

Figura 2 - Imagen del divertículo de Meckel edematoso (flecha negra) y línea eritematosa de invaginación preexéresis (flecha blanca).

preoperatorio puede realizarse ante una alta sospecha clínica y empleando la TC como herramienta diagnóstica (capaz de identificar el 58-100% de los casos)¹⁻⁵.

La invaginación se ha clasificado de acuerdo con su localización y potencial malignidad. Las invaginaciones localizadas en el intestino delgado son predominantemente benignas (el 90% de los casos), y su etiología es lipoma (30%), divertículo de Meckel (15%) y adenoma (7%). Por otra parte, las invaginaciones localizadas en el colon son en su mayoría lesiones malignas, habitualmente adenocarcinomas (84%) y linfomas (9%)⁴.

Por tanto, en pacientes con invaginación ileocecal o colocolica, especialmente en mayores de 60 años, debido a la alta incidencia de malignidad como factor etiológico, el tratamiento recomendado sería la resección con criterios oncológicos, sin reducción previa o intraoperatoria de la

invaginación y con anastomosis primaria. Sin embargo, cuando puede establecerse el diagnóstico preoperatorio de lesión benigna, la reducción y la resección limitada constituyen el tratamiento de elección¹⁻³. Algunos autores indican que, ante una invaginación intestinal con el intestino viable y el divertículo de Meckel como mecanismo causal, la realización de una diverticulectomía representa un tratamiento óptimo^{2,3}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marinis A, Yiallourou A, Samanides L, Dafnios N, Anastasopoulos G, Vassiliou I, et al. Intussusception of the bowel in adults: A review. *World J Gastroenterol.* 2009;15:407-11.
2. Martín-Lorenzo JG, Torralba-Martínez A, Lirón-Ruiz R, Flores-Pastor B, Miguel-Perelló J, Aguilar-Jiménez J, et al. Intestinal invagination in adults: Preoperative diagnosis and management. *Int J Colorectal Dis.* 2004;19:68-72.
3. Wang LT, Chang-Chieh W, Jyn-Cherng Y, Cheng-wen H, Chia-Chun H, Shu-Wen J. Clinical entity and treatment strategies for adult intussusceptions: 20 years' experience. *Dis Colon Rectum.* 2007;50:1941-9.
4. Chiang JM, Lin YS. Tumor spectrum of adult intussusception. *J Surg Oncol.* 2008;98:444-7.
5. Erkan N, Hacıyanlı M, Yildirim M, Sayhan H, Vardar E, Polat AF. Intussusception in adults: An unusual and challenging condition for surgeons. *Int J Colorectal Dis.* 2005;20:452-6.

Ruby Elena Ramírez-Maldonado^{a,*}, Zoilo Madrazo-González^a, María Arantxa García-Barrasa^a, Sandra Ruiz Osuna^b y Antoni Rafecas-Renau^a

^aServicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^bServicio de Radiología, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elena.ramirez-maldonado@gmail.com (R.E. Ramírez-Maldonado).

doi:10.1016/j.ciresp.2009.07.005

Histiocitoma fibroso maligno como degeneración de una úlcera venosa [☆]

Malignant fibrous histiocytoma as degeneration of a venous ulcer

Las úlceras de las extremidades inferiores pueden afectar al 3% de la población, el 90% de éstas son de etiología venosa y, aunque pueden llegar a ser incapacitantes y suponer una importante carga económica por su cronicidad, generalmente siguen un curso benigno.

La degeneración neoplásica de una úlcera venosa es una entidad rara —ocurre en el 0,34% de éstas— y generalmente la producen carcinomas espinocelulares, mientras que los sarcomas representan menos del 5%. El histiocitoma fibroso maligno (HFM) es un tumor raro, cuya presentación sobre una

[☆]Trabajo presentado como panel científico en el XVI Congreso del Capítulo Español de Flebología dentro del LIV Congreso de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vasculard celebrado en Barcelona del 29 al 31 de mayo de 2008.



Figura 1 - Úlcera venosa con neoformación.

úlceras varicosas es excepcional —sólo se han descrito 3 casos— por lo que su publicación tiene interés. Presentamos un caso tratado en nuestro servicio¹⁻⁵.

