

References

1. Chong VH, Chong CF. Biliary complications secondary to post-cholecystectomy clip migration: a review of 69 cases. *J Gastrointest Surg.* 2010;14:688–96.
2. Ghavidel A. Migration of clips after laparoscopic cholecystectomy: a case report and literature review. *Middle East J Dig Dis.* 2015;7:45–9.
3. Cookson NE, Mirnezami R, Ziprin P. Acute cholangitis following intraductal migration of surgical clips 10 years after laparoscopic cholecystectomy. *Case Rep Gastrointest Med.* 2015;2015:504295, <http://dx.doi.org/10.1155/2015/504295> [Epub 2015 March 22].
4. Oh HJ, Jung HJ, Chai JI, Choi WY, Kim KM, Kim JH, et al. A case of common bile duct stone developed due to a surgical clip as a nidus: an experience of successful management by endoscopy. *Korean J Gastroenterol.* 2003;42:351–3.
5. Dolay K, Alis H, Sylu A, Altaca G, Aygun E. Migrated endoclip and stone formation after cholecystectomy: a new danger of acute pancreatitis. *World J Gastroenterol.* 2007;13:6446–8.

Artur Gião Antunes*, Bruno Peixe, Horácio Guerreiro

Gastroenterology Departament, Centro Hospitalar do Algarve, EPE, Portugal

*Corresponding author.

E-mail address: sergiogiao@hotmail.com (A.G. Antunes).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2016.08.007>
0210-5705/

© 2016 Elsevier España, S.L.U., AEEH y AEG. All rights reserved.

Leiomoma hepático primario: una rara causa de tumoración hepática



Primary hepatic leiomyoma: A rare liver mass

Mujer de 34 años con tumoración hepática, hallada durante el estudio de un dolor abdominal inespecífico. Antecedente de toma de anticonceptivos orales y exploración física, sin masa abdominal palpable. En la ecografía abdominal se visualiza una masa sólida vascularizada, sin calcificaciones, de 85 mm en el segmento IV del lóbulo hepático izquierdo. Se completa el estudio con una resonancia magnética nuclear (RMN), visualizando dicha lesión de contornos bien definidos, encapsulada, con señal homogénea en T1 e hipointensa en T2 y T2-STIR, destacando algún pequeño foco de mayor intensidad en su interior en T2 (fig. 1). Tras la inyección del contraste existe un llenado en las fases iniciales y tardías de la tumoración, siendo este comportamiento sugestivo de adenoma hepático. La analítica sanguínea, incluyendo perfil hepático y marcadores tumorales (AFP, CEA y CA 19.9), es normal. Debido a la sospecha diagnóstica de adenoma hepático, y el gran tamaño de la tumoración, se decide intervenir quirúrgicamente, sin realizar biopsia previa dado el riesgo de hemorragia. Realizamos una incisión subcostal derecha ampliada, encontrando una tumoración de 10 cm de diámetro en el segmento IVb hepático, con un 70% de su superficie libre. Se realiza resección de la tumoración y colecistectomía. El estudio anatomopatológico confirma el diagnóstico de neoplasia de músculo liso, con índice mitótico inferior a una mitosis/10 campos. El análisis inmunohistoquímico confirma una positividad para el Ki-67 inferior al 1% y una positividad nuclear para receptores de estrógeno y progesterona (fig. 2). Tras el resultado histológico, se realizan una ecografía pélvica y una tomografía axial computarizada (TAC) abdominal, para descartar la presencia de miomas uterinos y de tumor estromal gastrointestinal (GIST), respectivamente.

