



Figura 2 – Imagen postoperatoria.

vertidos en el abordaje abierto⁵. Debido a que no suelen ser necesarias maniobras importantes de triangulación/tracción, la utilización de dispositivos de puerto único multicanal no dificulta de manera significativa la realización del procedimiento.

Consideramos que el abordaje laparoscópico con una única incisión, mediante un dispositivo de puerto único multicanal, puede ser una alternativa factible y segura para la reparación de las eventraciones de la pared abdominal al aportar una menor invasividad a los beneficios ya reconocidos al abordaje laparoscópico convencional con 3 puertos. Indudablemente, se necesitan estudios clínicos y de coste-beneficio que

permitan establecer las ventajas que este nuevo abordaje puede proporcionar a los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sajid MS, Bokhari SA, Mallick AS, Cheek E, Baig MK. Laparoscopic versus open repair of incisional/ventral hernia: A meta-analysis. *Am J Surg.* 2009;197:64-72.
2. Vidal O, Valentini M, Ginestà C, Benarroch G, García-Valdecasas JC. Single incision laparoscopic appendectomy (SILS): Initial experience. *Cir Esp.* 2009;85:317-9.
3. Raman JD, Bagrodia A, Cadeddu JA. Single-incision, umbilical laparoscopic versus conventional laparoscopic nephrectomy a comparison of perioperative outcomes and short-term measures of convalescence. *Eur Urol.* 2009;55:1198-204.
4. Barbaros U, Dinççağ A. Single incision laparoscopic splenectomy: The first two cases. *J Gastrointest Surg.* 2009;13:1520-3.
5. Shiwani MH, Whitfield CG. Laparoscopic repair of incisional hernia: A valid option. *J Pak Med Assoc.* 2009;59:263-4.

J. Daniel Sánchez López*, Jesús Garijo Alvarez, Luis García-Sancho Téllez, Fátima Sánchez-Cabezudo Noguera y Jesús Torres Jiménez

Servicio de Cirugía General, Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: dasalop@gmail.com, dasalop@telefonica.es (J.D. Sánchez López).

doi:10.1016/j.ciresp.2009.10.001

Presentación clínica infrecuente de cistoadenoma biliar

Unusual clinical presentation of biliary cystadenoma

Actualmente, el desarrollo de las técnicas de imagen ha permitido que el diagnóstico de las tumoraciones hepáticas se obtenga habitualmente mediante éstas, y es cada vez más excepcional recurrir al empleo de la biopsia percutánea. En ocasiones, por situaciones especiales como es la de este caso, es posible confundir al cistoadenoma biliar (CB) con otras tumoraciones quísticas complejas, entre ellas el absceso hepático.

Presentamos el caso de un paciente varón de 45 años, sin antecedentes de interés, salvo frecuentes viajes intercontinentales, con clínica de varios días de evolución de febrícula vespertina, dolor en el hemiabdomen superior y una imagen compatible con absceso hepático tras estudio inicial ecográfico (fig. 1). Se procedió a la colocación de drenaje percutáneo, el que obtuvo líquido serohemático no purulento y no consiguió drenar totalmente la lesión debido a la presencia de tabiques fibrosos internos. Se envió al paciente a nuestro centro para completar el

estudio. Se instauró tratamiento antibiótico de amplio espectro, con el que cedió la clínica febril. Los hemocultivos y el cultivo del aspirado resultaron negativos. En la analítica sanguínea se observó 14.000 leucocitos/mm³ (4.500-10.500), 0,8 mg/dl (<1) de bilirrubina total, 273 U/l (40-120) de fosfatasa alcalina, 230 U/l (8-38) de GGT, y 467 U/ml (<37) de CA 19/9 plasmático. El resto de los parámetros estaba dentro de la normalidad. La serología de hidatidosis fue negativa. En la TC con contraste i.v. se observó una lesión quística bien delimitada de 9 cm de diámetro, ubicada en el lóbulo hepático izquierdo, multitabuada y sin realce anular periférico (fig. 2). En una ecografía realizada 48 h después, la lesión había reducido su tamaño a 4 cm, presentaba una mínima cantidad de líquido en su interior y la punta del catéter se encontraba fuera de ésta. Se procedió a la colocación de un nuevo drenaje percutáneo y se descartó la comunicación de la lesión con el tracto biliar tras inyección de contraste; los hallazgos fueron compatibles con el proceso

