

CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Cartas científicas

Resección de adenoma hepático gigante

Resection of a giant hepatic lymph node

Mujer de 19 años, proveniente de Senegal, con antecedentes de paludismo y asma, tratada médicamente, no refería ninguna otra sintomatología ni la toma de anticonceptivos orales.

Es derivada del servicio de enfermedades respiratorias, por el hallazgo, en una radiografía de tórax, de una elevación diafragmática derecha más acentuada que lo habitual.

Se le realizó una tomografía torácica, que puso en evidencia un síndrome restrictivo en relación con una elevación diafragmática derecha con hepatomegalia importante con una imagen hipodensa en su centro.

Luego se prosiguió con una tomografía abdominopélvica que confirmó la presencia de una masa hepática que medía 22 × 10 cm de eje transversal (fig. 1), ocupaba los segmentos IV, VII y VIII y desplazaba el hígado hacia la izquierda, sin signos de infiltración. La rama izquierda de la vena porta está comprimida pero permeable.

Esta lesión presentaba una vascularización arterial importante con múltiples placas de necrosis.

Las imágenes eran indicativas de un adenoma, por lo cual se realizó una punción biopsica del hígado y se concluyó que la muestra podría corresponder con un adenoma hepatocitario.

Se conformó, para esta cirugía, un equipo multidisciplinario que involucró a cirujanos, reanimadores, gastroenterólogos y radiólogos intervencionistas. De esta manera, se pudo seleccionar de manera conjunta el tratamiento a realizar. Éste consistió en una hepatectomía derecha ampliada, en la cual se intentó conservar la mayor cantidad posible de órgano viable.

La microscopia evidenció una pieza de 1.480 g, de 23 × 16 × 6 cm, que correspondía a un tumor encapsulado. El diagnóstico fue de adenoma hepatocitario con límites quirúrgicos libres.

A las 48 h después de la cirugía, como se había planificado, se realizó la exploración del lecho quirúrgico. Cuidadosa hemostasia, remoción del *parking* y cambio de drenajes. La reintervención transcurrió sin ninguna complicación.

Luego de haber transcurrido 5 días de la segunda cirugía, la paciente presentó una hemorragia por el orificio del drenaje derecho. La tomografía mostró una hemorragia activa en el lecho quirúrgico, colección en el espacio de Morrison de

46 × 58 mm, probablemente hemática. Colección pleural derecha en relación con una atelectasia.

El gesto quirúrgico consistió en remoción de la colección, hemostasia por medio de sutura de pequeños vasos sangrantes y colocación de drenajes en el lecho.

La paciente evolucionó favorablemente y se le dio el alta.

El adenoma hepatocelular es un tumor epitelial benigno constituido por una proliferación hepatocítica que responde a múltiples causas¹.

Estos tumores pueden presentarse como nódulos únicos o pedunculados, de tamaño variable, que incluso pueden alcanzar hasta 30 cm de diámetro. Un 30–40% de los enfermos pueden presentar lesiones múltiples, y en los casos en que éstas sean más de 10, se los considera como adenomiomatosis hepática².

Su presentación es única en el 80% de los casos, en que se denota una cápsula periférica que lo diferencia de las HNF. Su color es habitualmente más claro que el parénquima que lo rodea³.

Generalmente, estos tumores no producen ningún síntoma hasta que alcanzan un determinado tamaño, y suelen ser hallazgos casuales, en imágenes o quirúrgicos, como en el caso que describimos en esta presentación⁴.

La resección hepática está indicada en los tumores que exceden los 5 cm de diámetro o en caso de ocurrir complicaciones, como hemorragia, rotura y dolor⁵, además de la posibilidad de transformación maligna^{4,6}.

El caso que ponemos a discusión presentaba un tumor de tamaño considerablemente mayor que lo habitual. Las consecuencias, tanto para el tratamiento expectante como para el quirúrgico, pueden llegar a ser graves. Si la opción era continuar con un tratamiento clínico, cabe remarcar que la posibilidad de una rotura intraabdominal era posible debido a su gran volumen y, por otro lado, de que éste ya haya sufrido transformación maligna, tal como se describe en la literatura en relación con esta enfermedad.

Para la opción quirúrgica, la estrategia se basó en realizar una resección, intentando conservar la mayor cantidad posible de tejido viable. Para esto fue necesario un meticuloso estudio de imagen, especialmente una reconstrucción del árbol arteriovenoso del órgano.

