

desventajas de esta técnica son que se requiere una curva de aprendizaje larga y la resección requiere un tiempo considerable. Además, no es una técnica ampliamente disponible.

La resección mediante bandas se ha realizado con éxito en carcinoides del recto, el duodeno^{7,8} y en el esófago de Barrett⁹. Solo hay un estudio previo publicado en el que esta técnica se utilizó para el tratamiento de tumores carcinoides gástricos. En este estudio¹⁰, los autores demostraron que la técnica puede realizarse con seguridad y que consigue la resección en bloque de las lesiones. La mucosectomía multibanda presenta varias ventajas. Es una técnica ampliamente disponible que puede realizar fácilmente un endoscopista experto. No requiere inyección submucosa, lo que reduce la complejidad y el tiempo del procedimiento. Las piezas obtenidas son de tamaño similar a las obtenidas mediante mucosectomía con capuchón. Además, se trata de una técnica segura y con escasas complicaciones. Por todo lo mencionado, pensamos que la utilización de esta técnica puede presentar ventajas sobre otras técnicas de resección mucosa en el tratamiento endoscópico de los tumores carcinoides gástricos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Modlin IM, Lye KD, Kid M. A 5-decade analysis of 13715 carcinoid tumors. *Cancer*. 2003;97:934–59.
2. Oberndorfer S. Karzinoid Tumoren des Dünndarms. *Frankf Z Pathol*. 1907;1:426–32.

3. Gilligan CJ, Lawton GP, Tang LH, West AB, Modlin IM. Gastric carcinoid tumors: The biology and therapy of an enigmatic and controversial lesion. *Am J Gastroenterol*. 1995;90:338–52.
4. Modlin IM, Kidd M, Latich I, Zikusoka MN, Shapiro MD. Current status of gastrointestinal carcinoids. *Gastroenterology*. 2005;128:1717–51.
5. Ichikawa J, Tanabe S, Koizumi W, Kida Y, Imaizumi H, Kida M, et al. Endoscopic mucosal resection in the management of gastric carcinoid tumors. *Endoscopy*. 2003;35:203–6.
6. Onozato Y, Kakizaki S, Ishihara H, Iizuka H, Sohara N, Okamura S, et al. Endoscopic submucosal dissection for rectal tumors. *Endoscopy*. 2007;39:423–7.
7. Ono A, Fujii T, Saito Y, Matsuda T, Lee DT, Gotoda T, et al. Endoscopic submucosal resection of rectal carcinoid tumors with a ligation device. *Gastrointest Endosc*. 2003;57:583–7.
8. Okamoto Y, Fujii M, Tateiwa S, Sakai T, Ochi F, Sugano M, et al. Treatment of multiple rectal carcinoids by endoscopic mucosal resection using a device for esophageal variceal ligation. *Endoscopy*. 2004;36:469–70.
9. Soehendra N, Seewald S, Groth S, Omar S, Seitz U, Zhong Y, et al. Use of modified multiband ligator facilitates circumferential EMR in Barrett's esophagus (with video). *Gastrointest Endosc*. 2006;63:847–52.
10. Hopper AD, Bourke MJ, Hourigan LF, Tran K, Moss A, Swan MP. En-bloc resection of multiple type 1 gastric carcinoid tumors by endoscopic multi-band mucosectomy. *J Gastroenterol Hepatol*. 2009;24:1516–21.

Javier Sola-Vera*, Alicia Brotons y María Dolores Picó

Sección de Medicina Digestiva, Hospital General Universitario de Elche, Elche, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: solavera_jav@gva.es (J. Sola-Vera).

doi:10.1016/j.gastrohep.2010.01.008

Hipercalcemia paraneoplásica asociada a una tumoración epidermoide rectal en una paciente con fístula anal de larga duración

Paraneoplastic hypercalcemia associated with a rectal epidermoid tumor in a patient with a long-standing anal fistula

Sr. Director:

La hipercalcemia humoral de la malignidad es un síndrome paraneoplásico bien conocido, asociado con gran variedad de tumores. Su asociación, sin embargo, con las neoplasias colorrectales ha sido escasamente comunicada^{1–6}. Presentamos el caso de una paciente, con una fístula anal de larga duración y evolución tórpida, que se presentó con una hipercalcemia paraneoplásica. La evaluación diagnóstica puso de manifiesto una tumoración epidermoide maligna en el recto, junto a enfermedad metastásica hepática y pulmonar.

