

La ecocardiografía permite detectar las masas auriculares izquierdas de manera no invasiva. De un total de 46 lesiones auriculares izquierdas estudiadas por ecocardiografía transesofágica, 9 eran tumores y 37 eran trombos que se encontraban en la aurícula u orejuela izquierdas<sup>6</sup>. De un total de 74 pacientes con mixoma cardíaco, el 89% de los casos con mixoma auricular que tuvieron focalidad neurológica mostraron un componente móvil en el ecocardiograma transesofágico. Los autores de este trabajo concluyen que es la movilidad y no el tamaño del mixoma, lo que parece relacionado con su potencial embolígeno<sup>7</sup>. En otro estudio sobre el potencial embolígeno de los tumores cardíacos, una menor carga tumoral y la existencia de masa auricular izquierda fueron 2 de los 3 principales factores de riesgo para la producción de embolias<sup>8</sup>.

Aunque el presente caso es excepcional, permite demostrar que los sarcomas pueden metastatizar el endocardio de la aurícula izquierda. La intervención, que podría haber sido curativa de haberse tratado de un trombo o de un mixoma, trataba de prevenir la aparición de un embolismo arterial y en este caso permitió también confirmar patológicamente la primera metástasis clínica de este rhabdomyosarcoma uterino pleomórfico tan infrecuente. Pese a la evolución de este caso concreto, creemos que toda masa pequeña y móvil que se localice en la aurícula izquierda debe ser extirpada quirúrgicamente para prevenir el embolismo arterial.

## Bibliografía

1. Borka K, Patai K, Rendek A, Sobel G, Paulin F. Pleomorphic rhabdomyosarcoma of the uterus in a postmenopausal patient. *Pathol Oncol Res*. 2006;12:102-4.

2. Fadare O, Bonvicino A, Martel M, Renshaw IL, Azodi M, Parkash V. Pleomorphic rhabdomyosarcoma of the uterine corpus: a clinicopathologic study of 4 cases and a review of the literature. *Int J Gynecol Pathol*. 2010;29:122-34.
3. Butany J, Leong SW, Carmichael K, Komeda M. A 30-year analysis of cardiac neoplasms at autopsy. *Can J Cardiol*. 2005;21:675-80.
4. Bussani R, de-Giorgio F, Abbate A, Silvestri F. Cardiac metastases. *J Clin Pathol*. 2007;60:27-34.
5. Kumar S, Chaudhry MA, Khan I, Duthie DJ, Lindsay S, Kaul P. Metastatic left atrial synovial sarcoma mimicking a myxoma. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2004;128:756-8.
6. Reeder GS, Khandheria BK, Seward JB, Tajik AJ. Transesophageal echocardiography and cardiac masses. *Mayo Clin Proc*. 1991;66:1101-9.
7. Lee VH, Connolly HM, Brown Jr RD. Central nervous system manifestations of cardiac myxoma. *Arch Neurol*. 2007;64:1115-20.
8. Elbardissi AW, Dearani JA, Daly RC, Mullany CJ, Orszulak TA, Puga FJ, et al. Embolic potential of cardiac tumors and outcome after resection: a case-control study. *Stroke*. 2009;40:156-62.

Basilio J. Anía<sup>a,b,\*</sup>, Juan-José Feijóo<sup>a</sup>, Agustín Rey<sup>a</sup> y José-Ramón Ortega<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España

<sup>b</sup> Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [banilaf@gmail.com](mailto:banilaf@gmail.com) (B.J. Anía).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2012.09.006>

## Esofaguetomía transhiatal laparoscópica en un octogenario con fracción de eyección deprimida posneoadyuvancia con trastuzumab

### Laparoscopic transhiatal esophagectomy in an octogenarian with low ejection fraction due to neoadjuvant trastuzumab therapy

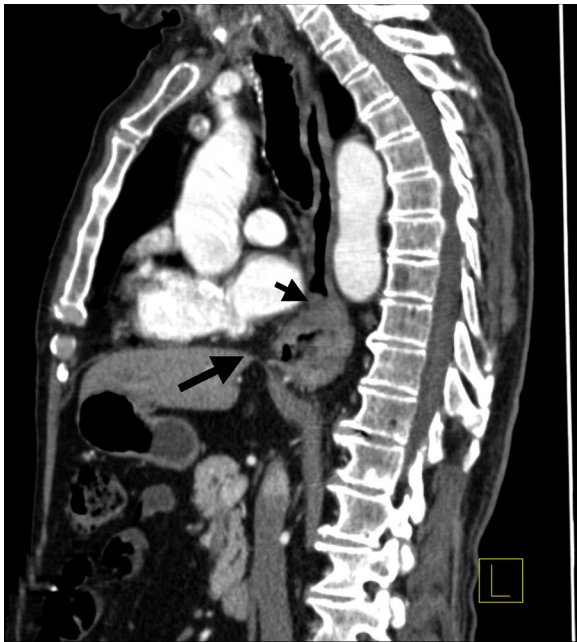
El abordaje terapéutico del cáncer de esófago es multidisciplinario. En los pacientes con edad superior a 75-80 años se aconseja una valoración individual en los centros experimentados, para poder decidir el procedimiento más adecuado<sup>1-4</sup>. Actualmente, los cirujanos trabajan cada vez más en equipo con los geriatras de los hospitales debido al aumento significativo en la edad de los pacientes que son operados. La esofaguetomía es una técnica quirúrgica de riesgo, y los resultados en pacientes con edad superior a los 80 años son claramente inferiores a los de sujetos más jóvenes<sup>5</sup>. Se han diseñado modelos de valoración de riesgo preoperatorio para los pacientes con cáncer de esófago y las variables con más significación son: la edad, las comorbilidades, la neoadyuvancia y el poco volumen hospitalario de esta afección<sup>6</sup> aunque algunos autores sostienen que la experiencia del cirujano es más importante que el número total de esofaguetomías realizadas<sup>7</sup>.

