

mente se ha publicado 1 caso de tratamiento con cirugía citorreductora y quimioterapia intraperitoneal postoperatoria precoz⁵.

Presentamos el caso clínico en un varón de 41 años de edad, sin antecedentes laborales ni de contacto con asbesto, con clínica inespecífica de dolor abdominal, acompañada de incremento del perímetro abdominal, síndrome constitucional y ascitis. Se le practicó laparoscopia diagnóstica en otro centro, que lo remitió a nuestro programa con diagnóstico de mesotelioma epitelial. Se realizó un tratamiento con intención curativa mediante citorreducción completa de la enfermedad macroscópica, tipo CC0. Finalizada la cirugía, se completó el tratamiento de la posible enfermedad microscópica residual con QIIH con cisplatino a 10 mg/m² y doxorubicina a 0,1 mg/kg de peso, disueltos en 1,5 l de solución de diálisis peritoneal de diálisis al 0,33% a 43 °C durante 60 min, con un flujo de perfusión continua de 1,5 l/min, mediante la técnica abierta o "técnica de coliseo". Durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos, recibió QIPP los días 1 a 5 del postoperatorio inmediato con paclitaxel a 20 mg/m² en 1,5 l de glucosado al 5% por 5 días consecutivos.

El estudio histológico e inmunohistoquímico permitió confirmar el diagnóstico de seguridad de mesotelioma epitelial maligno, con positividad para queratina y vimentina.

El paciente presentó atelectasia y sepsis por catéter como complicaciones postoperatorias, con estancia hospitalaria de 33 días. El paciente ha precisado de 3 citorreducciones más a los 12, 18 y 53 meses, por progresión de la enfermedad; en todas las ocasiones se pudo llegar a controlar la enfermedad. Permanece vivo a los 5 años del diagnóstico sin evidencia de enfermedad en la actualidad. Se puede concluir que la cirugía citorreductora radical oncológica combinada con la aplicación intraperitoneal perioperatoria de quimioterapia presenta buenos resultados, con supervivencias prolongadas en casos seleccionados. En nuestra experiencia, esta triple terapia combinada supone un rayo de esperanza para estos desafortunados pacientes.

Iker Aguado^a, Alberto Gómez Portilla^b, Ignacio Cendoya^b y Concepción Martínez de Lecea^b

^aServicio de Cirugía. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria (Álava). España.

^bPrograma de Carcinomatosis Peritoneal. Policlínica San José. Vitoria (Álava). España.

Bibliografía

1. Feldman AL, Libuti SK, Pingpank JF, Barlett DL, Beresnev TH, Mavroukakis SM, et al. Analysis of factors associated with outcome in patients with malignant peritoneal mesothelioma undergoing surgical debulking and intraperitoneal chemotherapy. *J Clin Oncol.* 2003;21:4560-7.
2. Wagner JC, Sleggs AC, Marchand P. Diffuse pleural mesothelioma and asbestosis in the northwestern Cap Province. *Br J Intern Med.* 1960;17:260-5.
3. Sridhar KS, Doria R, Raub WA Jr, Thurer RJ, Saldana M. New strategies are need in diffuse malignant mesothelioma. *Cancer.* 1992;70:2969-79.
4. Sugarbaker PH, Welch LS, Mohamed F, Glehen O. A review of peritoneal mesothelioma at the Washington Cancer Institute. *Surg Oncol Clin North Am.* 2003;12:605-21.

5. Morales D, García de Polavieja M, Casanova D, Erce C, Martín J, Naranjo A. Peritonectomía con quimioterapia en el tratamiento del mesotelioma peritoneal maligno. *Cir Esp.* 1999;66:565-7.



Shock hemorrágico por rotura espontánea de hepatocarcinoma

Sr. Director:

Aproximadamente el 10% de los carcinomas hepatocelulares tiene como complicación una rotura espontánea, cuya evolución generalmente es fatal. Presentamos el caso de un paciente que presentó un cuadro de shock hipovolémico hemorrágico por rotura espontánea de un hepatocarcinoma como forma de inicio de la enfermedad.

