

administración diaria de dosis bajas⁴. La agregación plaquetaria se inhibe y alcanza una concentración máxima estable después de 4-7 días, y por ello son necesarios 7 días, después de la última dosis, para que la función plaquetaria se restablezca. Recientemente, Payne et al⁵ investigaron el efecto del uso combinado del clopidogrel y la aspirina en el tiempo de sangría en voluntarios sanos, observaron que, tras 2 días de tratamiento con clopidogrel 75 mg/día y AAS 150 mg/día, el tiempo de sangría era 3,4 veces mayor que el basal.

La cirugía no demorable imposibilita actuar de manera acorde con lo establecido en las guías sobre uso de fármacos antiagregantes plaquetarios, ya que no es posible su demora un mínimo de 6 semanas para minimizar los riesgos, ni es posible la sustitución de los antiagregantes "mayores" (aspirina y tienopiridinas) por antiinflamatorios no esteroideos de vida media corta y con efectos antiagregantes reversibles.

En la actualidad, es frecuente que tanto cirujanos como anestesiólogos se encuentren con pacientes tratados con este tipo de fármacos, tanto en cirugía electiva como de urgencia, lo que plantea frecuentes controversias entre ambas especialidades en lo que se refiere al momento de realizar la intervención. En nuestro caso, dado que nos encontrábamos ante una hemorragia grave, favorecida en gran medida por la toma de 2 antiagregantes, el tratamiento incluyó la transfusión de plaquetas, a pesar

de aumentar así el riesgo de trombosis coronaria y reinfarcto, como posiblemente sucedió en nuestro enfermo.

En ausencia de guías que orienten ante este tipo de situaciones, los riesgos y beneficios de nuestras actuaciones deberán valorarse ad hoc para cada paciente, considerando dos aspectos fundamentales: la posibilidad de complicaciones cardiológicas y la técnica quirúrgica, incluyendo aspectos como duración, agresividad y sangrado.

Bibliografía

1. Pastor LF, Antigao R, Honorato JM, Junquera C, Navarro E, Ortigosa FJ, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en la valoración del riesgo quirúrgico del paciente cardíaco sometido a cirugía no cardíaca. *Rev Esp Cardiol*. 2001;54:186-93.
2. Eagle KA, Berger PB, Calkins H, Chaitman BR, Ewy GA, Fleischmann KE, et al. ACC/AHA guideline update for perioperative cardiovascular evaluation for noncardiac surgery: executive summary a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice guidelines. *Circulation*. 2002;105:1257-67.
3. Auerbach A, Goldman L. Assessing and reducing the cardiac risk of noncardiac surgery. *Circulation*. 2006;113:1361-76.
4. Patrono C, Bachmann F, Baigent C, Bode C, De Caterina R, Charbonnier B, et al. Documento de consenso de expertos sobre el uso de agentes antiplaquetarios. *Rev Esp Cardiol*. 2004;57:963-80.
5. Payne DA, Hayes PD, Jones CI, Belham P, Naylor AR, Goddall AH. Combined therapy with clopidogrel and aspirin significantly increases the bleeding time through a synergistic antiplatelet action. *J Vasc Surg*. 2002;35:1204-9.



Ganglioneuroma mediastínico, un hallazgo fortuito en metastasectomía pulmonar y hepática de tumor de células germinales

Jose Ramón Cano García, Francisco Javier Algar Algar, Paula Moreno Casado y Ángel Salvatierra Velázquez
Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Los tumores de células germinales (TCG) son neoplasias poco comunes que suelen afectar a pacientes jóvenes. Su pronóstico ha mejorado mucho en los últimos 20 años, ya que son tumores sensibles a la quimioterapia, sobre todo a ciclos basados en cisplatino. El tratamiento

de elección de las metástasis de los TCG es la cirugía y la quimioterapia¹⁻⁴.