El leiomoma es una neoplasia benigna de músculo liso de origen mesenquimal, con potencial maligno, que habitualmente se produce en el sistema genitourinario y en el tracto gastrointestinal^{1,2}. Sin embargo, pueden originarse

de la *muscularis mucosae* del tracto gastrointestinal o de la túnica media de los vasos sanguíneos, por lo que pueden producirse en cualquier órgano o tejido del cuerpo humano³. Los leiomomas hepáticos primarios (LHP) son tumores raros, con predilección por el sexo femenino, que se han descrito tanto en población pediátrica como adulta¹. Hay descritos únicamente 36 casos en la literatura científica. La etiología no está clara, aunque se ha descrito la inmunosupresión como factor causal, siendo una posible explicación la susceptibilidad de estos pacientes a nuevas neoplasias por la alteración del sistema inmune del huésped con el posterior desarrollo de tumores². Sin embargo, la inmunosupresión sola no explica la patogénesis de estos tumores ya que también se presenta en pacientes inmunocompetentes, por lo que se considera que puede estar relacionada con el aumento de la infección por el virus de Epstein-Barr (VEB) según la teoría de la oncogénesis inducida por virus, ya que se ha descrito que el VEB puede estar implicado en la patogénesis de los tumores de músculo liso².

La presentación clínica de los LHP es similar a la presentación de otras neoplasias hepáticas. El síntoma más frecuente es el dolor abdominal, y menos frecuentemente



Figura 1 Imagen de RMN axial potenciada en T2. Lesión hipointensa, con áreas de hiperintensidad, bien delimitada en segmento IV, que comprime la vesícula biliar.

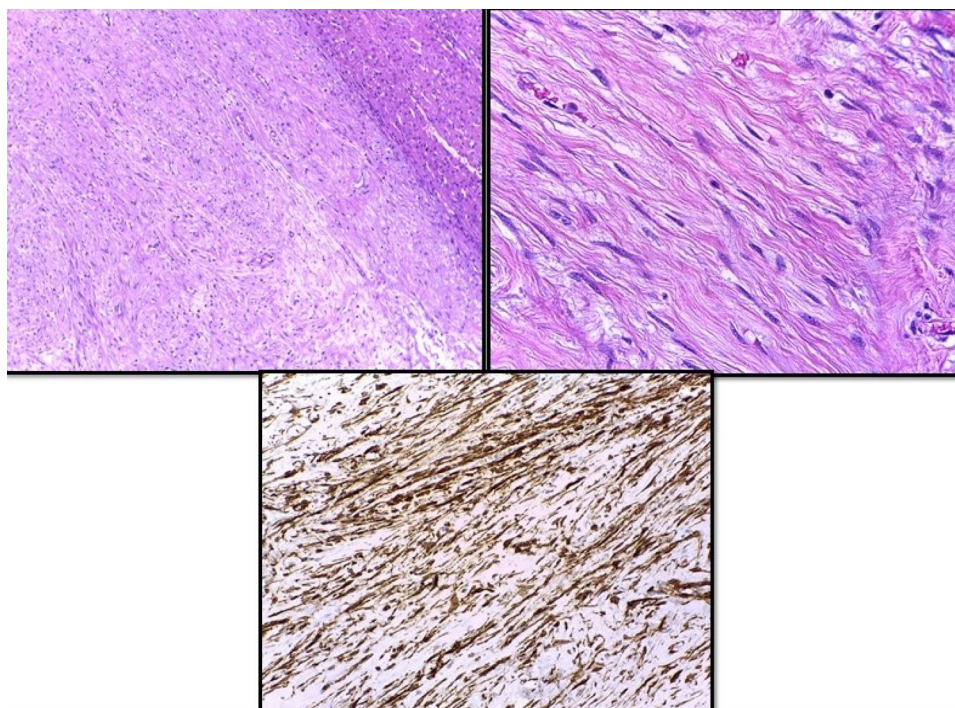


Figura 2 Descripción de izquierda a derecha y de superior a inferior: leiomioma en relación con el parénquima hepático (borde superior derecho). Células del leiomioma. Expresión inmunohistoquímica de actina de las células de la proliferación (inmunohistoquímica con anticuerpo monoclonal anti-actina $\times 20$).

pueden manifestarse como masa abdominal palpable, malestar abdominal, dispepsia y disfunción hepática.

