

Figura 2 – TC abdominal que evidencia la presencia de una lesión de aspecto sólido endoluminal en la vía biliar principal izquierda.

crecimiento de tipo infiltrativo^{4,5}. La forma de presentación intraductal presenta un crecimiento papilar intraluminal con una incidencia de afectación nodular menor que en el tipo infiltrativo^{4,5}.

Si bien puede presentarse con colestasis, lo más frecuente es que el diagnóstico se plantee en el diagnóstico diferencial del tumor hepático^{4,6}.

La hemobilia es la presencia de sangre en las vías biliares, y suele acompañarse de uno o más de los siguientes signos y síntomas: dolor, hemorragia gastrointestinal alta (hematemesis o melenas) o ictericia. Encontrar la tríada completa sólo aparece en el 22% de los pacientes^{7,8}.

El colangiocarcinoma es una causa bien establecida de hemobilia, aunque la hemobilia por causa tumoral ocurre en menos del 10% de los casos⁷. Así pues, los 2 casos que se presentan muestran una posible manifestación del colangiocarcinoma intraductal que debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de la hemorragia digestiva asociada a obstrucción biliar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Khan SA, Davidson B, Goldin R, Pereira S, Rosenberg W, Taylor-Robinson SD, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of cholangiocarcinoma: consensus document. *Gut*. 2002;51(SupplVI):vi1-9.
2. Casanova D, Figueras J, Pardo F, editores. Guía clínica de la asociación Española de Cirujanos. Aran ediciones Cirugía hepática. 2004;8:152-5.
3. Yang J, Yan LN. Current status of intrahepatic cholangiocarcinoma. *World J Gastroenterol*. 2008;14:6289-97.
4. Blumgart LH, Belghiti J. Surgery of the liver, biliary tract and pancreas, editors In: Intrahepatic and extrahepatic biliary cancer. 4th ed. Saunders Elsevier; 2007; p. 782-822.
5. Kondo S, Takada T, Miyazaki M, Miyakawa S, Tsukada K, Nagino M, et al. Guidelines for the management of biliary tract and ampullary carcinomas: surgical treatment. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2008;15:41-54.
6. Hayashi J, Matsutoka S, Inami M, Ohshiro S, Ishigami A, Fujikawa H, et al. A case of asymptomatic intraductal papillary neoplasia of the bile duct without hepatolithiasis. *World J Gastroenterol*. 2008;14:1625-9.
7. Manolakis AC, Kapsoritakis AN, Tsikouras AD, Tiopoulos FD, Pychos AK, Potamianos SP. Hemobilia as the initial manifestation of cholangiocarcinoma in a hemophilia B patient. *World J Gastroenterol*. 2008;14:4241-4.
8. Nauta RJ. Cholangitis, haemobilia, and cholangiocarcinoma. Management of a fistula between an obstructed right hepatic duct and the portal vein. *Cancer*. 1989;64:542-6.

Anna Muñoz, Laura Lladó*, Emilio Ramos, Jaume Torras y Antoni Rafecas

Unidad de Cirugía Hepato-Bilio-Pancreática, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: laurallado@bellvitgehospital.cat, 31513llg@comb.cat (L. Lladó).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2010.03.017

Tumor de células gigantes de arco anterior costal, una localización poco habitual

Giant cell tumour of the anterior costal margin: A rare location

El tumor de células gigantes suele originarse en las epífisis de huesos largos, siendo poco frecuente su localización costal. Incluso cuando el tumor aparece en las costillas lo hace en el arco posterior de las mismas. Presentamos el caso de una mujer de 45 años con un tumor de células gigantes derivado

del tercer arco costal anterior izquierdo, tratado con resección en bloque de la lesión y reconstrucción del defecto con una malla de titanio. Con este trabajo pretendemos aportar a la literatura una localización poco habitual de este tipo de tumor óseo.