Mujer de 65 años que consultó, en el año 2002, por presentar, desde 3 meses antes, sintomatología constitucional con epigastralgia, reflujo gastroesofágico, pirosis y náuseas. Entre sus antecedentes personales destacaba la existencia de una fístula perianal, de aproximadamente 30 años de evolución, que había sido intervenida en cinco ocasiones. En una colonoscopia, realizada un año antes del ingreso se objetivó una gran fístula perianal con débito activo, micropólipos sésiles en sigma y colon descendente, y un pólipo sésil plano de configuración vellosa en la cara anterior de la ampolla rectal. En una ecografía endoanal, realizada en otro centro 6 meses antes, se constató la fístula extraesfinteriana sin poder identificar el orificio interno. En la exploración física la paciente presentaba una moderada afectación del estado general y destacaba la presencia de una gran fístula perianal con débito purulento, sin lesiones palpables en el tacto rectal. Los datos de laboratorio evidenciaron: $29,9 \times 10^9/l$ de leucocitos, con 91% de neutrófilos; hemoglobina 11 g/dl; fosfatasa alcalina 376 U/l (valor normal [VN] 98–279); AST 20 U/l (VN 6–38); ALT 17 U/l (VN 0–35); GGT 51 U/l (VN 7–38); calcio 12,6 mg/dl; fósforo 2,6 mg/dl; PTH intacta 4,73 pg/ml (VN 7–53); proteína relacionada con la PTH 8,8 pmol/l (VN <1,3). Una endoscopia digestiva alta mostró una hernia

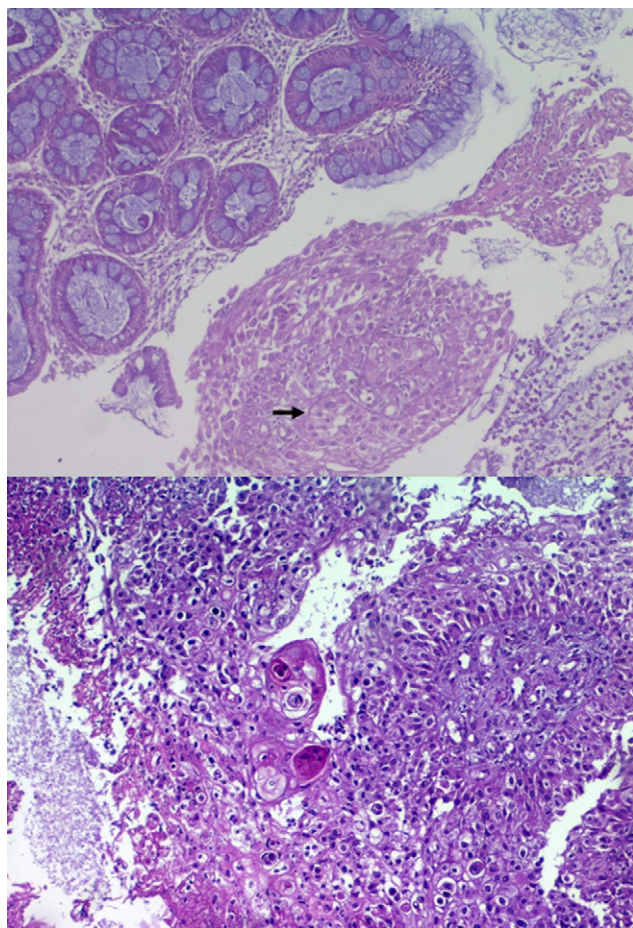


Figura 1 En la parte superior de la figura se observa, a la izquierda, mucosa rectal normal. La zona central muestra una tumoración de células escamosas. La flecha señala una formación de aspecto «pseudoglandular» que se asocia a cánceres escamosos. Aumento mayor de la biopsia en la parte inferior de la figura donde se objetivan, en su centro, perlas de queratina (hematoxilina-eosina, x200).

de hiato por deslizamiento, sin esofagitis. Se efectuó una TC toraco-abdomino-pélvica que evidenció una masa asociada a la fístula con extensión a la pared rectal, engrosamiento de la pared posterolateral izquierda del recto, lesiones ocupantes de espacio hepáticas y múltiples nódulos pulmonares bilaterales. Se realizó una nueva colonoscopia que puso de manifiesto la formación polipoidea, visualizada en la endoscopia previa, en la cara anterior del recto. Existía además una lesión sobrelevada, a 10 cm del margen anal, que se extendía por la cara posterior del recto en un área aproximada de 3×3 cm, indurada y erosionada. El estudio anátomo-patológico de la lesiones se correspondió con una adenoma vellosa, en la lesión de la cara anterior, y un carcinoma de células escamosas, en la de la cara posterior (fig. 1). La inmunohistoquímica para las citoqueratinas CK 20 y CK 7 fue negativa. Se comenzó tratamiento de la hipercalcemia con hidratación, diuréticos de asa, jarabe de fosfato y pamidronato, con normalización inicial de la calcemia, que reapareció 2 semanas después. Valorada por la Unidad de Oncología se aconsejó

tratamiento paliativo-sintomático, falleciendo un mes después del ingreso. No se autorizó estudio necrópsico.