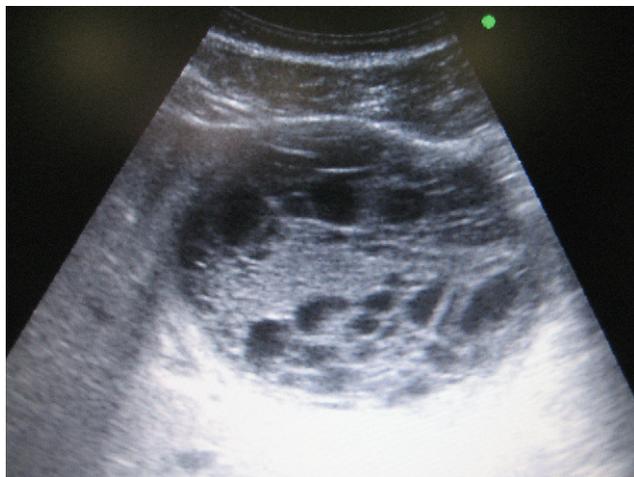


Figura 1 – Ecografía abdominal que muestra lesión quística compleja y multitabuada con niveles hidroaéreos internos.

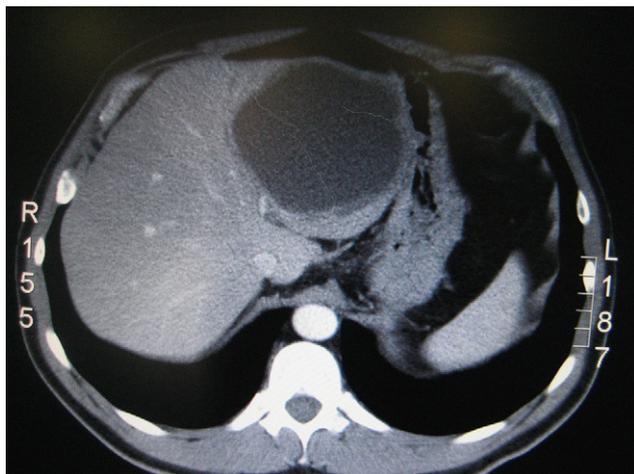


Figura 2 – TC abdominal con contraste i.v. que muestra una lesión quística con tabiques internos ubicada en el lóbulo hepático izquierdo.

inflamatorio en resolución. Durante el procedimiento se aspiró líquido intraquístico para un nuevo estudio citológico (que descartó la presencia de células malignas) y bioquímico (CA 19/9 de 30.740 U/ml). Bajo el diagnóstico preoperatorio de CB hepático complicado, se intervino quirúrgicamente al paciente: se observó una lesión retráctil sobre el lóbulo hepático izquierdo con adenopatías hiliares. Tras descartar otras lesiones hepáticas en la ecografía intraoperatoria, se realizó lobectomía izquierda y linfadenectomía del hilio hepático. El postoperatorio transcurrió sin incidencias y se dio el alta al paciente al cuarto día. El informe anatomopatológico descartó malignidad y el paciente se trató de CB abscesificado con adenopatías reactivas inflamatorias. El CB es una tumoración quística poco frecuente (aproximadamente el 5%¹) y de estirpe benigna (aunque con capacidad de malignizar a cistoadenocarcinoma). Histológicamente está constituido por un epitelio cilíndrico con estroma subyacente (semejante al ovárico), con indentaciones epiteliales y tabicaciones internas². Posee características radiológicas que habitualmente permiten

