipo, la colecistitis traumática, y otros autores<sup>2</sup> la peritonitis biliar sin perforación. La contusión vesicular en su evolución podría dar lugar a la necrosis de la pared y a la perforación, entre 2 días y 3 semanas después del traumatismo<sup>2</sup>.

El mecanismo de producción de la lesión vesicular puede ser un traumatismo directo sobre el hipocondrio o fuerzas de aceleración-deceleración bruscas, siendo la causa más común en la actualidad los accidentes de tráfico. Factores predisponentes son la ingesta de alcohol o el estado de ayuno, por aumentar la producción de bilis y el tono del esfínter de Oddi.

La presentación clínica puede ser inmediata (abdomen agudo, shock) o retardada (más de 24 h tras el traumatismo), con náuseas, vómitos, ictericia, dolor abdominal, fiebre, coluria y acolia. Son útiles exploraciones como la ecografía, la TC, la CPRE o la gammagrafía. La ecografía y la TC ponen de manifiesto la presencia de líquido libre peritoneal. La TC,

además, puede demostrar imágenes de mala definición de la pared vesicular<sup>3</sup>.

El tratamiento de elección es la colecistectomía. Se han propuesto otros, como la colecistorrafia, en perforaciones puntiformes sobre vesícula sana, o colecistostomía en pacientes con otras lesiones asociadas severas que desaconsejan la realización de colecistectomía.

D. ARRIBAS DEL AMO, A. JIMÉNEZ BERNARDÓ,  
E. LAGUNAS LOSTAO, M. ELÍA GUEDEA,  
V. AGUILERA DIAGO y M. MARTÍNEZ DÍEZ  
Servicio de Cirugía General B.  
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Penn I. Injuries of the gallbladder. Br J Surg 1962; 49: 636-641.
2. Parks RW, Diamond T. Non-surgical trauma to the extrahepatic biliary tract. Br J Surg 1995; 82: 1303-1310.
3. Erb R. Gallbladder injury secondary to blunt trauma: CT findings. J Comput Assist Tomogr 1994; 18: 778.

### CARCINOMA ADENOESCAMOSO DE COLON

**Sr. Director:** El adenocarcinoma de colon y recto es una de las neoplasias más frecuentes en nuestro medio, tanto en el varón como en la mujer. No obstante, en esta localización pueden existir también otros tipos histológicos más raros, entre los que se encuentra el carcinoma adenoescamoso. El motivo de esta carta es presentar un paciente con carcinoma adenoescamoso de colon y reflexionar sobre su tratamiento y sobre las diferencias con el adenocarcinoma de dicha localización.

Se trata de una mujer de 55 años que consultó por estreñimiento y dolor abdominal en el vacío y el hipocondrio derecho de varios meses de evolución. Con el diagnóstico de cáncer de colon de ángulo hepático se realizó una hemicolectomía derecha. La anatomía patológica demostró un carcinoma adenoescamoso bien diferenciado en estadio T4N2M0. Con dicho diagnóstico fue remitida a esta unidad de oncología para valoración de tratamiento. A pesar de la histología infrecuente, dado el estadio avanzado se decidió tratamiento adyuvante con 6 ciclos del esquema habitual utilizado en adyuvancia en nuestro centro para el adenocarcinoma de colon (leucovorin  $20 \text{ mg/m}^2$  día, los días 1-5, y 5-fluorouracilo  $425 \text{ mg/m}^2$  día, los días 1-5, cada 28 días). A los 10 meses de la intervención la paciente fue diagnosticada de una trombosis yugular y subclavia izquierda y de una recaída ganglionar retroperitoneal y mediastínica.

El carcinoma adenoescamoso colorrectal es una entidad rara. Ha sido descrito como un tumor en el que tanto el componente glandular como el escamoso son malignos y capaces de metastatizar. Su incidencia representa menos del 0,2% de los tumores de esta localización, según diferentes autores<sup>1,2</sup>. Recientemente se han publicado los datos sobre frecuencia del carcinoma adenoescamoso colorrectal y de ano, procedentes de la base de datos del «Surveillance, Epidemiology and End Results» (SEER) del Instituto Nacional contra el cáncer americano, que confirman su rareza<sup>3</sup>. En dicho trabajo se recogían sólo 145 casos durante el período comprendido entre los años 1973 a 1992, lo que representaba el 0,06% de los tumores de dicha localización. Por tanto, si los casos nuevos anuales de cáncer de colon-recto esperados en España son 7.584<sup>4</sup>, menos de cinco serían carcinomas adenoescamosos, considerando la proporción referida anteriormente. Sobre la incidencia real en nuestro país, disponemos de los datos de un registro hospitalario donde sólo se recogieron 2 casos sobre 4.500 neoplasias malignas de colon<sup>5</sup>. La clínica de comienzo del carcinoma adenoescamoso de colon es similar a la del adenocarcinoma. Como una característica propia se han descrito algunos casos con una hipercalcemia paraneoplásica<sup>6,7</sup>. La localización del carcinoma adenoescamoso de colon es más frecuentemente distal, al igual que ocurre también con el adenocarcinoma. En la base de datos del SEER, el 58% de los casos se localizaba en el sigma-recto-ano, el 28% en el colon derecho-ciego y el 13% en el colon transverso-descendente-ángulos. Llama la atención que en esta serie sólo el 11% de los casos eran localizados (estadios A y B1). Mientras que en estos casos el pronóstico es similar al de los adenocarcinomas de igual estadio, en los carcinomas adenoescamosos localmente avanzados (estadios B2

Fig. 1. Discontinuidad en la pared vesicular y colección en hipocondrio derecho.