

El postoperatorio del paciente fue satisfactorio, si bien requirió de politransfusión de concentrados de hemátias para la recuperación de su anemia posthemorrágica. Fue dado de alta hospitalaria en situación clínica estable a los 4 días de la intervención.

El caso descrito por Töpel et al fue tratado mediante embolización arterial percutánea con colocación de coils intraarteriales y una prótesis aórtica.

Debido a que nuestro paciente venía en una situación hemodinámica muy precaria, se decidió su intervención urgente, dado que no había la posibilidad de espera para montar el instrumental necesario al que hace alusión Töpel.

Si bien el tratamiento que defienden diversos autores es la embolización arterial con coils^{1,2,7,8}, ésta no siempre es efectiva³, por lo que hay que recurrir a la práctica de una toracotomía. Por otro lado, la realización de la toracotomía nos permitió la evacuación de los coágulos intrapleurales, evitando así la posible infección del espacio pleural.

Con este caso, queremos aportar nuestra experiencia en una enfermedad muy poco frecuente, así como cuál fue nuestro proceder ante la situación que se planteó.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chang WC, Hsu H, Chang H, Chen CY. Spontaneous hemothorax caused by a ruptured intercostal artery aneurysm in von Recklinghausen's neurofibromatosis. *J Formos Med Assoc.* 2005;104:286-9.
2. Domínguez J, Sancho C, Escalante E, Morera JR, Moya JA. Percutaneous treatment of a ruptured intercostal aneurysm

presenting as massive hemothorax in a patient with type I neurofibromatosis. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2002;124:1230-2.

3. Aoki T, Okada A, Tsuchida M, Hayashi J. Ruptured intercostal artery pseudoaneurysm after blunt thoracic trauma. *Thorac Cardiovasc Surg.* 2003;51:346-7.
4. Callaway MP, Wilde P, Angelini G. Treatment of a false aneurysm of an intercostal artery using a covered intracoronary stent-graft and a radial artery puncture. *Br J Radiol.* 2000;73:1317-9.
5. Bluebond-Langner R, Pinto PA, Kim FJ, Hsu T, Jarrett TW. Recurrent bleeding from intercostal arterial pseudoaneurysm after retroperitoneal laparoscopic radical nephrectomy. *Urology.* 2002;60:1111.
6. Myerson SG, Pennell DJ. Intercostal artery aneurysm post coarctation repair diagnosed by magnetic resonance angiography. *J Cardiovasc Magn Reson.* 2000;2:137-8.
7. Casas JD, Perendreu J, Gallart, et al. Intercostal artery pseudoaneurysm after percutaneous biliary procedure: diagnosis with CT and treatment with transarterial embolization. *Comput Assist Tomogr.* 1997;21:729-30.
8. Töpel I, Steinbauer M, Paetzl C, Kasprzak PM. Endovascular therapy of a ruptured intercostal artery aneurysm. *J Endovasc Ther.* 2004;11:219-21.

Íñigo Royo Crespo^{a,*}, Raúl Embún Flor^a, Elena Ramírez Gil^a, Patricia Menal Muñoz^a y Ramiro Álvarez Alegret^b

^aServicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario Miguel Servet y Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

^bServicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ircres@hotmail.com (I. Royo Crespo).

doi:10.1016/j.ciresp.2008.09.021

Eyaculación dolorosa: una complicación infrecuente de la hernioplastia inguinal

Painful ejaculation: a rare complication in inguinal hernioplasty

El dolor crónico que aparece tras la reparación de hernia inguinal con malla es uno de los problemas más importantes que conlleva esta intervención quirúrgica, que aparece aproximadamente en un 10% de los pacientes^{1,2}.

El dolor inguinal o genital durante la actividad sexual y/o la eyaculación, así como las disfunciones sexuales tras la reparación de hernia inguinal con malla, se han descrito de forma esporádica³, y son poco conocidos como complicaciones de esta intervención. Hasta hace poco se estimaba que la incidencia de esta complicación era del 0,04%⁴. Estudios recientes, basados en amplias series epidemiológicas, han demostrado una prevalencia de este tipo de síntomas por encima de los esperado (el dolor durante la actividad sexual

se presentó en un 22,1% de los pacientes, con dolor moderado o severo en un 2,5%)^{2,3}.

