

Inmunohistoquímicamente las células son positivas para vimentina, actina y desmina (fig. 2)⁹.

El pronóstico del LMS adrenal primario es malo, y se relaciona el grado de malignidad del tumor, la invasión local y las metástasis a distancia. Microscópicamente el número de mitosis por campo de gran aumento parece que tiene relación con la supervivencia⁴, con una supervivencia media de 8,4 meses en los pacientes con más de 10 mitosis/campo, que llega a los 48 meses en los casos de menos de 10¹⁰.

El LMS pleomórfico adrenal primario es una variante extremadamente rara, del cual solo hay comunicados 4 casos en PubMed¹⁻⁵. De alto grado de malignidad, histológicamente se comporta como una tumoración no encapsulada con patrón sólido con áreas de necrosis y una marcada atipia citológica, altamente pleomórfico, con células de tamaño grande y marcadas irregularidades en tamaño nuclear con núcleos lobulados y nucléolos prominentes, y un alto índice de mitosis por campo de gran aumento. De los 4 casos, 3 eran mujeres y la media de edad fue de 49 (28-63) años. En 2 casos el síntoma predominante fue el dolor abdominal y en uno se trató de un incidentaloma. Tres casos presentaron metástasis al diagnóstico o en los 12 meses siguientes y, en cuanto al tratamiento, estuvo condicionado por la existencia de afectación extraglandular, recibiendo 2 casos quimioterapia y radioterapia, un caso cirugía y otro desconocido^{1,3-5}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kanthan R, Senger JL, Kanthan S. Three uncommon adrenal incidentalomas: A 13-year surgical pathology review. *World J Surg Oncol*. 2012;10:64.
2. Choi SH, Liu K. Leiomyosarcoma of the adrenal gland and its angiographic features: A case report. *J Surg Oncol*. 1981;16:145-8.
3. Mohanty SK, Balani JP, Parwani AV. Pleomorphic leiomyosarcoma of the adrenal gland: Case report and review of the literature. *Urology*. 2007;70:591. e5-7.
4. Candanedo-González FA, Vela Chávez T, Cébulo-Vázquez A. Pleomorphic leiomyosarcoma of the adrenal

gland with osteoclast-like giant cells. *Endocr Pathol*. 2005;16:75-81.

5. Lujan MG, Hoang MP. Pleomorphic leiomyosarcoma of the adrenal gland. *Arch Pathol Lab Med*. 2003;127:e32-5.
6. Hamada S, Ito K, Tobe M, Otsuki H, Hama Y, Kato Y. Bilateral adrenal leiomyosarcoma treated with multiple local therapies. *Int J Clin Oncol*. 2009;14:356-60.
7. Tomasich FD, Luz Mde A, Kato M, Targa GZ, Dias LA, Zucoloto FJ, et al. Primary adrenal leiomyosarcoma. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2008;52:1510-4.
8. Kato T, Sakamoto S, Kobayashi T, Ikeda R, Nakamura T, Akakura K, et al. Primary adrenal leiomyosarcoma with inferior vena cava thrombosis. *Int J Clin Oncol*. 2004;9:189-92.
9. Nicolas MM, Tamboli P, Gomez JA, Czerniak BA. Pleomorphic and dedifferentiated leiomyosarcoma: Clinicopathologic and immunohistochemical study of 41 cases. *Hum Pathol*. 2010;41:663-71.
10. Oda Y, Miyajima K, Kawaguchi K, Tamiya S, Oshiro Y, Hachitanda Y, et al. Pleomorphic leiomyosarcoma: Clinicopathologic and immunohistochemical study with special emphasis on its distinction from ordinary leiomyosarcoma and malignant fibrous histiocytoma. *Am J Surg Pathol*. 2001;25:1030-8.

Javier Pereira-Beceiro^{a*}, Andrés Rodríguez-Alonso^a, José Manuel Janeiro-Pais^a, Juan Carlos Alvarez-Fernández^b y Cristina Durana Tonder^b

^aServicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Hospital Arquitecto Marcide-Novoa Santos, Ferrol, España

^bServicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Hospital Arquitecto Marcide-Novoa Santos, Ferrol, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javier.pereira.beceiro@sergas.es, javipereira@hotmail.com (J. Pereira-Beceiro).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.02.010>

Diagnóstico tardío de carcinoma oculto de vesícula biliar por implante en puerto laparoscópico



Late diagnosis of occult gallbladder carcinoma by an implant in a laparoscopic trocar site

Introducción

La perforación de la vesícula biliar durante la colecistectomía se produce hasta en un 20% de los casos, y la pérdida de cálculos hasta en el 40%¹. Las complicaciones son

raras, siendo las más frecuentes de índole infecciosa en pared o intraabdominal. Describimos el caso clínico de un paciente que se inicia, a los 3 años de colecistectomía previa, con una tumoración de pared abdominal con diagnóstico histológico final de adenocarcinoma de origen vesicular.