La cirugía mínimamente invasiva esofagagástrica ha tenido un desarrollo extraordinario en las últimas décadas. Los criterios de exclusión de pacientes para realizar la cirugía laparoscópica se están renovando constantemente a medida que se comprueban sus beneficios<sup>8</sup>. El tratamiento quirúrgico del cáncer de esófago distal sigue siendo controvertido. La toracotomía ofrece la posibilidad de realizar una linfadenectomía más completa. Sin embargo, el índice de complicaciones respiratorias y la repercusión de las dehiscencias son significativamente mayores que en la esofaguetomía transhiatal<sup>9</sup>, y por ello hay autores que indican esta última técnica en pacientes de edad avanzada<sup>2</sup>.

Presentamos el caso de un varón de 86 años en el que destacaba hipertensión arterial y un ictus con secuelas leves hacía 15 años, que fue diagnosticado de adenocarcinoma HER 2 positivo en esófago distal. En el TC toracoabdominal no se observaron metástasis, infiltración de órganos adyacentes o adenopatías patológicas. El paciente tenía una voluminosa hernia de hiato (fig. 1). En la primera ecoendoscopia no se pudo franquear la estenosis esofágica maligna. El ecocardiograma inicial mostró una fracción de eyección ventricular (FEV) del 61%.

El paciente se incluyó en un protocolo de estudio con trastuzumab, oxiplatino y xeloda. Tras administrar 3 ciclos con buena tolerancia, se repitió el ecocardiograma observando una FEV del 38% en relación con la cardiotoxicidad por trastuzumab<sup>10</sup>. La ecoendoscopia posterior mostró una respuesta clara a la neoadyuvancia y la tumoración fue catalogada como T2N0. El paciente fue reevaluado por los cardiólogos el día previo a la intervención y no contraindicaron la misma. La analítica preoperatoria fue normal y el paciente tenía unos buenos parámetros nutricionales con unas proteínas totales en sangre de 7 g/dl. Se realizó una esofaguetomía transhiatal laparoscópica sin incidencias intraoperatorias. En el sexto día postoperatorio, el paciente requirió ingreso de nuevo en la Unidad de Cuidados Intensivos por insuficiencia respiratoria. También se objetivó una fuga de bajo débito a nivel cervical que desapareció a los 6 días. El paciente fue dado de alta en el 26 día postoperatorio con buen estado general y tolerando alimentación oral. El resultado del estudio de la pieza de esofaguetomía puso de manifiesto un carcinoma adenoescamoso pobremente diferenciado T2N0.

Este caso ilustra la importancia de un equipo multidisciplinar a la hora de tratar a un paciente de edad avanzada con cáncer esofagagástrico. El sujeto, un varón octogenario que vivía con su esposa, era independiente para realizar las tareas diarias. Después de completar todos los estudios, se planteó a él y a su familia la posibilidad de un tratamiento con intención curativa (cirugía y



**Figura 1.** TC toracoabdominal donde se puede apreciar una tumoración estenosante en esófago distal (flecha pequeña) con estómago herniado en el mediastino (flecha grande).

quimioterapia) frente a un tratamiento paliativo con prótesis esofágica recubierta. El buen estado del individuo unido a la posibilidad de realizar una cirugía curativa mínimamente invasiva nos animó a ofrecer en este caso el tratamiento quirúrgico. El paciente tomó la decisión de ser operado y se le envió a oncología para su valoración. Respecto a los resultados de la operación, se desestimó realizar una esofagectomía transtorácica debido a la edad del sujeto, pero a pesar de ello, el paciente tuvo problemas para movilizar las secreciones bronquiales y terminó desarrollando una complicación respiratoria. La dehiscencia de la anastomosis cervical se resolvió muy rápido, y a nivel mediastínico hubiera supuesto probablemente la muerte del paciente. A pesar de la cardiotoxicidad temporal inducida por el trastuzumab, el paciente no tuvo ninguna complicación cardiovascular. A los 2 meses de la intervención el sujeto ha recobrado su vida normal y no ha precisado tratamiento adyuvante.