Presentamos un caso de un paciente afecto de dolor inguinal durante la eyaculación, aparecido 1 año tras la reparación de hernia inguinal con malla de polipropileno por vía anterior. Se trataba de un paciente de 32 años, intervenido 2 años antes, que refería dolor intenso durante la eyaculación localizado en la zona de la cicatriz. La sintomatología comenzó 1 año después de la cirugía, con dolor leve durante los movimientos y el ejercicio. La exploración inicial del paciente no reveló alteraciones ni recidiva herniaria. La ecografía resultó normal y se practicó una resonancia magnética que mostraba un conducto deferente

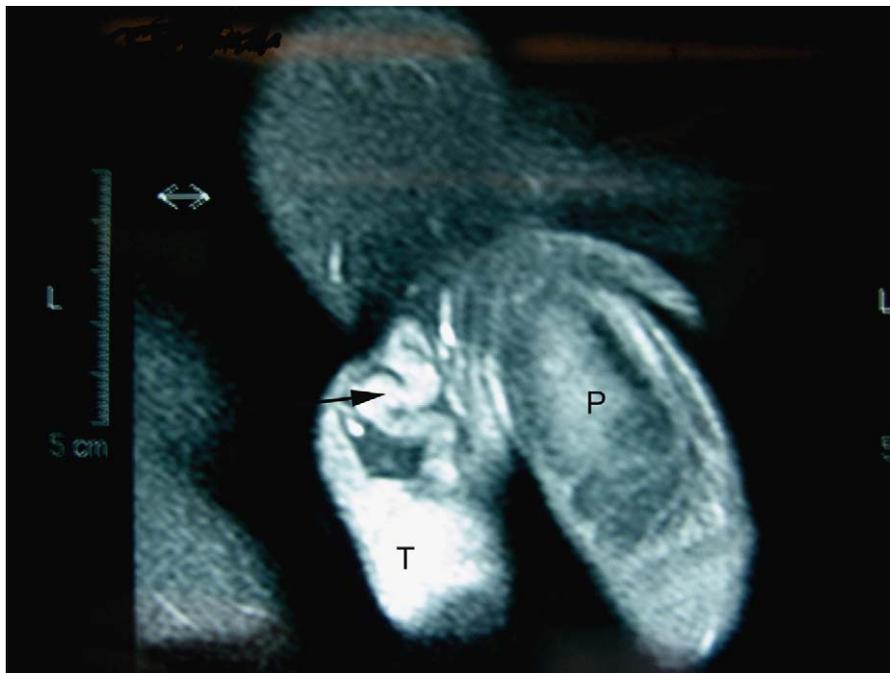


Figura 1 – Resonancia magnética: cola del epidídimo y conducto deferente (flecha) dilatado y tortuoso (diámetro de 1 cm). T: testículo; P: pene.

dilatado y tortuoso, con un diámetro de 1 cm (normal <5 mm) (fig. 1).

Durante la exploración quirúrgica se halló atrapamiento en las colas de la malla de los nervios ilioinguinal, genitofemoral y del conducto deferente. Se practicó una liberación del cordón espermático y una neurectomía de los nervios ilioinguinal y genitofemoral. El paciente fue dado de alta a las 24 h de la cirugía. En los controles realizados, no ha vuelto a presentar sintomatología a los 2 años de la intervención.

El dolor crónico tras reparación de hernia inguinal ha sido estudiado ampliamente²⁻⁴. La mayoría de los estudios realizados se han enfocado hacia el dolor neuropático, sus causas y tratamiento⁵, y hay pocos estudios sobre dolor visceral. Como consecuencia, los pacientes reciben escasa información y, probablemente, tampoco son interrogados sobre la posible aparición de estos síntomas.

En la actualidad, sólo tenemos conocimiento parcial sobre los mecanismos patogénicos relacionados con el dolor crónico tras hernioplastia inguinal. El factor predisponente más importante para el desarrollo de esta complicación es la lesión nerviosa¹. El dolor visceral es menos importante en frecuencia (el 1-2% de los pacientes)¹, pero es más difícil de diagnosticar y tratar. Probablemente está relacionado con daño tisular, ocasionado por el proceso cicatricial que afecta al conducto deferente, como en el presente caso⁶.

No hay acuerdo sobre las medidas a adoptar para prevenir o tratar el dolor crónico secundario a hernioplastia inguinal. Como medidas profilácticas, algunos autores proponen: la neurectomía profiláctica^{7,8}, la laparoscopia¹, el uso de analgesia multimodal, la identificación de la rama genital del nervio genitofemoral y su sección en caso de necesidad⁸, la disección meticulosa de los nervios del área inguinal durante la cirugía⁹

y tomar precauciones al confeccionar el espacio para el paso del cordón espermático a través de la malla¹⁰.

Hay experiencia limitada en el tratamiento del dolor visceral tras cirugía de la hernia inguinal. Aunque se puede intentar el tratamiento médico, y algunos autores han comunicado elevada efectividad⁴, ante la persistencia de los síntomas, especialmente en los pacientes en que se detecten alteraciones radiológicas de la anatomía del conducto deferente, como en el presente caso, se debe tener en cuenta la cirugía como procedimiento de elección.