Caso clínico

Varón de 69 años de edad que ingresa en nuestro hospital por síndrome constitucional y masa abdominal a estudio. Como antecedentes personales destaca DM tipo 2, HTA, diverticulosis de colon y trastorno bipolar. Como antecedentes quirúrgicos presenta amputación traumática de miembro inferior y colecistectomía laparoscópica por colecistitis crónica 3 años antes.

Los síntomas clínicos son dolor abdominal de un mes de evolución focalizado en mesogastrio y pérdida de 24 kg de peso, sin vómitos ni alteraciones del hábito intestinal. En la exploración física destaca la palpación a nivel periumbilical de una masa dolorosa no pulsátil que parece depender de pared. La analítica al ingreso es normal. Se realiza TAC abdominal con contraste que informa de una lesión redondeada de centro hipodenso (necrótico) en pared abdominal a nivel periumbilical con un tamaño aproximado de 3,6 cm y aparente extensión intraluminal (fig. 1). La RNM confirma una tumoración de $4 \times 3,3 \times 3,5$ cm con afectación peritoneal sin observar relación con asas intestinales y describe también imágenes satélites sugestivas de pequeños implantes peritoneales peritumorales. La biopsia con aguja gruesa es positiva para células malignas y sugestiva de adenocarcinoma de origen intestinal (figura 2.).

Seguidamente se realizan gastroscopia y colonoscopia que descartan malignidad. El CEA es normal y destaca un CA 19.9 elevado de 2000. Se realiza PET-TAC, no identificándose otras lesiones salvo la tumoración abdominal. Ante los hallazgos se decide intervención quirúrgica. Se realiza laparotomía media supra-infraumbilical. Se observa una tumoración umbilical de aspecto granulomatoso que contiene en su interior varias lesiones redondeadas que impresionan de cálculos biliares. La lesión contacta focalmente con el epiplón y se identifican implantes tumorales. Se realiza resección tumoral amplia, incluyendo epiplón y peritonectomía. Para el cierre de pared, se utilizaron varias suturas continuas con loop 1 monofilamento y no fue necesaria la colocación de malla, que también se desestimó por el riesgo de recidiva tumoral.



Figura 1 – TAC abdominal con contraste iv y oral: lesión redondeada de centro hipodenso (necrótico) en línea media de pared abdominal, en situación periumbilical de aproximadamente 3,6 cm.

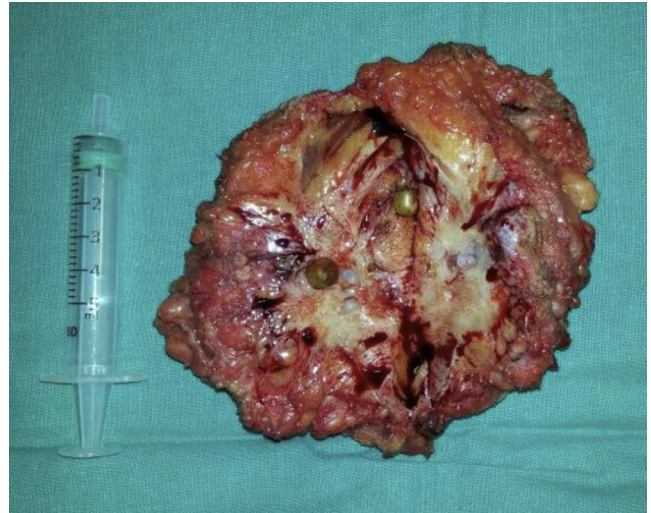


Figura 2 – Imagen intraoperatoria: tumoración de aspecto granulomatoso que contiene en su interior varias lesiones redondeadas que impresionan de cálculos biliares.

La evolución postoperatoria es satisfactoria y el paciente es alta hospitalaria a los 7 días, sin embargo, fallece a los 6 meses por obstrucción intestinal secundaria a carcinomatosis.

El informe anatomopatológico final confirma que se trata de un adenocarcinoma infiltrante pobremente diferenciado de predominio micropapilar (positivo para CK 7,20,19, CEA y CD X2) que sugiere tumor primario biliar extrahepático.

Discusión

La colecistectomía laparoscópica se ha convertido en el tratamiento de elección de la coledocistitis sintomática, siendo la incidencia de cáncer oculto del 1-2%². La perforación incidental de la vesícula durante la intervención puede provocar la salida de bilis y cálculos en la cavidad abdominal e incluso la pérdida de los mismos hasta en una tercera parte.

De estos cálculos perdidos, el 7-8,5% puede producir complicaciones. La más frecuente es la formación de abscesos en pared abdominal e intraabdominales, sin embargo puede producir otras como la formación de fístulas cutáneas o interasas, granulomas o cuadros de obstrucción³⁻⁶. Aunque infrecuentes, también se han descrito casos de empiemas y fístulas broncopleurales.

Algunos factores como los signos de colecistitis, la presencia de múltiples cálculos (> 15), cálculos pigmentados, de gran tamaño (> 15 mm) o la edad, aumentan el riesgo de complicaciones^{1,6}. El tratamiento se basa en el drenaje del absceso, tratamiento antibiótico y se aconseja la extracción de los cálculos.