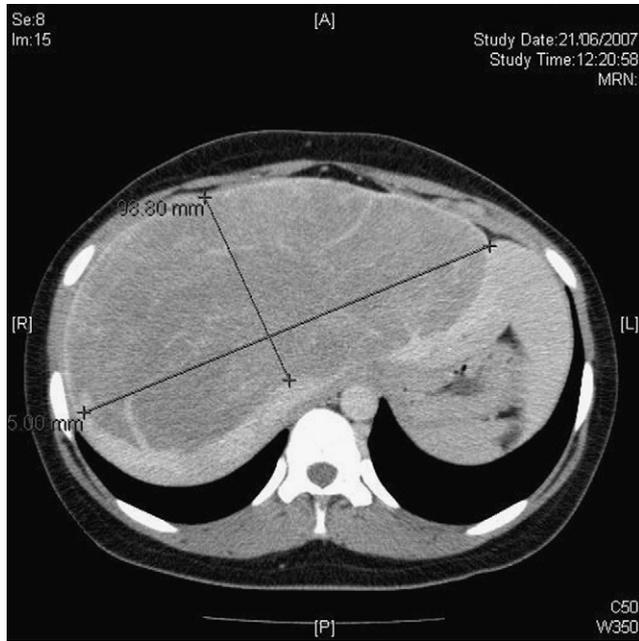


Figura 1 - Tumor hepático que mide 22 × 10 cm de eje transversal.

Estaba previsto, ante la posibilidad de que se presentara un fallo hepático, realizar un trasplante de hígado urgente. El cual ha sido descrito como una opción para estos pacientes ante el riesgo de graves complicaciones⁷. Sin embargo, la posibilidad de un trasplante genera un número importante de interrogantes en relación con su tratamiento. Se proponen

diferentes tratamientos en la literatura, que dependerán de la experiencia y los medios del equipo tratante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Knowles II DM, Casarella WJ, Johnson PM, Wolff M. The clinical, radiologic, and pathologic characterization of benign hepatic neoplasms. Alleged association with oral contraceptives. *Medicine (Baltimore)*. 1978;57:223-37.
2. Palomo Sánchez JC, Castro García A, Alonso Vallejo FJ, Relanzón Molinero S, Sánchez de la Fuente MF, Caballero Gómez F, et al. Adenoma hepático. *Oncología*. 2004;27:307-10.
3. De Santibañes E. Manejo de los tumores hepáticos [citado 10 Oct 2007]. Disponible en: <http://www.aac.org.ar/PDF/UT0902.pdf>.
4. De Rave S, Hussain SM. A liver tumour as an incidental finding: differential diagnosis and treatment. *Scand J Gastroenterol Suppl*. 2002(236):81-6.
5. Terkivatan T, De Wilt JH, De Mann R, Vanrijn R, et al. Treatment of ruptured hepatocellular adenoma. *Br J Surg*. 2001;88:207-9.
6. Choi BY, Nguyen MH. The diagnosis and management of benign hepatic tumors. *J Clin Gastroenterol*. 2005;39:401-12.
7. Mueller J, Keeffe EB, Esquivel CO. Liver transplantation for treatment of giant hepatocellular adenomas. *Liver Transpl Surg*. 1995;1:99-102.

Fernando Coronel* y Francis Navarro

Servicio de Cirugía, Hospital Saint Eloi (CHU), Montpellier, Francia

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fmcoronel@yahoo.com.ar (F. Coronel).

doi:10.1016/j.ciresp.2008.04.001

Tumor de células dendríticas foliculares en mediastino anterior

Follicular dendritic cell tumour in the anterior mediastinum

El tumor de células dendríticas foliculares (TCDF) es poco común y asienta preferentemente en ganglios linfáticos (en las áreas B), aunque también puede afectar a la zona extraganglionar. Sólo han sido descritos en la literatura unos 60 casos, de los cuales el 60% se originó en los ganglios linfáticos¹. El TCDF puede recurrir o metastatizar muchos años después de su diagnóstico, por lo tanto, su potencial maligno puede ser subestimado². Presentamos el caso de una paciente de 46 años con un TCDF que se localizaba en el mediastino anterior, una localización muy rara para este tipo de tumor ya que aún no hay comunicaciones al respecto.

Se trataba de una paciente de 46 años que comenzó con dolor en el hombro y el brazo izquierdo que se irradiaba al cuello, fue tratada con analgésicos y antiinflamatorios no

esteroides, sin que cediera la sintomatología. Presentaba una pequeña tumoración en la zona anterior del cuello que había crecido desde las últimas 3 semanas, también refería leve disfagia a sólidos. No refería ningún otro síntoma ni antecedentes de interés. A la exploración se identificó una tumoración móvil y blanda en la región anterior del cuello. Los datos analíticos no mostraron alteración alguna. A continuación se le realizó una radiografía de tórax que reveló una masa en el mediastino anterior, seguidamente la tomografía computarizada (fig. 1) y la resonancia magnética de tórax mostraron una tumoración lobular sólida en la región anterior e izquierda del mediastino, con un tamaño de 11 × 9 × 13 cm que contactaba ampliamente con el pericardio sin poder descartar su infiltración. El tumor desplazaba el