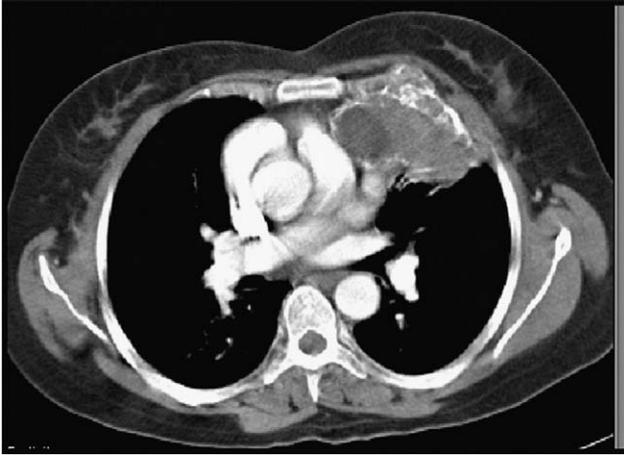


Figura 1 – Imagen de TC torácico que objetiva gran masa expansiva (83×41 mm), que depende del arco anterior de la 3.^a costilla izquierda, con atenuación de partes blandas, contenido quístico y calcificaciones periféricas.

Mujer saharauí de 45 años de edad sin antecedentes clínicos de interés, presentaba tumoración dolorosa en pared torácica anterior de varios meses de evolución. A la exploración física se palpaba masa sólida de 6 cm aproximadamente, en tercio medio de hemitórax izquierdo anterior, adherida a planos profundos y sin signos inflamatorios externos. En la Rx de tórax no se apreciaban hallazgos patológicos. Se practicó una TC de tórax que evidenciaba una gran masa expansiva de 83×41 mm dependiente del arco anterior de la 3.^a costilla izquierda (fig. 1), de contenido quístico y calcificaciones periféricas. La tumoración desplazaba el músculo pectoral mayor, sin infiltrarlo, y no parecía invadir órganos intratorácicos. La RM confirmaba la presencia de varios quistes en el interior del tumor, siendo el resto de contenido sólido e hipointenso en todas las secuencias, mostrando captación significativa tras la administración de contraste. Se realizó una PAFF transtorácica cuyo resultado sugería el diagnóstico de quiste aneurismático, precisando de biopsia para confirmarlo. Tras el estudio preoperatorio completo la paciente fue programada para intervención. Se realizó toracotomía posterolateral izquierda limitada y resección en bloque de la masa que invadía macroscópicamente el 2.^o, 3.^o y 4.^o arco costal, los cuales se extirparon. Además, el tumor presentaba adherencias firmes al pericardio y al lóbulo superior izquierdo, lo que obligó a realizar resección transegmentaria del mismo. Para la reparación del defecto en la pared se utilizó una malla de titanio (fig. 2) fijándola a las costillas con puntos de sutura dobles irreabsorbibles. Se colocaron 2 tubos de drenaje que se retiraron a las 48h de la intervención. En la RX de tórax de control se objetivó correcta reexpansión pulmonar, sin presencia de derrame pleural. El estudio anatomopatológico diferido informó de tumor de células gigantes (TCG) de alta agresividad, con bordes costales libres de infiltración tumoral.

El TCG es una rara neoplasia mesenquimal caracterizada por la proliferación de células osteoclastos-like y células del estroma fusiformes. La célula característica es gigante multinucleada y asienta sobre un estroma de células mesenquimales ovoides y fusiformes muy vascularizado, con

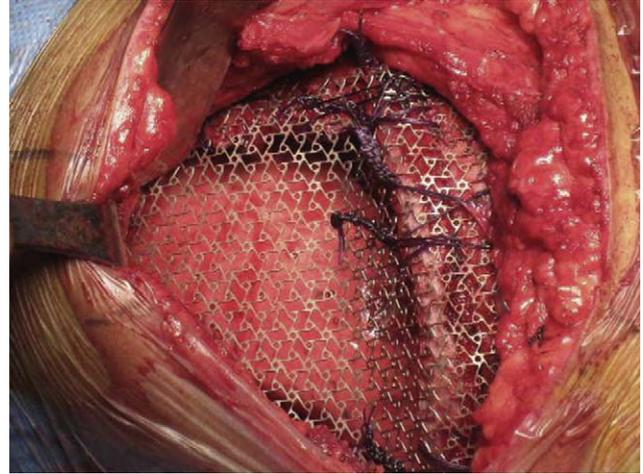


Figura 2 – Malla de titanio recubriendo el defecto de la pared costal.