distinguirlo del resto de las tumoraciones quísticas hepáticas, entre ellas el quiste simple, el quiste hidatídico o las tumoraciones metastásicas con necrosis interna (típicamente, aunque no específicamente, de tumores neuroendocrinos)^{1,3,4}. Ecográficamente, el CB aparece como una tumoración quística bien delimitada, de contenido hipoecoico heterogéneo, con características tabicaciones internas que le dan un aspecto multiquístico. En la TC y en la RMN pueden evidenciarse además de los septos internos, el grosor más o menos uniforme de su epitelio parietal, con proyecciones papilares internas. La clínica del CB va a depender fundamentalmente de su tamaño y de su localización, pueden variar desde la ausencia sintomática (en los casos de hallazgo casual en pruebas de imagen) hasta casos con clínica debida a ocupación de espacio, lo que provoca malestar en el hipocondrio derecho o sensación de saciedad precoz; además, el CB también puede provocar clínica por complicaciones locales sobre él mismo (hemorragia o infección)⁴⁻⁶. Debido a su origen epitelial biliar, es frecuente encontrar una discreta elevación plasmática del CA 19/9 y CEA, más evidente en el líquido intraquístico. Según la biografía consultada, los niveles de CA 19/9 intraquísticos de nuestro caso son los más elevados hasta ahora publicados (30.740 U/ml). Sin embargo, esta elevación carece de utilidad diagnóstica, ya que puede encontrarse también en quistes hepáticos simples y tampoco permite distinguir un CB de un cistoadenocarcinoma^{4,7}. El CB siempre ha de extirparse quirúrgicamente debido a la posibilidad de malignización hacia cistoadenocarcinoma^{4-6,8}. Desafortunadamente, ni la elevación de los marcadores tumorales ni las pruebas de imagen son capaces de distinguir con certeza entre CB y cistoadenocarcinoma^{4,6,8}, y la punción percutánea queda proscrita por el riesgo de siembra peritoneal⁵. A pesar de tratarse de una lesión benigna, la enucleación del CB no es suficiente, pues presenta un mayor índice de recidiva y existen casos descritos de CB con focos aislados de cistoadenocarcinoma⁹, que podrían pasar desapercibidos en el estudio biopsico intraoperatorio¹⁰. Por esto, y dada la imposibilidad para distinguir preoperatoriamente entre CB y cistoadenocarcinoma, el tratamiento de elección ha de ser la resección radical de la lesión^{4,8,10}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kinoshita H, Tanimura H, Onishi H, Kasano Y, Uchiyama K, Yamaue H, et al. Clinical features and imaging diagnosis of biliary cystadenocarcinoma of the liver. *Hepatogastroenterology*. 2001;48:250-2.
2. Ferrell L. Benign and malignant tumors of the liver. En: Odze RD, Goldblum JR, Crawford JM, editores. *Surgical pathology of the GI tract, liver, biliary tract, and pancreas*. Saunders; 2004: p. 1015-6.
3. Palacios E, Shannon M, Solomon C, Guzman M. Biliary cystadenoma: Ultrasound, CT, and MRI. *Gastrointest Radiol*. 1990;15:313-6.
4. Delis SG, Touloumis Z, Bakoyiannis A, Tassopoulos N, Paraskeva K, Athanassiou K, et al. Intrahepatic biliary cystadenoma: A need for radical resection. *Eur J Gastroenterol*. 2008;20:10-4.
5. Hai S, Hirobashi K, Uenishi T, Yamamoto T, Shuto T, Tanaka H, et al. Surgical management of cystic hepatic neoplasms. *J Gastroenterol*. 2003;38:759-64.

6. Hansman MF, Ryan JA, Holmes 4^o JH, Hogan S, Lee FT, Kramer D, et al. Management and long-term follow-up of hepatic cysts. *Am J Surg.* 2001;181:404-10.
7. Park KH, Kim JS, Lee JH, Kim HJ, Kim JY, Yeon JE. Significances of serum level and immunohistochemical stain of CA19-9 in simple hepatic cysts and intrahepatic biliary cystic neoplasm's. *Korean J Gastroenterol.* 2006;47:52-8.
8. Vogt DP, Henderson JM, Chmielewski E. Cystadenoma and cystadenocarcinoma of the liver: A single center experience. *J Am Coll Surg.* 2005;200:727-33.
9. Devaney K, Goodman ZD, Ishak KG. Hepatobiliary cystadenoma and cystadenocarcinoma: A light microscopic and immunohistochemical study of 70 patients. *Am J Surg Pathol.* 1994;18:1078-91.
10. Thomas KT, Welch D, Trueblood A, Sulur P, Wise P, Gorden DL, et al. Effective treatment of biliary cystadenoma. *Ann Surg.* 2005;241:769-73.. 773-5.