Presentamos el caso de un varón de 18 años con antecedente de orquiectomía unilateral por TCG mixto. En la tomografía computarizada de seguimiento, se observó una masa pulmonar apical derecha y hepática sincrónica (figs.1 y 2). Ante la sospecha de lesión metastásica, se trató con un nuevo ciclo de poliquimioterapia (cisplatino y etopósido), con remisión parcial de la lesión hepática, pero sin respuesta de la pulmonar. La cirugía evidenció que la masa torácica no era pulmonar, sino que dependía del nervio simpático (T1-T4). La biopsia intraoperatoria fue compatible con ganglioneuroma. Se resecó una le-

Correspondencia: Dr. J.R. Cano García.
Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Reina Sofía.
Avda. Menéndez Pidal, s/n. 14004 Córdoba. España.
Correo electrónico: josejavich@hotmail.com

Manuscrito recibido el 15-2-2007 y aceptado el 23-4-2007.



Fig. 1. Imagen de la tomografía computarizada donde se observa la supuesta metástasis pulmonar, aunque posteriormente se confirmó que se trataba de un ganglioneuroma.



Fig. 2. Imagen de la tomografía computarizada donde se observa metástasis hepática en el segmento VI tras ciclo de quimioterapia, previamente a la cirugía.

sión milimétrica en pulmón y se realizó una segmentectomía hepática del segmento VI. El patólogo confirmó el diagnóstico de ganglioneuroma y se diagnosticó el nódulo pulmonar como metástasis de TCG mixto de tipo teratoma inmaduro puro. El segmento VI hepático presentaba metástasis de TCG mixto, en su mayoría (90%) correspondiente a teratoma inmaduro. Focalmente (10%), mostraba morfología de tumor de seno endodérmico, así como necrosis tumoral. Posteriormente, no fue tratado con quimioterapia ni radioterapia adyuvante. Actualmente, el paciente se encuentra libre de enfermedad.

El hallazgo fortuito de un tumor neurogénico en la toracotomía explicó la pobre respuesta a la quimioterapia que tuvo la masa torácica. Lo característico de los TCG es la diversa diferenciación histológica que pueden presentar, lo habitual es que las lesiones metastásicas sean homogéneas, es decir de la misma estirpe histológica^{2,5}. Sin embargo, el presente caso tenía la particularidad de que la histología fue distinta en la metástasis pulmonar y en la hepática. El interés de este caso radica en el hallaz-

go casual de un segundo tumor primario mediastínico (ganglioneuroma) y la distinta diferenciación tumoral, dependiendo de la localización metastásica. Ambas circunstancias no han sido comunicadas previamente.

Bibliografía

1. Kesler KA, Wilson JL, Cosgrove JA, et al. Surgical salvage therapy for malignant intrathoracic metastases from nonseminomatous germ cell cancer of testicular origin: analysis of a single-institution experience. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2005;130:408-15.
2. Cagini L, Nicholson AG, Horwich A, et al. Thoracic metastasectomy for germ cell tumours: long term survival and prognostic factors. *Ann Oncol.* 1998;9:1185-91.
3. Hartmann JT, Rick O, Oechsle K, et al. Role of postchemotherapy surgery in the management of patients with liver metastases from germ cell tumors. *Ann Surg.* 2005;242:260-6.
4. Hahn TL, Jacobson L, Einhorn LH, et al. Hepatic resection of metastatic testicular carcinoma: a further update. *Ann Surg Oncol.* 1999;6:625-6.
5. Kesler KA. Surgical techniques for testicular nonseminomatous germ cell tumors metastatic to the mediastinum. *Chest Surg Clin N Am.* 2002;12:749-68.



Carcinoma *oat-cell* del tracto gastrointestinal

Esther Bravo, Begoña Estraviz, Aitor Landaluce y Sebastián Sarabia

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital de Galdakao-Usansolo. Galdakao. Vizcaya. España.

Se han descrito en la literatura 544 casos de carcinoma *oat-cell* gastrointestinal; su localización más frecuente es el esófago, seguido del territorio colorrectal. Representa del 0,1 al 1% de las neoplasias digestivas y afecta fundamentalmente a varones de mediana edad. Suele te-

ner un pronóstico infausto, con una supervivencia media de 5-12 meses¹⁻⁵.

Presentamos el caso de una mujer de 69 años, que refiere epigastralgia y síndrome general de varios meses de evolución. La biopsia gástrica informa de neoplasia