

localización del bazo, se debe modificar la posición del paciente y la colocación de los trócares habitual en las esplenectomías laparoscópicas electivas. Ajustando la posición del paciente según la fase de la intervención. En posición de Trendelenburg en la fase inicial y anti-Trendelenburg una vez recolocado el bazo a su situación habitual con lateralización derecha. Se han publicado un reducido número de casos de abordaje laparoscópico de una torsión esplénica, utilizándose especialmente en casos de urgencia diferida o de cirugía programada⁹. El abordaje más común en nuestro medio es la vía laparotómica¹⁰.

BIBLIOGRAFÍA

- Lane TM, South LM. Management of a wandering spleen. *J R Soc Med.* 1999;92:84-5.
- Moran JC, Shah U, Singer JA. Spontaneous ruptura of a wandering spleen: case report and literatura review. *Curr Surg.* 2003;18:554-6.
- Kniro I, Rifin MD. A truly wandering spleen. *J Ultrasound Med.* 1988;7:101-5.
- Morris PJ, Malt RA. 2nd ed.. Oxford textbook of surgery., Vol. 2, 2nd ed. Oxford: Oxford University Press. 1998. p. 2539.
- Desai D, Hebra A, Davidoff A, Schnauffer L. Wandering spleen: A challenging diagnosis. *South Medical J.* 1997;90:439-43.
- Soleimani M, Mehrabi A, Kashfi A, Fonouni H, Büchler MW, Kraus TW. Surgical treatment of patients with wandering spleen: report of six cases with a review of the literature. *Surg Today.* 2007;37:261-9.
- Palanivelu C, Rangarajan M, Senthilkumar R, Parthasarathi R, Kavalakat A. Laparoscopic mesh splenopexy (sandwich technique) for wandering spleen. *JLS.* 2007;11:246-51.
- Knauer EM, Ailawadi G, Yahanda A, Obermeyer RJ, Millie MP, Ojeda H, et al. 101 laparoscopic splenectomies for the treatment of benign and malignant hematologic disorders. *Am J Surg.* 2003;186:500-4.
- Castellón-Pavón C, Valderrábano-González S, Anchústegui-Melgarejo P, Álvarez-Álvarez J, Morales-Aretor S, Pérez-Algar C, et al. Esplenectomía laparoscópica por torsión de bazo ectópico. *Cir Esp.* 2006;80:406-8.
- Prieto-Montaña J, Salazar W, Reyna-Villasmil E. Torsión de bazo ectópico. *Cir Esp.* 2009;86:324-5.

Pere Planellas Giné*, Ramón Farrés Coll, José Ignacio Rodríguez-Hermosa, Marcel Pujadas de Palol y Antoni Codina Cazador

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Dr. Josep Trueta, Gerona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pplanellas.girona.ics@gencat.cat (P. Planellas Giné).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2010.12.016

Quiste hidatídico hepático durante el embarazo

Hepatic hydatid cyst during pregnancy

La incidencia de hidatidosis durante el embarazo es muy baja. Se estima un caso de hidatidosis por cada 20.000-30.000 embarazos. La disminución de la inmunidad celular explicaría la aparente rápida progresión de la hidatidosis durante el embarazo. El aumento de presión provocado por el útero grávido puede ocasionar la rotura de un quiste hidatídico. A su vez, el quiste ocupante de espacio puede inducir un parto prematuro. El tratamiento quirúrgico del quiste hidatídico hepático en una fase avanzada del embarazo puede resultar en rotura y precipitar el parto. La rotura del quiste hidatídico durante el parto puede provocar una reacción anafiláctica e incluso muerte de la madre y el feto¹.

Aunque la hidatidosis ha disminuido en España en los últimos años, la inmigración está provocando un aumento de su prevalencia. En la actualidad, los pacientes con hidatidosis avanzada suelen ser inmigrantes de países donde la enfermedad es endémica². Las molestias abdominales inespecíficas propias del embarazo pueden ocultar los síntomas de un quiste hidatídico hepático³.

Mujer de 21 años, de nacionalidad rumana, que vivía en España desde hacía 2 años y que no había viajado recientemente, embarazada de 13 semanas, que acudió a Urgencias por dolor en epigastrio de inicio súbito. Se palpaba masa dolorosa de gran tamaño en epigastrio. Analítica normal en sangre, excepto Hb 10,1 g/dL y 15.600 leucocitos (85% neutrófilos). Ecografía ginecológica normal. Ecografía abdominal que reveló masa quística de 10 x 15 cm en epigastrio (fig. 1a). La paciente permaneció ingresada y mejoró con tratamiento sintomático.