José Manuel Navarro Rodríguez^{a,*}, Juan Francisco Orbis Castellanos^b, Yurena Sosa Quesada^b, Eva Montalvá Orón^b y José Mir Pallardó^b

^aServicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital General Universitario de Elche, Alicante, España

^bServicio de Cirugía General y Digestiva, Unidad Hepática, Hospital Universitario La Fe, Valencia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jomanarrocir@hotmail.com (J.M. Navarro Rodríguez).

doi:10.1016/j.ciresp.2009.11.013

Valor diagnóstico de la laparoscopia en la linfomatosis peritoneal

Diagnostic value of laparoscopy in Peritoneal Lymphomatosis

La localización gastrointestinal de los linfomas no hodgkinianos (LNH) es bien conocida, y la extranodal representa su principal localización. Sin embargo, la linfomatosis peritoneal es una entidad muy poco frecuente, que en muchos aspectos es difícil de distinguir de la carcinomatosis peritoneal. El interés de su detección es su tratamiento médico sin necesidad de tratamiento quirúrgico y su mejor pronóstico.

Presentamos un caso clínico en el que el uso de la laparoscopia determinó el diagnóstico de linfomatosis peritoneal por linfoma difuso de células grandes B (LDCGB) tras no haberse confirmado la histología con el estudio diagnóstico habitual.

Varón de 43 años, exfumador de 40 cigarrillos al día hasta hacía 5 años. Historia de dolor abdominal de 2 años de evolución, pérdida de 20 kg en el último año, anorexia intensa y sudoración de predominio nocturno. Ingresó por aumento progresivo del perímetro abdominal en los últimos 15 días. A la exploración presentaba ascitis a tensión, asociada a esplenomegalia gigante levemente dolorosa. Se realizó una tomografía computarizada (TC) en la que se observó esplenomegalia de 25 cm con probable infiltración del páncreas, trombosis de vena esplénica, 2 lesiones sólidas en el hígado derecho de 2 y 4 cm, múltiples adenopatías intraperitoneales y retroperitoneales, con un conglomerado de 9 cm en ligamento gastrohepático, imágenes sólidas renales derechas, importante ascitis y múltiples imágenes nodulares a altura peritoneal y omental. Todo ello compatible con LNH de alto grado. Se realizaron hasta 3 citologías de la ascitis que no posibilitaron el diagnóstico y, ante la ausencia de adenopatías periféricas palpables, se decidió realizar una laparoscopia exploradora.

El paciente se colocó en decúbito supino con piernas abiertas y posición de *antitrendelemburg* de unos 20-30°. El cirujano se posicionó entre las piernas y el primer ayudante a la izquierda del paciente. Se colocaron 2 trocates de 12 mm (supraumbilical para la óptica de 0° y en hipocondrio izquierdo para el puerto de trabajo) y un trocar de 5 mm en el vacío derecho. Durante la cirugía se evacuaron 7 l de ascitis hemorrágica y se observó diseminación tumoral masiva por la superficie del epiplón y el peritoneo parietal, con un aspecto muy similar al de las carcinomatosis peritoneales (fig. 1). Se tomaron muestras de varios implantes que se

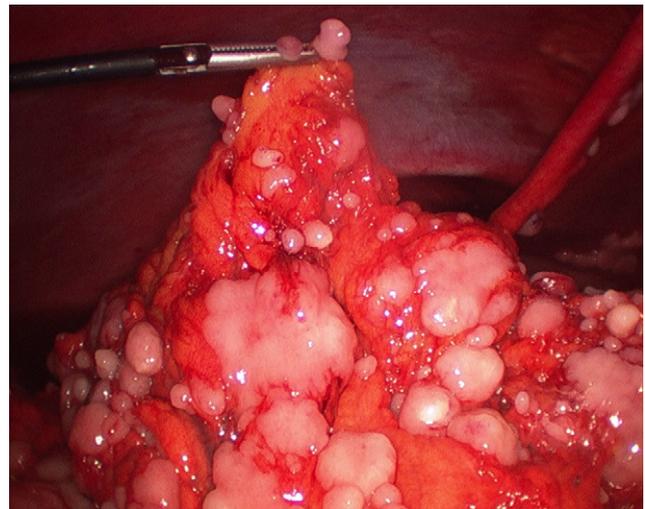


Figura 1 – Múltiples nódulos en peritoneo y epiplón mayor.