El estudio diagnóstico de una tumoración hepática debe incluir análisis sanguíneos y pruebas de imagen, y en caso de no establecer un diagnóstico preciso se puede realizar una biopsia hepática que confirme el diagnóstico. En los LHP los marcadores tumorales son generalmente negativos. Las pruebas de imagen no son siempre diagnósticas ya que no existen hallazgos radiológicos típicos, pero se pueden ver en la TAC como lesiones hipervasculares con realce en fases arterial y portal, sin evidencia de lavado en fases tardías y en la RMN como lesiones hipointensas en T1 con lesiones hiperintensas con captación de contraste no homogéneo en T2. Dada la rareza de los LHP no suele establecerse el diagnóstico, por lo que puede realizarse una biopsia hepática con el fin de confirmar el diagnóstico. Sin embargo, en nuestro caso, ante la sospecha de adenoma hepático y el gran tamaño de la tumoración decidimos resecar la tumoración para establecer el diagnóstico y tratamiento, y evitar de este modo el riesgo de hemorragia.

Para considerar el leiomioma hepático como un tumor primario, Hawkins et al.⁴ propusieron los siguientes criterios diagnósticos: el tumor debe estar compuesto por leiomiocitos y no debe haber evidencia de leiomioma en otras localizaciones intraabdominales, como el útero o el tracto gastrointestinal. Para ello, se debe realizar un estudio preoperatorio completo. Sin embargo, debido a la rareza de estas lesiones, en la mayoría de las ocasiones el diagnóstico de LHP se establece tras el estudio anatomopatológico, por lo que las pruebas de imagen se deben realizar postoperatoriamente para descartar leiomiomas en otras localizaciones, como ocurrió en nuestro caso.

No existen criterios histológicos definitivos para diferenciar entre tumores de músculo liso benignos y malignos del tracto gastrointestinal. Únicamente la enfermedad metastásica documentada es diagnóstico de malignidad⁴ y se considera que el potencial maligno de los leiomiomas benignos aumenta con el tamaño.

La resección hepática comprobando la presencia de márgenes negativos es el tratamiento de elección, y se ha convertido en una técnica relativamente estandarizada y segura. Se ha descrito una mortalidad operatoria inferior al 5%². El abordaje clásico es la laparotomía, pero puede realizarse de forma segura por vía laparoscópica como describieron Perini et al.⁵, por primera vez. El abordaje laparoscópico permite mantener unos márgenes oncológicos seguros, evitando las complicaciones que puede conllevar la laparotomía como el dolor, infección o las hernias incisionales, complicaciones especialmente importantes en los pacientes inmunodeprimidos⁵. El pronóstico de estos pacientes depende de la presencia de metástasis y su asociación con inmunodeficiencia, sin embargo, parece ser excelente.

Bibliografía

1. Omiyale AO. Primary leiomyoma of the liver: A review of a rare tumour. *HPB Surg.* 2014;2014:959202.
2. Vyas S, Psica A, Watkins J, Yu D, Davidson B. Primary hepatic leiomyoma: Unusual cause of an intrahepatic mass. *Ann Transl Med.* 2015;3:73.
3. Belli G, Ciciliano F, Iannelli A, Marano I. Hepatic resection for primary giant leiomyoma of the liver. *HPB.* 2001;1:11-2.

4. Hawkins EP, Jordan GL, McGavran MH. Primary leiomyoma of the liver. Successful treatment by lobectomy and presentation of criteria for diagnosis. *Am J Surg Pathol.* 1980;4: 301–4.
5. Perini MV, Fink MA, Yeo DA, Carvalho CA, Morais CF, McLaren Jones R, et al. Primary liver leiomyoma: A review of this unusual tumour. *ANZ J Surg.* 2013;83:230–3.