Paciente varón de 72 años de edad que se presentó con cuadro de intenso dolor abdominal de inicio súbito, acompañado de un episodio sincopal y signos de inestabilidad hemodinámica. Después de estabilización hemodinámica y analítica, se realizó una ecografía abdominal que objetivó abundante líquido libre intraabdominal, así como una lesión ocupante de espacio (LOE) a nivel hepático. La tomografía computarizada abdominal con contraste demostró un hígado de aspecto cirrótico con una gran LOE de características radiológicas compatibles con hepatocarcinoma, así como abundante líquido libre perihepático y periesplénico (fig. 1). Se llevo a cabo una aortografía abdominal, en la que se observó una estenosis muy severa de la arteria del tronco celiaco que imposibilitó cateterizarla y la embolización del vaso sangrante.

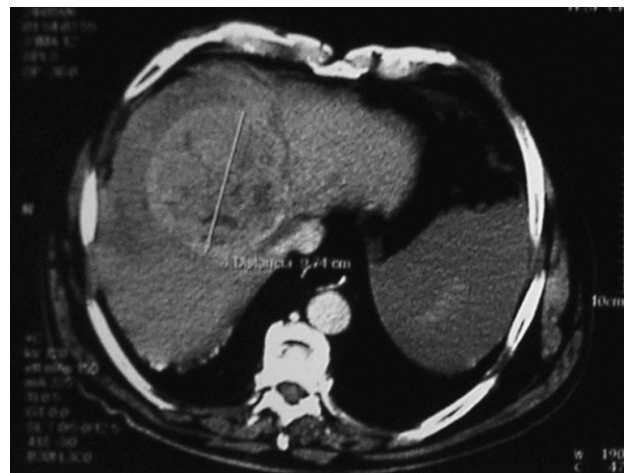


Fig. 1. Tomografía computarizada abdominal con contraste: hígado de aspecto cirrótico con una gran LOE de características radiológicas compatibles con hepatocarcinoma, así como abundante líquido libre perihepático y periesplénico.

El carcinoma hepatocelular, en la mayoría de los pacientes (90-95%), se asocia a cirrosis hepática¹. La rotura espontánea es una complicación poco frecuente pero de extrema gravedad, que posiblemente se deba a una rápida expansión tumoral secundaria a pequeños sangrados en el interior del tumor.

El diagnóstico de aproximación se basa en la paracentesis abdominal, la ecografía, la tomografía computarizada o la angiografía, con las que se obtiene diagnósticos en el 86, el 66, el 100 y el 20%, respectivamente².

El tratamiento es fundamentalmente quirúrgico (hepatectomía, *packing*, ligadura de la arteria hepática y sutura directa). El tratamiento conservador ha demostrado ser efectivo³. La embolización intraarterial es el pilar sobre el que se sustenta el manejo conservador de estos enfermos, aunque la idoneidad del empleo de esta técnica de forma urgente, especialmente en los pacientes con deterioro de la función hepática, no está totalmente demostrada⁴. Otra opción terapéutica es la ablación por radiofrecuencia conjuntamente con las técnicas quirúrgicas, aunque actualmente su uso es muy limitado⁵.

Borja Suberviola, Alejandro González-Castro, Francisco Javier Burón y Ángeles de Celis

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria), España.

Bibliografía

- Ramía JM, Villar J, Muffak K, Medina A, Garrote D, Ferron JA. Hepatocarcinoma en hígado no cirrótico. *Cir Esp*. 2006;80:111-3.
- Trigo A, Fernández M, Martínez L, García-Cossio J. Hemoperitoneo masivo agudo espontáneo secundario a hepatocarcinoma tratado con embolización intraarterial selectiva. *Emergencias*. 1999;11:247-9.
- Xu HS, Yan JB. Conservative management of spontaneous ruptured hepatocellular carcinoma. *Am Surg*. 1994;60:629-33.
- Chen WK, Chang YT, Chung YT, Yang HR. Outcomes of emergency treatment in ruptured hepatocellular carcinoma in the ED. *Am J Emerg Med*. 2005;23:730-6.
- Ng KK, Lam CM, Poon RT, Law WL, Seto CL, Fan ST. Radiofrequency ablation as a salvage procedure for ruptured hepatocellular carcinoma. *Hepatogastroenterology*. 2003;50:1641-3.



