



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-572 - EVENTROPLASTIA DIAGNÓSTICA DE CARCINOMA MICROCÍTICO DE PULMÓN. ¿TENGO QUE MANDARLO TODO A ANATOMÍA PATOLÓGICA?

*Laínez Escribano, Mario; García Díaz, Rosa Ana; Cagigas Fernández, Carmen; Toledo Martínez, Enrique; Martínez Pérez, Paula; García Cardo, Juan; Lara Marta, Cañón; Rodríguez Sanjuán, Juan Carlos*

*Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.*

### Resumen

**Introducción:** Revisión de un caso de eventroplastia programada con resultado anatomopatológico de las muestras enviadas de metástasis por carcinoma microcítico de pulmón, no diagnosticado hasta la intervención.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de un varón de 72 años con antecedentes médicos de hipertensión arterial y ex fumador. Como antecedentes quirúrgicos presenta 2 hernioplastias inguinales, nefrectomía derecha laparoscópica (08/02/12) por carcinoma de células transicionales papilar (pT3 G3) y 3 resecciones transuretrales de RTU (hasta 2014) por carcinoma de células transicionales escamoso (pT1 G2). Durante el postoperatorio de nefrectomía presenta perforación de colon por lo que se realiza el 18/02/17 una laparotomía y colectomía derecha, sufriendo en el postoperatorio infección de herida quirúrgica. Al alta y durante el seguimiento se objetiva eventración de laparotomía previa con crecimiento progresivo y sin cuadros de obstrucción. En consultas es descrita como: "eventración mayor media epigástrico-púbica, con protrusión de asas intestinales en contacto con dermis. Importante tamaño con maniobra de Valsalva. Separación de bordes de ambos rectos de unos 10cm (eje transversal) y más de 20 en eje longitudinal" por lo que se decide intervención quirúrgica de la misma. El 09/09/2016 se realiza eventroplastia según la técnica de Rives Stoppa. Una vez fijada la malla y durante el cierre de pared se identifica nódulo blanquecino suprafascial de en torno a 1 cm de grosor, que se extirpa y se manda a anatomía patológica. El resultado de dicha muestra es diagnóstico de: "ganglio linfático masivamente infiltrado por un carcinoma microcítico (células pequeñas), con rotura capsular e infiltración perinodal". La descripción microscópica con positividad para CK 19, sinaptofisina, cromogranina y focal para CK7 así como negatividad para CDX2 y Ki 67 > 70% sugiere más probablemente origen pulmonar, y en menor medida, pancreático. Posterior a la buena evolución de la eventroplastia, el paciente es visto por oncología el 04/10/16 y durante el estudio de extensión mediante PET (10/10/17), se muestra un nódulo pulmonar situado en los segmentos posteriores del lóbulo inferior del pulmón derecho, que muestra un metabolismo aumentado (SUVmax 3,94) y que es compatible con neoplasia. Conglomerado adenopático en región paratraqueal derecha baja (SUVmax 6,73) compatible con metástasis ganglionar. A continuación se administra quimioterapia con cisplatino-etopósido durante 6 ciclos con resultado de respuesta parcial a nivel local, sin evidencia de enfermedad a distancia. Actualmente en tratamiento radioterápico.

**Discusión:** Revisando la bibliografía, tan sólo se encuentran casos aislados de procesos diagnósticos a través de biopsia de nódulo de pared abdominal como hallazgo casual, aunque de naturaleza oncológica primaria variable. A pesar de lo inusual del caso, conviene recalcar la importancia de biopsiar y enviar cualquier muestra obtenida en quirófano a analizar y correlacionarla con los hallazgos macroscópicos durante la intervención, máxime si la localización de la pieza es inusual o sin una clara sospecha de su posible naturaleza.