capilares de finas paredes y pequeñas áreas de hemorragia. Son estos elementos mesenquimales los que sellan el diagnóstico histopatológico del TCG y pueden mostrar escasas mitosis. Este tumor presenta gran variedad de actividad biológica, aunque no es posible predecir su agresividad por su apariencia histológica¹. En la pieza tumoral del caso descrito se aprecian células gigantes multinucleadas tipo osteoclasto en el seno de un estroma de celularidad mononuclear fusiforme y formación de un ribete periférico de tejido óseo reactivo. Representa el 4-5% de todos los tumores óseos primarios, afectando en la mayoría de los casos a personas entre 20-40 años, con mayor incidencia en el sexo femenino². Comúnmente se localiza en las epífisis de huesos largos (fémur y tibia), siendo la costilla una rara localización con una incidencia menor al 1%³. En estos casos, el tumor suele originarse del arco posterior, siendo pocos los casos descritos en la literatura en los que el TCG se forma del arco anterior costal^{4,5}. Normalmente se manifiestan como dolor y masa palpable en la zona relacionada con el dolor⁶, incluso algunos pacientes presentan fracturas patológicas. Las características clínicas, radiológicas e histológicas de los TCG son similares a otros tumores y pseudotumores, como el tumor pardo óseo asociado a hiperparatiroidismo. Otras lesiones, como el quiste óseo aneurismático, el condroblastoma epifisario, el osteosarcoma telangiectásico y las metástasis, deben ser consideradas en el diagnóstico diferencial. En nuestro caso, la impresión inicial por pruebas de imagen y la PAFF orientaba a quiste óseo aneurismático. La TC y la RM son las pruebas de imagen fundamentales en el diagnóstico, en la planificación de la intervención quirúrgica y en la detección de recurrencias durante el seguimiento del TCG. En el caso del TCG, se observa característicamente señal hipointensa en T1 e hiperintensa en T2, lo cual facilita su diagnóstico. Además, el TCG presenta un aumento de captación local en la gammagrafía, debido a la actividad osteoclástica reactiva⁷. En el caso presentado se realizó TC y RM, que definieron la extensión de la tumoración y la nula captación significativa tras la administración de contraste. El diagnóstico histopatológico de los tumores de pared costal se debe realizar con biopsia abierta pulmonar, siendo la PAFF

insuficiente⁸. La mejor opción terapéutica es la resección en bloque del tumor con márgenes libres y posterior reconstrucción de la pared costal. La radioterapia tiene un uso muy limitado por el riesgo de producir sarcomas postradiación, y solo se recomienda cuando el tumor es inicialmente irreseccable⁹. A pesar de tratarse de un tumor de bajo grado de malignidad, tiene una alta propensión a la recidiva local (20-40%), y es poco frecuente la aparición de metástasis (2%)¹⁰. Por estos motivos es aconsejable el seguimiento del paciente postquirúrgico mediante pruebas de imagen.