Somatostatinoma pancreático de comportamiento inusual

Sr. Director:

El somatostatinoma es un tumor neuroendocrino productor de somatostatina que supone el 1% de las tumores endocrinas gastrointestinales.

Aportamos el caso de un somatostatinoma pancreático de gran tamaño tratado mediante pancreatectomía total. Se trataba de una mujer de 45 años con antecedentes de

etilismo crónico que consultó por dolor abdominal, vómitos y diarrea esteatorreica acompañados de síndrome constitucional y masa palpable en epigastrio-hipocondrio derecho de unos 15 cm.

En la analítica general realizada se detectó: glucosa, 167 mg/dl; GGT, 1.274 U/l; fosfatasa alcalina, 412 U/l, y calcio 19,60 mg/dl, que tras descartar otras causas se interpretó como hipercalcemia tumoral.

La tomografía computarizada (TC) evidenció una gran masa sólida dependiente de la cabeza pancreática, con dilatación de la vía biliar intrahepática y extrahepática, colelitiasis y pseudoquiste de 6 cm en la cola pancreática (fig. 1).

En la intervención quirúrgica, tras confirmar los hallazgos radiológicos, se realizó una duodenopancreatectomía total con preservación pilórica y esplenectomía con preservación de bazo supernumerario.

El estudio anatomopatológico fue informado como tumor endocrino de cabeza pancreática y pancreatitis crónica segmentaria de cuerpo y cola con pseudoquiste caudal y colelitiasis. El estudio inmunohistoquímico mostró positividad para somatostatina y sinaptofisina.

Tras 4 años de la intervención con seguimiento mediante determinación periódica de concentraciones de somatostatina, TC abdominal y gammagrafía con octeotrida marcada, la paciente permanece sin evidencia de enfermedad.

Este tipo de tumor asienta en dos localizaciones preferentes: pancreática y duodenal. La primera, más frecuente en mujeres¹, ocurre en el 75% de los casos y en la mayoría de ellos se concreta en la cabeza pancreática^{1,2}. En ella y probablemente por una mayor secreción hormonal, suele cursar con el llamado síndrome de somatostatino, que consiste en la combinación de diabetes mellitus, colelitiasis y esteatorrea.

En nuestro caso, la paciente presentaba los síntomas clásicos y los criterios histológicos, por lo que, según las recomendaciones de la International Classification of En-

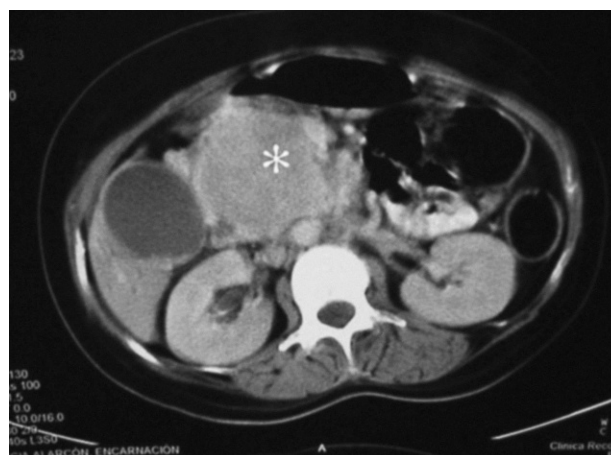


Fig.1. Tomografía computarizada abdominal. Gran masa sólida dependiente de la cabeza pancreática (*) con dilatación de la vía biliar intrahepática y extrahepática. Dilatación del conducto de Wirsung. Colelitiasis. Imagen de pseudoquiste en cola de páncreas.