En 1934 Rosser⁷ publicó por primera vez varios casos de cáncer desarrollados sobre fístulas anales crónicas. Para el diagnóstico de carcinoma sobre fístula anal propuso los siguientes criterios: 1) fístula de larga evolución; 2) ausencia de tumor en la superficie intraluminal del recto y ano, y 3) ausencia de tumor subyacente en el orificio intestinal.

Por su parte, en 1919 Schmidtman⁸ comunicó el primer caso de carcinoma escamoso puro colorrectal. Desde entonces se han publicado menos de 100 casos, lo que lo convierte en una entidad clínica extremadamente rara. Su incidencia se estima en 0,10–0,25 por cada 1000 neoplasias colorrectales. En 1979, Williams et al⁹ propusieron los siguientes criterios para su diagnóstico que incluían descartar: 1) un carcinoma escamoso primario que pudiera ser fuente de metástasis intestinal; 2) la extensión proximal de un carcinoma de células escamosas del ano, y 3) tracto fistuloso escamoso con afectación intestinal. Dichos criterios requieren además la conjunción de una histología consistente con un carcinoma escamoso sin diferenciación glandular. La hipercalcemia humoral de la malignidad es un síndrome paraneoplásico frecuente, pero que ha sido escasamente comunicado en pacientes con carcinoma colorrectal^{1–6}. Nuestra paciente se presentó con hipercalcemia humoral de la malignidad, asociada a un carcinoma epidermoide en la biopsia de la lesión rectal, y con el antecedente de una fístula anal de larga duración. Este caso ilustra los problemas que pueden aparecer al intentar aplicar de forma rigurosa los criterios clásicos en el diagnóstico clínico. Teóricamente no cumpliría el segundo criterio propuesto por Rosser⁷ (ausencia de tumor en la superficie intraluminal). Sin embargo, hay que tener en cuenta que dichos criterios se propusieron en una época en la que no se disponía de los estudios de imagen con los que contamos en la actualidad. Los antecedentes de la paciente, con una fístula complicada de larga duración y con una masa asociada a la fístula que infiltraba la pared rectal, sugieren como más probable un carcinoma originado en la fístula y no un carcinoma epidermoide primario de recto (que hubiese traspasado la pared e infiltrado el tejido adyacente a la fístula). Ya se tratase de un carcinoma epidermoide primario o lo más probable, teniendo en cuenta los antecedentes de la paciente, un carcinoma de células escamosas originado en la fístula, su asociación con la hipercalcemia humoral de la malignidad es muy poco frecuente. Así, tras una investigación en MEDLINE, este es el primer caso que describe esta asociación en la literatura en lengua española.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Lortholary AH, Cadeau SD, Bertrand GM, Guerin-Meyer VI, Gamelin EC, Audran MJ. Humoral hypercalcemia in patients with colorectal carcinoma: report of two cases and review of the literature. *Cancer*. 1999;86:2217–21.

2. Sakata J, Wakai T, Shirai Y, Sakata E, Hasegawa G, Hatakeyama K. Humoral hypercalcemia complicating adenocarcinoma of the sigmoid colon: report of a case. *Surg Today*. 2005;35:692–5.
3. Fujita T, Fukuda K, Nishi H, Takao T, Ohmura Y, Mano M, et al. Paraneoplastic hypercalcemia with adenosquamous carcinoma of the colon. *Int J Clin Oncol*. 2005;10:144–7.
4. Gallez J, Hendlitz A, Legendre H, Sirtaine N, Debroux S, Awada A. Colorectal epidermoid carcinoma and paraneoplastic hypercalcemia. *Acta Clin Belg*. 2007;62:433–7.
5. Thompson JT, Paschold EH, Levine EA. Paraneoplastic hypercalcemia in a patient with adenosquamous cancer of the colon. *Am Surg*. 2001;67:585–8.
6. Links M, Ho H, Clingan P, Diamond T. Hypercalcaemia in a patient with fatal adenosquamous carcinoma of the colon. *Med J Aust*. 1994;160:286–7.
7. Rosser C. The relation of fistula in ano to cancer of the anal canal. *Trans Am Proctol Soc*. 1934;35:65–71.
8. Schmidtman M. Zur Kenntnis seltener Krebsformen. *Virchows Arch*. 1919;226:100–18.

9. Williams GT, Blackshaw AJ, Morson BC. Squamous carcinoma of the colorectum and its genesis. *J Pathol*. 1979;129:139–47.