En conclusión, los grandes avances en anestesia, en cirugía laparoscópica y en oncología permiten ofrecer tratamientos más completos con buenos resultados a pacientes octogenarios bien seleccionados con cáncer de esófago.

## Bibliografía

1. Tougeron D, Hamidou H, Scotté M, di Flore F, Antonietti M, Paillot B, et al. Esophageal cancer in the elderly: an analysis of the factors associated with treatment decisions and outcomes. *BMC Cancer*. 2010;10:510.
2. Zehetner J, Lipham JC, Ayazi S, Banki F, Oezcelik A, deMeester SR, et al. Esophagectomy for cancer in octogenarians. *Dis Esophagus*. 2010;23:666-9.
3. Adam DJ, Craig SR, Sang CT, Cameron EW, Walker WS. Esophagectomy for carcinoma in the octogenarian. *Ann Thorac Surg*. 1995;61:190-4.
4. Ruol A, Portale G, Castoro C, Merigliano S, Cagol M, Cavallin F, et al. Effects of neoadjuvant therapy on preoperative morbidity in elderly undergoing esophagectomy for esophageal cancer. *Ann Surg Oncol*. 2007;14:3243-50.
5. Moskovitz AH, Rizk NP, Venkatraman E, Bains MS, Flores RM, Park BJH, et al. Mortality increases for octogenarians undergoing esophagogastrectomy for esophageal cancer. *Ann Thorac Surg*. 2006;82:2031-6.
6. Steyeberg EW, Neville BA, Koppert LB, Lemmens VE, Tilanus HW, Coebergh JW, et al. Surgical mortality in patients with esophageal cancer: development and validation of a simple risk score. *J Clin Oncol*. 2006;24:4277-84.
7. Santin BJ, Price PP. Laparoscopic transhiatal esophagectomy at a low-volume center. *JSLs*. 2011;15:41-6.
8. Jones PE, Sayson SC, Koehler DC. Laparoscopic cholecystectomy in a cardiac transplant candidate with an ejection fraction of less than 15%. *JSLs*. 1998;2:89-92.
9. Hulscher JB, van Sandick JW, de Boer AG, Wijnhoven BP, Tijssen JG, Fockens P, et al. Extended transthoracic resection compared with limited transhiatal resection for adenocarcinoma of the esophagus. *N Engl J Med*. 2002;347:1662-9.
10. Piotrowski G, Gawor R, Stasiak A, Gawor Z, Potemski P, Banach M. Cardiac complications associated with trastuzumab in the setting of adjuvant chemotherapy for breast cancer overexpressing human epidermal growth factor receptor type2-a prospective study. *Arch Med Sci*. 2012;8:227-35.

Jorge de Tomás\*, José María Monturiol, Marta Cuadrado y Fernando Turégano

Servicio de Cirugía General II, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jdetomaspal@hotmail.com](mailto:jdetomaspal@hotmail.com) (J. de Tomás).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2012.09.009>

## Sepsis, anemia, incontinencia anal y úlcera presacra, por fístula recto-vaginal desapercibida, en nonagenaria

### Sepsis, anaemia, anal incontinence, and presacral ulcer due to an unnoticed rectal-vaginal fistula in a nonagenarian

Las fístulas rectovaginales (FRV) provocan una situación penosa para la mujer que la padece, con afectación de su calidad de vida y riesgo de complicaciones, como aconteció en el caso que presentamos.

Una mujer de 91 años, con antecedentes de DM-2 e HTA, intervenida por cáncer de útero en 1974, y tratada posteriormente con bomba de cobalto, ingresa en el Servicio de Geriátrica por melenas y fiebre de 38 °C. Se trata de una paciente independiente para casi todas las ABVD que realiza, sin deterioro cognitivo asociado.

Destaca la existencia desde hace 15 años de incontinencia anal y una úlcera sacra de 8 meses de evolución, sometida exclusivamente a cuidados locales.

La exploración confirma una importante afectación del estado general; úlcera sacra grado III e inflamación de toda la zona perineal y vulvar, con heces líquidas en vagina y periné. Al tacto rectal se objetiva un canal anal fibrosado, rígido, sin capacidad de contracción y una comunicación recto-vaginal que da lugar a una verdadera cloaca.

La analítica mostraba 16.000 leucocitos con un 96% de neutrófilos; PCR de 17; Hb: 9,8 g/dl. Marcadores tumorales, normales.

Hemocultivos y urocultivo positivos para *Enterococcus faecium*. En la TC abdominal se objetiva un proceso pélvico inflamatorio/tumoral, que englobaba recto, vagina y cuello vesical (fig. 1). Colonoscopia: recto estenosado, rígido e inflamado; gran comunicación con vagina en cara anterior.

Las biopsias a nivel rectal son compatibles con rectitis postrácnica.

Se decide tratamiento quirúrgico, donde se objetiva un plastrón inflamatorio en pelvis, que engloba recto, vagina y asa de íleon terminal.