Se trata de un varón de 72 años, sin antecedentes personales de interés salvo un síndrome postrombótico desde hacía 30 años tras un traumatismo, con una úlcera venosa de 8 años de evolución; el paciente fue remitido a nuestra consulta por empeoramiento de ésta en los últimos meses. A la exploración presentaba una úlcera extensa en la cara anterointerna infragénica de la extremidad inferior izquierda, con una excrecencia sobre su superficie de unos 10 cm de diámetro (fig. 1). Con la sospecha de degeneración neoplásica de la úlcera, se le realizó un estudio radiográfico en el que se descartó la afectación ósea, así como un estudio con resonancia nuclear magnética en el que se observó que la masa estaba confinada en los planos superficiales, sin traspasar la fascia muscular, y también se descartó la presencia de adenopatías metastásicas locorregionales (fig. 2). Se decidió entonces realizar la exéresis de la neoformación, intentando dejar márgenes amplios libres de enfermedad así como la fascia muscular por debajo de la masa. Se remitió la pieza para un estudio anatomopatológico, en el que se observó la presencia de células fusiformes con alto índice mitótico, positivas para actina, vimentina y CD68, y se diagnosticó de HFM subtipo pleomórfico. Además, la presencia del marcador Ki-67 positivo en más del 20% de las células indicaba una gran agresividad de éste. Se envió entonces al paciente al Servicio de Oncología, donde no se realizó ningún tratamiento adyuvante. A los 3 meses presentó recidiva de la neoformación, con hemorragias de repetición y anemia importante, así como importante afectación tisular que hacían inviable la extremidad, por lo que se decidió realizar amputación supracondílea de ésta.

Los sarcomas son neoplasias malignas de origen mesenquimal y representan el 1% de las neoplasias en el adulto; el HFM es el más frecuente —representa entre el 11 y el 22% de éstos— seguido del liposarcoma. Puede aparecer en cualquier localización, aunque es más frecuente en las extremidades y en el retroperitoneo⁶.

Son tumores agresivos, lo que quizás explique por qué pasaron pocos años desde la aparición de la úlcera hasta su



Figura 2 - Resonancia magnética.

degeneración en nuestro caso. Sólo 2/3 de los pacientes que los padecen siguen vivos a los 5 años y las metástasis más frecuentes, aparte de las ganglionares locorregionales, son las pulmonares. Tienen también una alta tasa de recidiva —ocurre hasta en 1/3 pacientes, como en nuestro caso— sobre todo si ha habido recidivas previas o si los márgenes quirúrgicos están afectados^{7,8}.

El pronóstico de estos pacientes va a depender sobre todo del grado del tumor, de la extensión, de la edad —peor a más edad— y de si hay márgenes quirúrgicos con enfermedad. El tratamiento es la exéresis amplia, dejando márgenes libres de tumor de al menos 1 cm. En nuestro caso para conseguirlo incluimos la fascia muscular, ya que estos tumores generalmente no la traspasan. La radioterapia, aunque es útil en general para el tratamiento de los sarcomas, no ha demostrado claramente utilidad en el HFM. La amputación de la extremidad se reserva para tumores muy extensos o en casos de recidiva. Con estos tratamientos se puede llegar a conseguir tasas de curación del 90%, sobre todo si se realizan precozmente⁷⁻⁹. Por lo tanto, es importante realizar un diagnóstico precoz en este tipo de tumores debido a que son muy agresivos y sobre todo a que son potencialmente curables.