En resumen, hemos descrito un raro caso de TCG derivado del arco anterior costal y recomendamos la resección quirúrgica en bloque del mismo como primera opción terapéutica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anazawa U, Hanaoka H, Shiraishi T, Morioka H, Morii T, Toyama Y. Similarities between giant cell tumor of bone, giant cell tumor of tendon sheath, and pigmented villonodular synovitis concerning ultrastructural cytochemical features of multinucleated giant cells and mononuclear stromal cells. *Ultrastruct Pathol.* 2006;30:151-8.
2. Ibn Sellam A, Chaibainou A, Achir A, Allouch A, Bernoussi Z, Jahid A, et al. An unusual localization of a rare tumor: giant-cell tumor of the rib. Case report and review of the literature. *Rev Mal Respir.* 2006;23:453-7.
3. Bay JO, Bignon YJ, Gros P, Jancovici R, Desangles F, Dubayle P, et al. Giant cell tumor of the sternum. Report of a case with a 17q isochromosome. *Rev Rhum Engl Ed.* 1999;66:49-52.
4. Gupta V, Mittal R. Giant cell tumor of rib: rare location on the anterior aspect. *Arch Orthop Trauma Surg.* 2000;120:321-2.
5. Shin JS, Lee IS, Kim A, Kim BH. Giant Cell Tumor Originating from the Anterior Arc of the Rib. *J Korean Med Sci.* 2002;17:849-51.
6. Marcos R, Lain G. Tumores pared torácica. *Rev Chilena de cirugía.* 2004;56:182-4.
7. Cordeiro SZ, Cordeiro Pde B, Sousa AM, Lanes DC, Pierro GS. Giant cell tumor of the rib occupying the entire hemithorax. *J Bras Pneumol.* 2008;34:185-8.
8. Kim L, Park IS, Han JY, Kim JM, Chu YC. Aspiration cytology of fibrosarcomatous variant of dermatofibrosarcoma protuberans with osteoclastlike giant cells in the chest wall: a case report. *Acta Cytol.* 2005;49:644-9.
9. Briccoli A, Malaguti C, Iannetti C, Rocca M, Bertoni F. Giant cell tumor of the rib. *Skeletal Radiol.* 2003;32:107-10.
10. Casas MA, Doñate F, Martínez J. Tumor de células gigantes. *Acta Ortop Castellano-Manch.* 2001;3:31-5.

Miriam Cantos^{a,*} Antonio Arnau^b, Santiago Figueroa^b, Néstor Martínez^b y Ricardo Guijarro^b

^aServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Consorcio Hospital General Universitario Valencia, Valencia, España

^bServicio de Cirugía Torácica, Consorcio Hospital General Universitario Valencia, Valencia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: micanpa@hotmail.com (M. Cantos).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2009 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2010.03.027

Resección laparoscópica simultánea de tumor neuroendocrino pancreático y metástasis hepática

Simultaneous laparoscopic resection of a pancreatic neuroendocrine tumour and liver metastasis

Los tumores neuroendocrinos pancreáticos (TNEP) son tumores poco frecuentes que suelen presentar metástasis hepáticas (MH) sincrónicas en el momento del diagnóstico y obtienen supervivencias a los 5 años inferiores al 30%^{1,2}. Solo en el 20% de estos casos se podrá realizar la resección de las metástasis^{3,4} y en casos seleccionados de MH bilobulares múltiples, el trasplante puede ser la opción terapéutica adecuada con buenos resultados^{1,2}.

Nuestro objetivo es presentar un caso de un TNEP no funcionante en el cuerpo y la cola del páncreas con una MH sincrónica en el segmento VIII hepático, que se reseccó mediante abordaje laparoscópico en un solo acto quirúrgico.

Presentamos el caso de una mujer de 49 años que consultó en su hospital de origen por dolor abdominal difuso. La analítica y los marcadores tumorales fueron normales. En la TAC apareció una masa de 7 cm en el cuerpo y la cola del páncreas (fig. 1) y una lesión hepática en el segmento VIII (fig. 2). En la PET-TAC solo captaba la lesión pancreática (SUV máximo de 3,8). Se realizó gammagrafía con octreótido-In¹¹¹ y se detectaron depósitos de trazador de notable intensidad en la cúpula hepática y el páncreas. La biopsia de la MH y del páncreas fue indicativa de TNEP. El estudio hormonal completo fue normal. Con el diagnóstico de TNEP no funcionante con MH en el segmento VIII se envió a nuestro