Ante el tamaño de la lesión y el episodio agudo, se decidió intervención quirúrgica diferida a la semana 16.ª de gestación. Previamente a la cirugía, se efectuó RNM que reveló una lesión bien delimitada de 18 x 10 x 11,8 cm en curvatura menor gástrica, que rechazaba cuerpo y antro gástrico hacia atrás y a la izquierda, limitaba con el páncreas, era hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 (fig. 1b). Los hallazgos sugerían un quiste de duplicación gástrica.

En la intervención, la masa dependía del lóbulo hepático izquierdo (fig. 2a) y se realizó resección en bloque con los



Figura 1 – a) Ecografía abdominal que reveló masa quística de 10 x 15 cm en epigastrio, anterior al estómago (EST) y bazo (BZ), sin contacto renal ni a retroperitoneo, de paredes gruesas, sin señal doppler en su interior, y sin definir su procedencia. b) RNM que reveló una lesión bien delimitada de 18 x 10 x 11,8 cm en curvatura menor gástrica, con pared fina excepto en su borde lateral izquierdo donde existía doble contorno y lobulación.

segmentos hepáticos II y III. En su borde izquierdo existía un plastrón inflamatorio que podría justificar la clínica por la que la paciente acudió a Urgencias. La paciente fue alta a los 7 días sin complicaciones. El examen anatómico-patológico reveló un quiste hidatídico hepático de 17 cm (fig. 2b). La paciente continuó seguimiento en consultas externas de alto riesgo de Obstetricia, y tuvo un parto a término por vía vaginal sin incidencias a los 5 meses de la intervención.

El diagnóstico de quiste hidatídico durante el embarazo es difícil³. La analítica no revela anomalías si el quiste no está complicado. La ecografía es la exploración idónea durante el embarazo, en especial durante el primer trimestre. Un quiste hidatídico no tabicado es indistinguible de un quiste hepático simple. Un quiste tabicado con múltiples vesículas puede

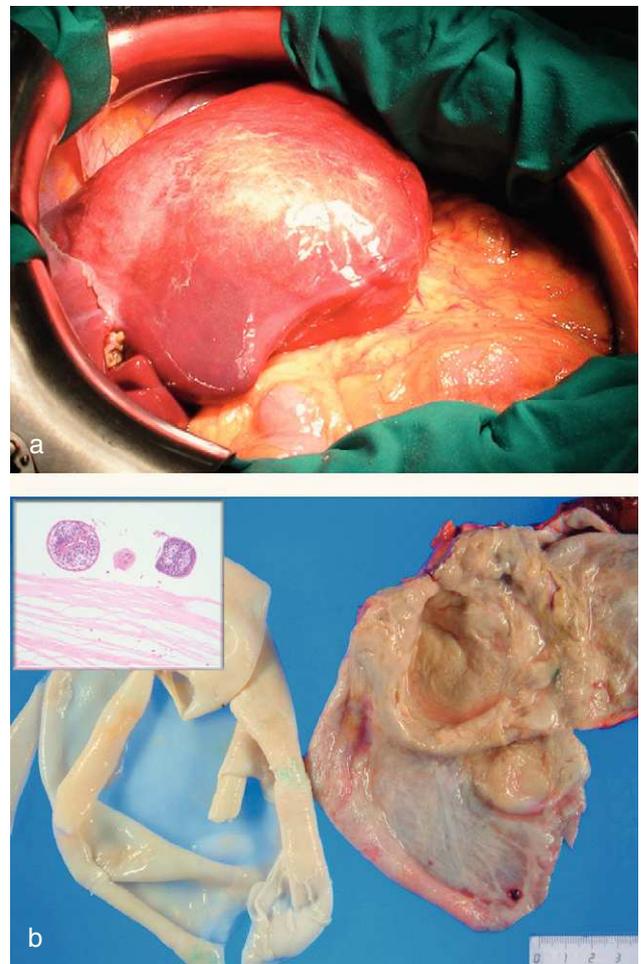


Figura 2 – a) La masa dependía del lóbulo hepático izquierdo. b) Imagen macroscópica de pared de quiste hidatídico con capa adventicia (derecha) y cutícula (izquierda); detalle microscópico (hematoxilina-eosina, 400 x) de cutícula y secciones transversales de *Echinococcus granulosus*.

detectarse más fácilmente. La TAC ofrece más información pero tiene el inconveniente de la radiación durante el embarazo. La RNM es una buena opción diagnóstica. Las pruebas para la detección de anticuerpos circulantes mediante inmunoelectroforesis, ELISA o Western blot ofrecen una capacidad diagnóstica superior al 90% en el quiste hidatídico hepático.