En nuestra opinión, el tratamiento quirúrgico debe incluir la liberación de las estructuras del cordón espermático (especialmente, el conducto deferente) y la neurectomía, como mínimo, de los nervios genitofemoral e ilioinguinal dado que, con mucha frecuencia, el dolor visceral se acompaña de síntomas neuropáticos, igual que en el caso presentado¹⁰.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aasvang E, Kehlet H. Chronic postoperative pain: the case of inguinal herniorrhaphy. *Br J Anaesth.* 2005;95:69-76.
2. Aasvang EK, Mohl B, Kehlet H. Ejaculatory pain: a specific postherniotomy pain syndrome?. *Anesthesiology.* 2007;107:98-304.
3. Aasvang EK, Mohl B, Bay-Nielsen M, Kehlet H. Pain related sexual dysfunction after inguinal herniorrhaphy. *Pain.* 2006;122:258-63.
4. Bendavid R. Dysejaculation. *Probl Gen Surg.* 1995;12:227-38.
5. Ferzli G, Edwards E, Al-Khoury G, Hardin R. Postherniorrhaphy groin pain and how to avoid it. *Surg Clin North Am.* 2008;88:203-16.

6. Zieren J, Menenakos C, Paul M, Muller JM. Sexual function before and after mesh repair of inguinal hernia. *Int J Urol*. 2005;12:35-8.
7. Pappalardo G, Frattaroli FM, Mongardini M, Salvi PF, Lombardi A, Conte AM, et al. Neurectomy to prevent persistent pain after inguinal herniorrhaphy: a prospective study using objective criteria to assess pain. *World J Surg*. 2007;31:1081-6.
8. Mui WL, Ng CS, Fung TM, Cheung FK, Wong CM, Ma TH, et al. Prophylactic ilioinguinal neurectomy in open inguinal hernia repair: a double-blind randomized controlled trial. *Ann Surg*. 2006;244:27-33.
9. Wijsmuller AR, Van Veen RN, Bosch JL, Lange JF, Kleinrensink GJ, Jeekel J, et al. Nerve management during open hernia repair. *Br J Surg*. 2007;94:17-22.
10. Alfieri S, Rotondi F, Di Miceli D, Di Giorgio A, Ridolfini MP, Fumagalli U, Groin Pain Trial Group, et al. Chronic pain after

inguinal hernia mesh repair: possible role of surgical manipulation of the inguinal nerves. A prospective multicentre study of 973 cases. *Chir Ital*. 2006;58:23-31.

Maria de los Ángeles Martínez-Serrano^a, José Antonio Pereira^{b,*}, Valentín Junca^a, Marcel Segura^a y Luis Grande^a

^aDepartamento de Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitari del Mar, Barcelona, España

^bDepartament de Ciències Experimentals i de la Salut, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jpereira@imas.imim.es (J.A. Pereira).

doi:10.1016/j.ciresp.2008.01.028

Neoplasia intraquística bilateral de mama en un varón

Bilateral intracystic neoplasm in the male breast

El cáncer de mama en el varón (CMV) es una enfermedad infrecuente que representa menos del 1% de todos los carcinomas de mama y menos del 1% de todas las neoplasias malignas del varón¹. La edad en el momento del diagnóstico suele ser de 60 a 70 años².

Presentamos el caso de un paciente con un tumor de mama intraquístico bilateral. Se trata de un paciente de 70 años de edad sin antecedentes patológicos de interés ni historia familiar de cáncer de mama. Ocho meses antes de la intervención quirúrgica, el médico de cabecera estudió al paciente por una tumoración de mama bilateral. En la ecografía no se observó ningún signo de malignidad. Como las tumoraciones aumentaron de tamaño, se envió al paciente a nuestra Unidad de Mama. En la exploración física se palpó una tumoración retroareolar bilateral con probable contenido quístico, sin que se detectaran adenopatías axilares. La mamografía reveló unos nódulos retroareolares bien definidos, y la ecografía mostró unas tumoraciones quísticas habitadas bilaterales de 45 mm (derecha) y 25 mm (izquierda) de diámetro (fig. 1). La punción con aguja fina de la mama derecha dio como resultado anatomopatológico una proliferación papilar con discreta atipia. La biopsia con aguja gruesa de la mama izquierda mostró fibrosis sin ningún signo de malignidad. Los marcadores tumorales CEA y CA 15/3 no estaban aumentados. Se indicó tratamiento quirúrgico y se llevó a cabo una mastectomía subcutánea bilateral. En el espécimen quirúrgico de la mama derecha se observó un nódulo fibroso adyacente a la tumoración. El examen histológico diagnosticó en la mama izquierda un carcinoma papilar intraquístico (CPI) con invasión capsular y de la grasa (fig. 2), y en la mama derecha un CPI con invasión capsular y

de la grasa, con un foco de carcinoma ductal infiltrante (CDI) y carcinoma ductal in situ (CDIS) de alto grado, cribiforme en el nódulo fibroso (lo que significa 3 variantes histológicas en la misma mama).

Los receptores de estrógenos (55%) y de progesterona (90%) fueron positivos. La actividad proliferativa era baja (el 5% de proteína Ki67), y la expresión de la proteína c-erB2 fue negativa.

Con este resultado anatomopatológico se indicó una nueva intervención para biopsia de ganglio centinela del lado derecho, que fue negativa. Como tratamiento adyuvante sólo



Figura 1 – Ecografía: nódulo quístico habitado por masas papilares.