Francisco José Fernández-Fernández^{a,*},
Beatriz Buño-Ramilo^a, Juan Carlos Álvarez-Fernández^b,
María Soledad Brage-Gómez^c y Concepción Nogueira^b

^aServicio de Medicina Interna, Hospital Arquitecto Marcide, Ferrol, A Coruña, España

^bServicio de Anatomía Patológica, Hospital Arquitecto Marcide, Ferrol, A Coruña, España

^cServicio de Radiodiagnóstico, Hospital Arquitecto Marcide, Ferrol, A Coruña, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fjf-fernandez@terra.es
(F.J. Fernández-Fernández).

doi:10.1016/j.gastrohep.2010.01.009

Fístula colecistocutánea. Una rara complicación de la coleditis

Cholecystocutaneous fistula: A rare complication of gallstones

Sr. Director:

La fístula colecistocutánea es hoy una complicación poco frecuente de la coleditis, a causa del diagnóstico y del tratamiento precoz de esta enfermedad, favorecida sobre todo por la generalización del abordaje quirúrgico laparoscópico.

Mujer de 83 años, con antecedentes de hipertensión, arritmia y poliartrosis, que acude a urgencias por dolor en el hipocondrio derecho y por aparición de masa en este con crecimiento progresivo en las últimas 2 semanas, y que se acompaña de náuseas y vómitos. La analítica se presenta sin alteraciones, salvo discreta anemia y movilización de enzimas hepáticas. En la ecografía se aprecia una imagen heterogénea anecogénica subyacente a la tumoración de $3 \times 3 \times 2$ cm con ecos internos en relación con la pared abdominal extraperitoneal. Se realiza una TAC que se informa como imagen hiperdensa de $6,5 \times 3,9$ cm en tejido celular subcutáneo y componente intrabdominal extraperitoneal con pequeña colección quística de 2 cm, sin signos de coleditis crónica (fig. 1).

Tras punción de la tumoración sin gasto, se decide la realización de una biopsia bajo anestesia locorregional y se evidencia la existencia de cálculos biliares en el interior de la tumoración, consecuencia de una fístula colecistocutánea secundaria a proceso inflamatorio biliar, y la extracción de estos, 8 en total (fig. 1). Dada la edad y la situación de la paciente, se decide no realizar más gestos quirúrgicos por el momento.

Tras la evacuación de todos los cálculos de la fístula, esta se cierra por segunda intención y se decide no realizar más gestos quirúrgicos diferidos.

La fístula biliar externa espontánea o colecistocutánea se define como una rotura de la vesícula a través de todas las

paredes del abdomen, con la creación de un trayecto fistuloso a piel, no precedida de cirugía biliar ni trauma¹.

Hoy es una rara complicación de la coleditis, ya que su incidencia ha descendido debido a la resucitación, a la gran disponibilidad del tratamiento antibiótico y al temprano procedimiento quirúrgico de la cirugía biliar².

Thilesius en 1670 fue quien describió por primera vez la existencia de una fístula biliar externa. En el siglo XIX (1890) Courvoisier reportó 169 casos de una serie de 499 perforaciones de la vesícula. Desde 1900 sólo se han reportado 65 casos y sólo 15 se han comunicado en los últimos 50 años. Henry y Orr publicaron la última serie en 1949 (37 casos) y desde entonces encontraron sólo casos clínicos aislados³.

La mayoría de los casos se presentan en mujeres arias, que habitualmente no refieren episodios previos de coleditis, lo que refleja la alta incidencia de coleditis en este grupo de pacientes. Se han descrito algunos factores predisponentes,

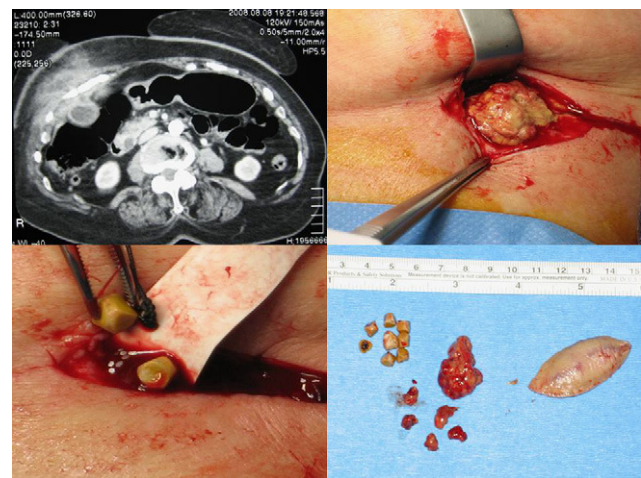


Figura 1 Mosaico de imágenes en las que se aprecia la lesión en la tomografía y distintos momentos del acto y pieza quirúrgica.