La mayoría de quistes hidatídicos hepáticos son únicos y se descubren de manera incidental o por el diagnóstico de alguna de sus complicaciones. El quiste hidatídico hepático crece a ritmo de 1 cm al año. Recientemente, esta revista ha publicado un caso de rotura a cavidad peritoneal de un quiste hidatídico hepático de 12 cm de diámetro mayor, en un paciente varón de 32 años en lista de espera para intervención del propio quiste⁴. La rotura no es infrecuente, ocurre en 1-8% de quistes hidatídicos hepáticos, provoca diseminación peritoneal y anafilaxis. La erosión biliar, responsable de colangitis y colestasis, y la diseminación extrahepática del quiste hacia el tórax entrañan especial gravedad⁵.

Ante un quiste hidatídico hepático se puede optar por observación, aspiración percutánea, tratamiento médico o cirugía³. La observación es una opción para quistes pequeños < 5 cm o calcificados. La aspiración percutánea, limitada a quistes univesiculares con la membrana íntegra o desprendida, suele acompañarse de instilación de una sustancia tóxica para los escolex (suero salino hipertónico) y reaspiración del contenido (una técnica conocida por las iniciales PAIR). Subsecuentes modificaciones han añadido la colocación de un drenaje permanente mediante técnica Seldinger y la fragmentación y aspiración de las vesículas hijas. Mebendazole y albendazole tienen riesgo teratogénico y embriotóxico y no pueden administrarse durante las primeras 10-12 semanas de embarazo. La cirugía ofrece la única opción curativa. Consiste en la evacuación del contenido seguida de esterilización y exéresis de las membranas, o en la resección hepática anatómica o no anatómica que incluya el quiste hidatídico.

El riesgo de aborto es máximo en el primer trimestre y disminuye a partir de las semanas 16-18. El segundo trimestre es el momento idóneo para la intervención ya que la morfogénesis fetal es completa, la placenta tiene buena capacidad funcional y el tamaño del útero no dificulta la cirugía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rahman MS, Geerts L, Gebhardt GS. A case of hydatid cyst associated with postpartum maternal death. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2006;27:693-6.

2. Yeh WW, Saint S, Weinberger SE. A growing problem. *N Engl J Med.* 2007;357:489-94.
3. Rodrigues G, Seetharam P. Management of hydatid disease (Echinococcosis) in pregnancy. *Obstet Gynecol Surv.* 2008;63:116-23.
4. Castro-Boix S, Santamaría-Gómez M, Grau-Llacuna S, Nadal-Guinard A, Armengol-Carrasco M. Rotura intraperitoneal traumática de quiste hidatídico hepático. *Cir Esp.* 2008;84:45-54.
5. García Ruíz de Gordejuela A, Lladó L, Torras J, Ramos E, Rafecas A. Hidatidosis hepática gigante con fístula quistopleural e hidatidosis pleural. *Cir Esp.* 2007;82:177-9.

Javier Espinosa^{a,*}, Rodrigo Jover^b, Romina Ramírez^c, Tania Muci^d y Félix Lluís^a

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

^bServicio de Digestivo, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

^cServicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

^dServicio de Patología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: expineli@hotmail.com (J. Espinosa).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2010.07.019

Síndrome paraneoplásico en leiomioma de cordón espermático

Paraneoplastic syndrome in leiomyoma of the spermatic cord

Los tumores del cordón y de la región paratesticular son poco frecuentes. El 30% de estos tumores son malignos y el leiomioma es el segundo más frecuente¹. En la mayoría de las ocasiones se presenta como una masa escrotal o tumoración que puede ser dolorosa. Su diagnóstico preoperatorio es difícil y habitualmente el diagnóstico es intraoperatorio. A pesar del correcto tratamiento quirúrgico, es frecuente la recidiva. Los síndromes paraneoplásicos asociados a este tipo de tumor son poco frecuentes. Aquí presentamos el caso de un paciente con un cuadro paraneoplásico asociado a leiomioma de cordón.

Varón de 58 años de edad ingresado en el servicio de medicina interna con antecedentes personales de hipertensión

arterial en tratamiento con inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina y diabetes mellitus tipo 2 de reciente aparición en tratamiento con antidiabéticos orales. El paciente había sido intervenido 10 meses antes de hidrocelectomía izquierda secundaria a un hidrocele estudiado mediante ecografía testicular por el servicio de urología.

Acudió a la urgencias por cuadro de disnea de varias semanas de evolución, siendo diagnosticado de insuficiencia cardíaca (derrame pleural bilateral, derrame pericárdico, ascitis y edemas de MMII) (fig. 1); el paciente refería tumoración inguinal izquierda de meses de evolución (fig. 2).

Tras estudio cardiológico (electrocardiograma, analítica con enzimas cardíacas y eco-Doppler transtorácico: ventrículo izquierdo no dilatado, hipertrofia concéntrica ligera y buena