Una de las complicaciones más infrecuentes, pero de peor pronóstico, es el desarrollo de implantes tumorales en los puertos de laparoscopia cuando el tumor de vesícula no ha sido diagnosticado de forma preoperatoria, siendo su incidencia entre 14 y 30%^{7,8}, pudiendo aparecer tanto en tumores localizados (T1/T2), como en estadios avanzados (T3/T4). La perforación durante la colecistectomía o la lesión del

peritoneo parietal durante la intervención aumentan el riesgo de implantes⁹.

El intervalo de tiempo entre la intervención y la recidiva puede oscilar entre 2 semanas y 4 años y, en la mayoría de los casos, en el momento del diagnóstico, presenta también carcinomatosis o metástasis a distancia. En general, el pronóstico es malo, con una supervivencia media de 10 meses y supervivencia a los 5 años de un 10%.

En el caso clínico que describimos, la colecistectomía fue dificultosa por inflamación crónica e intensas adherencias, extrayéndose de forma fragmentada y sin bolsa. El estudio patológico, al no detectar macroscópicamente tumoración, se realizó de forma rutinaria describiendo una vesícula con signos de colecistitis crónica, sin identificar carcinoma oculto.

A partir de las posibles complicaciones, los autores recomiendan extraer todos los cálculos libres y realizar la extracción vesicular completa siempre con bolsa endocavitaria.

Conflicto de interés

No se ha recibido financiación ni becas. No hay conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zehetner J, Shamiyeh A, Wayand W. Lost gallstones in laparoscopic cholecystectomy: All possible complications. *Am J Surg.* 2007;193:73-8.
2. Raznatovic ZJ, Zaric ND, Galun DA, Leric NS, Micev M, Djordejevic VR, et al. Multiple port-site metastasis of incidental gallbladder carcinoma after laparoscopic cholecystectomy. *Acta Chir Lugosl.* 2012;59:105-9.
3. Hussain MI, al-Akeely MH, Alam MK, al-Abood FM. Abdominal wall abscess following laparoscopic

cholecystectomy: an unusual late complication of lost gallstones. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2010;20:763-5.

4. Gooneratne DL. A rare late complication of spilled gallstones. *N Z Med J.* 2010;123:62-6.
5. Bouasker I, Zoghalmi A, el Quaer MA, Khalfallah M, Samaali I, Dziri C. Parietal abscess revealing a lost gallstone 8 years after laparoscopic cholecystectomy. *Tunis Med.* 2010;88:277-9.
6. Papadopoulos IN, Christodoulou A, Economopoulos N. Asymptomatic omental granuloma following spillage of gallstones during laparoscopic cholecystectomy protects patients and influences surgeons decision: A review. *BMJ Case Rep.* 2012.
7. Paolucci V. Port site recurrences after laparoscopic cholecystectomy. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2001;8: 535-43.
8. Z'graggen K, Birrer S, Maurer CA, Wehrli H, Klaiber C, Baer HU. Incidence of port site recurrence after laparoscopic cholecystectomy for preoperatively unsuspected gallbladder carcinoma. *Surgery.* 1998;124:831-8.
9. Reber PU, Baer HU, Patel AG, Schimied B, Büchler MW. Port site metastasis following laparoscopic cholecystectomy for unsuspected carcinoma of the gallbladder. *Z Gastroenterol.* 1998;36:901-7.

M. José Cases-Baldo*, Francisco José Menarguez Pina, Mario Moltó Aguado, José Manuel Navarro Rodríguez y Miguel Ángel Morcillo Rodenas

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Vega Baja de Orihuela, Alicante, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mjcases@yahoo.es (M.J. Cases-Baldo).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.11.006>

Angiosarcoma secundario de mama: recidiva multifocal en colgajo autólogo utilizado en la reconstrucción



Secondary breast angiosarcoma: Multifocal recurrence in a postmastectomy breast reconstruction flap

Debido al incremento de la cirugía conservadora de la mama con radioterapia adyuvante para el tratamiento de los estadios precoces del cáncer de mama, ha aparecido un aumento en la incidencia de sarcomas radioinducidos¹. El angiosarcoma es un tumor maligno derivado del endotelio vascular y que puede presentarse en la mama de manera primaria, o secundario a radioterapia. El angiosarcoma mamario secundario a radioterapia (AMSR) es aquel que se desarrolla en pacientes con cáncer de mama y tratados con cirugía conservadora y

radioterapia. Por definición, difiere histológicamente del tumor inicial por el que se recibe la radiación. Se ha registrado una prevalencia del 0,05% y una incidencia de 0,16%². El riesgo de desarrollar AMSR es mayor en los 5-10 primeros años tras la radioterapia³, mientras que el resto de los sarcomas radioinducidos suelen presentarse después de los 10 años.

El curso clínico del angiosarcoma depende del grado tumoral. Un bajo grado tumoral exhibe un comportamiento indolente, insidioso, similar al de las lesiones vasculares