BIBLIOGRAFÍA

- Berth-Jones J, Graham-Brown RAC, Fletcher A, Henderson HP, Barrie WW. Malignant fibrous histiocytoma: A new complication of chronic venous ulceration. *BMJ*. 1989;298:230-1.
- Agullo FJ, Santillan AA, Miller WT. Image of the month. Marjolin Ulcer. *Arch Surg*. 2006;141:1143-4.
- Fuentes-Marco JM, Maeso-Lebrún J, Bellmunt-Montoya S, Boqué-Torremonell M, Allegue-Allegue N, Ruiz MC, et al. Degeneración neoplásica de una úlcera venosa. *Angiología*. 2001;53:84-8.
- Ferrer del Castillo EA, Pérez Hernandez JR. Úlcera venosa crónica malignizada. Presentación de un caso. *Angiología*. 2008;60:67-70.
- Martínez-Ramos D, Villalba-Munera V, Molina-Martínez J, Salvador-Sanchís JL. Úlcera de Marjolin sobre una úlcera venosa crónica: Revisión de la bibliografía y comunicación de un caso. *Angiología*. 2006;58:63-6.
- Ros PR, Viamonte M, Rywlin AM. Malignant fibrous histiocytoma: Mesenchymal tumor of ubiquitous origin. *AJR Am J Roentgenol*. 1984;142:753-9.
- Salo JC, Lewis JJ, Woodruff JM, Leung DH, Brennan MF. Malignant fibrous histiocytoma of the extremity. *Cancer*. 1999;85:1765-72.
- Chuman H. Current topics in the diagnosis and treatment of malignant fibrous histiocytoma. *Gan To Kagaku Ryoho*. 2003;30:626-33.
- Atalar H, Basarir K, Yildiz Y, Saglik Y. Prognostic factors in patients with malignant fibrous histiocytoma of the extremities. *Acta Orthop Traumatol Turc*. 2007;41:271-6.

Andrés Álvarez Salgado*, Fernando Vaquero Lorenzo, María Vicente Santiago, María José Ramos Marcos y Luis Javier Álvarez Fernández

Servicio de Angiología y Cirugía Vasculard, Hospital de Cabueñes-Gijón, Asturias, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alsalan@gmail.com (A. Álvarez Salgado).

doi:10.1016/j.ciresp.2009.05.021

Íleo biliar. Abordaje asistido por laparoscopia

Biliary ileum. Assisted laparoscopic approach

El íleo biliar es una complicación infrecuente de la litiasis vesicular, caracterizada por la migración de uno o más cálculos a través de una fístula bilio-digestiva (el 68% es colecistoduodenal)¹, con la posterior impactación y oclusión de la luz del intestino. El tratamiento de elección aceptado es la cirugía, con enterotomía y extracción del cálculo, y es más discutida la reparación de la fístula durante el mismo acto quirúrgico². El abordaje laparoscópico en estas situaciones puede ser beneficioso³, aunque se han descrito pocos casos en la literatura científica internacional, por lo que resulta de

interés comunicar nuestra experiencia con este abordaje en un paciente diagnosticado de íleo biliar.

Mujer de 70 años, con el antecedente de artritis reumatoide en tratamiento con corticoides, que ingresó en nuestro servicio por un cuadro de 2 días de evolución de oclusión intestinal incompleta. En la radiografía antero-posterior del abdomen se observó una dilatación proximal de las asas del intestino delgado y una imagen de cálculo de gran tamaño en el hemiabdomen derecho. Asimismo, la ecografía abdominal confirmó la localización del cálculo en el interior de un asa del

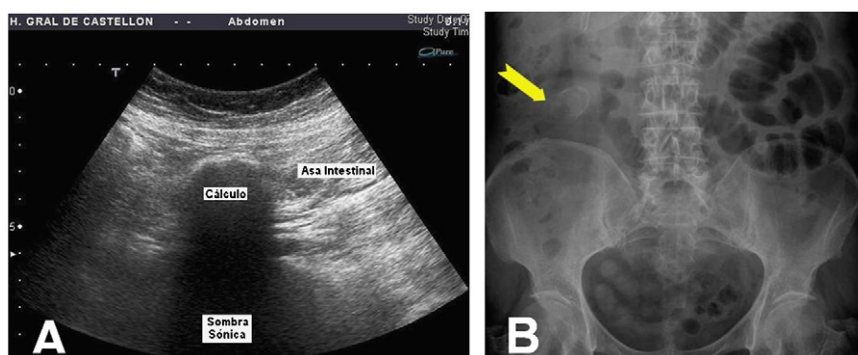


Figura 1 – A) Imagen de ecografía en la que se aprecia una imagen de cálculo, con sombra sónica posterior dentro de un asa. B) Imagen de radiografía simple del abdomen donde se aprecian asas del intestino delgado dilatadas y un cálculo en hipocondrio derecho (flecha).