



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-054 - FASCITIS INTRAVASCULAR DE VENA CAVA INFRARRENAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Mendoza Moreno, Fernando; Mínguez García, Javier; Díez Gago, María del Rocío; Enjuto Martínez, Diego; Tallón Iglesias, Benjamín; Solana Maoño, Manuel; Argüello de Andrés, Jesús Manuel

Hospital Universitario Sanitas La Moraleja, Madrid.

Resumen

Objetivos: Presentar el caso de afección de vena cava inferior infrarrenal secundaria a fascitis intravascular.

Caso clínico: Paciente de 45 años sin antecedentes de interés que presenta historia de aumento de perímetro abdominal de meses de evolución. El examen físico reveló un efecto masa en mesogastrio, de consistencia dura, no doloroso a la palpación. La TC abdomino-pélvica mostró una masa retroperitoneal de 140 × 120 × 100 mm, con una densidad heterogénea, con zonas hipervascularizadas y con calcificaciones en contacto íntimo con la tercera porción duodenal, desplazando la vena cava inferior, impresionando de su infiltración. La colonoscopia se realizó sin presentar alteraciones significativas. Los análisis de sangre y el estudio hormonal no mostraron alteraciones. Se realizó una RMN abdominal en la que se observó dependencia de la tercera/cuarta porción duodenal. Bajo sospecha de un proceso neoplásico maligno (GIST duodenal, sarcoma retroperitoneal) el paciente fue intervenido. Se realizó una incisión subcostal bilateral para la apertura de la cavidad abdominal, la movilización del cuadro duodenal mediante la maniobra de Kocher y la reducción del ángulo hepático para el acceso al espacio retroperitoneal. Se observó una masa tumoral polilobulada en contacto íntimo con la tercera porción duodenal, pero sin ninguna dependencia de la misma. No se observó afectación pancreática o intestinal en parte del tumor. Por otro lado, se pudo observar la dependencia del tumor de la cara anterior de la vena cava inferior infra-renal. Se realizó una resección de la tercera y cuarta porción duodenal con preservación pancreática con anastomosis de la segunda porción al primer asa yeyunal. El tumor fue completamente resecado y la vena cava inferior infrarrenal ligada. El análisis histológico mostró un tumor mesenquimal con proliferación fusocelular y células nodales, con numerosas mitosis sin signos de atipia. La inmunohistoquímica fue positiva para vimentina, actina, aml y calponina siendo negativo para CD68, CD31, CD34, mioglobina, miogenina, D2-40 y betacatenina compatible con fascitis intravascular. El Ki67 expresado fue de aproximadamente 3%. El duodeno resecado no mostró alteraciones significativas o datos de infiltración local.

Discusión: La fascitis intravascular es un tumor benigno poco común de partes blandas que afecta las venas y arterias de tamaño pequeño y mediano tamaño. Clínicamente se presenta como una masa tumoral de crecimiento rápido que puede causar síntomas por compresión o en relación con la oclusión vascular. El diagnóstico preoperatorio es extremadamente difícil, ya que es una entidad de

baja incidencia y se presenta como una masa de rápido crecimiento, que se confunde fácilmente con otros tumores como el sarcoma de partes blandas. La combinación de la historia clínica del paciente con el examen físico, los resultados de las pruebas de imagen y el análisis anatomopatológico es esencial para su diagnóstico.