Juan Luis Blas Laina^a, Yurema González Ruiz^{b,*},
Elena Gonzalvo González^a, María Pilar Sanz Moncasi^c
y Agustín Rodríguez Borobia^d

^a Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo,
Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España

^b Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario
Miguel Servet, Zaragoza, España

^c Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Royo Villanova,
Zaragoza, España

^d Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Royo Villanova,
Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: yuremagr@gmail.com

(Y. González Ruiz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2016.08.006>

0210-5705/

© 2016 Elsevier España, S.L.U., AEEH y AEG. Todos los derechos reservados.

Tuberculosis, un diagnóstico más a tener en cuenta ante una masa pancreática



Tuberculosis, one more consideration in the differential diagnosis of a pancreatic mass

La tuberculosis (TB) pancreática es una entidad infrecuente, especialmente en pacientes inmunocompetentes. Su presentación como una masa pancreática plantea un reto diagnóstico, ya que puede ser falsamente etiquetado como una neoplasia de páncreas¹.

Presentamos el caso de un varón de 70 años que acudió a nuestro hospital por dolor en hemiabdomen izquierdo, fiebre, anorexia y astenia de 7 días de evolución, con deterioro del estado general. Como antecedentes personales destacaban una miocardiopatía dilatada y fibrilación auricular en tratamiento anticoagulante con dicumarínicos. No refería hábitos tóxicos.

En la exploración física el paciente estaba sudoroso, con TA de 95/65 mmHg y una temperatura de 37,5 °C. A nivel abdominal, presentaba dolor a la palpación localizado en epigastrio e hipocondrio izquierdo, sin signos de irritación peritoneal. Las radiografías de tórax y abdomen no mostraban alteraciones relevantes. Los análisis de sangre revelaron una alteración de la bioquímica hepática (AST 114 UI/L, ALT 94 UI/L, FA 371 UI/L y GGT 877 UI/L). Los cultivos de sangre y orina fueron negativos. Con una tomografía computarizada (TC) se demostró una masa en cabeza de páncreas de 5 × 5 cm de diámetro, quística, con tabiques en su interior y adenopatías a nivel de hilio hepático, tronco celíaco y retroperitoneales (fig. 1). Los valores de amilasa, lipasa y CA 19-9 sérico eran normales. Se realizó una punción-aspiración con aguja fina (PAAF) vía percutánea, con control ecográfico. Se extrajo material con aspecto purulento que fue informado como negativo para células malignas, y compatible con proceso inflamatorio con leucocitos polimorfonucleares y detritus celulares. No hubo crecimiento de bacterias ni hongos.

A pesar del tratamiento con imipenem y antitéticos, la evolución clínica era tórpida, con persistencia de fiebre, por lo que se decidió realizar una ecoendoscopia para

drenaje. Se identificó la colección hipoeoica y heterogénea de 5 × 4 mm, adyacente a la pared de bulbo duodenal (fig. 2) y una adenopatía redondeada de 8 mm a nivel del hilio hepático. Se puncionó la colección desde el duodeno, dejándose una prótesis metálica y un drenaje nasopancreático en su interior.



Figura 1 TAC abdominal: lesión quística con tabiques en su interior de 5 × 5 cm en cabeza de páncreas.

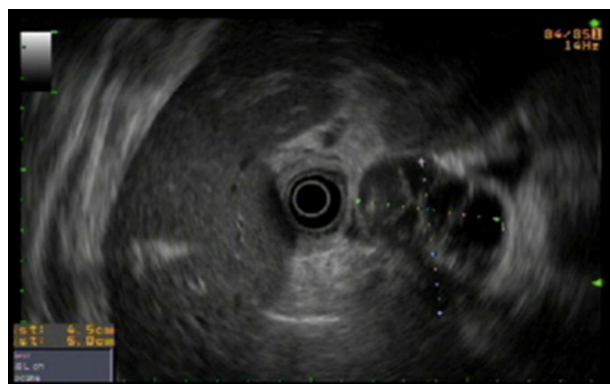


Figura 2 Ultrasonografía endoscópica: lesión quística pancreática hipoeoica y heterogénea de 5 × 4 cm.