

descrita de forma esporádica en la literatura, no obstante se ha empezado a usar en cirugía abdominal y se han descritos casos como el D'Hondt et al.⁷ los resultados de los cuales son alentadores y podrían indicar su uso en el síndrome compartimental abdominal, dehiscencia de sutura de herida postoperatoria o defectos de pared secundarios a fascitis necrosantes⁸.

Nuestro equipo cree que la TPNI con instilación podría estar indicada en pacientes con persistencia de la contaminación bacteriana a pesar de la antibioticoterapia sistémica adecuada^{7,9}. Los antibióticos y la dosis dilucional más adecuadas, y el momento ideal para iniciar la instilación serán sin duda objeto de intensa investigación en un futuro inmediato.

BIBLIOGRAFÍA

- Ahearn C. Intermittent Negative pressure wound therapy (NPWT) and lower negative pressures-exploring the disparity between science and current practice: A review. *Ostomy Wound Manage.* 2009;55:22-8.
- Brox-Jiménez A, Díaz-Gómez D, Parra-Membrives P, Martínez-Baena D, Márquez-Muñoz M, Lorente-Herce J, et al. Sistema de cierre asistido por vacío en heridas complejas. Estudio retrospectivo. *Cir Esp.* 2010;87:312-7.
- Basés-Valenzuela C, Bruna-Esteban M, Pucho-Pla J. Terapia con presión negativa para el tratamiento de fístula linfática inguinal. *Cir Esp.* 2014;92:133-5.
- Pérez-Domínguez L, Pardellas-Rivera H, Cáceres-Alvarado N, López-Saco Á, Rivo-Vázquez Á, Casal-Núñez E. Vacuum assisted closure: utilidad en el abdomen abierto y cierre diferido. Experiencia en 23 pacientes. *Cir Esp.* 2012;90:506-12.
- Mees J, Mardin WA, Senninger N, Bruewer M, Palmes D, Mees ST. Treatment options for postoperatively infected abdominal wall wounds healing by secondary intention. *Langenbecks Arch Surg.* 2012;397:1359-66.
- Swenson BR, Camp TR, Mulloy DP, Sawyer RG. Antimicrobial-impregnated surgical incise drapes in the prevention of mesh infection after ventral hernia repair. *Surg Infect (Larchmt).* 2008;9:23-32.
- D'Hondt M, D'Haeninck A, Dedrye L, Penninckx F, Aerts R. Can vacuum-assisted closure and instillation therapy (VAC-Instill[®] therapy) play a role in the treatment of the infected open abdomen? *Tech Coloproctol.* 2011;15:75-7.
- Malmsjö M, Gustafsson L, Lindstedt S, Gesslein B, Ingemansson R. The effects of variable, intermittent and continuous negative pressure wound therapy, using foam or gauze, on wound contraction, granulation tissue formation, and ingrowth into the wound filler. *Eplasty.* 2012;12:e5.
- Gabriel A, Shores J, Heinrich C, Baqai W, Kalin S, Sogioka S, et al. Negative pressure wound therapy with instillation: A pilot study describing a new method for treating infected wounds. *Int Wound J.* 2008;5:399-413.

Clara Pañella-Vilamú*, Jose Antonio Pereira-Rodríguez, Joan Sancho-Insenser y Luis Grande-Posa

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Consorci Parc de Salut Mar, Hospital del Mar, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 60786@parcdesalutmar.cat (C. Pañella-Vilamú).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.08.005>
0009-739X/

© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Seudotumor inflamatorio hepático: difícil diagnóstico preoperatorio en paciente oncológico



Hepatic inflammatory pseudotumor: A difficult preoperative diagnosis in an oncological patient

Elseudotumor inflamatorio hepático (PIH) es una lesión muy infrecuente. Su etiología y patogénesis no está clarificada. Un diagnóstico correcto preoperatorio no es habitual^{1,2}. Presentamos el caso de una paciente intervenida de cáncer de mama que presentó en el seguimiento un falso positivo de lesión metastásica en PET-TAC, cuyo diagnóstico histológico final fue de PIH.

Caso clínico

Mujer de 55 años, con antecedentes de carcinoma ductal infiltrante de mama (pT2, pN1b, cM0, G3), marcadores

hormonales negativos en julio de 2012 y tratada con Taxotere[®] y bevacizumab. En abril de 2013 se le realiza TAC donde aparece una lesión hipodensa, mal definida, de 14 mm en segmento VI con 2 pequeñas calcificaciones puntiformes adyacentes (fig. 1A). En el PET-TAC, mide 18 × 14 mm y SUV 5.9 (fig. 1B). Se practica segmentectomía atípica de la lesión localizada entre los segmentos V y VI. Es dada de alta al cuarto día sin complicaciones. En el PET realizado a los 6 meses no existe actividad tumoral en hígado.

En el estudio macroscópico se observa una pieza de 60 g y 6 × 4 × 4 cm. Presenta un nódulo redondeado amarillento, bien definido, no encapsulado que mide 1,5 cm, y no contacta con los márgenes. Histopatológicamente está formado por

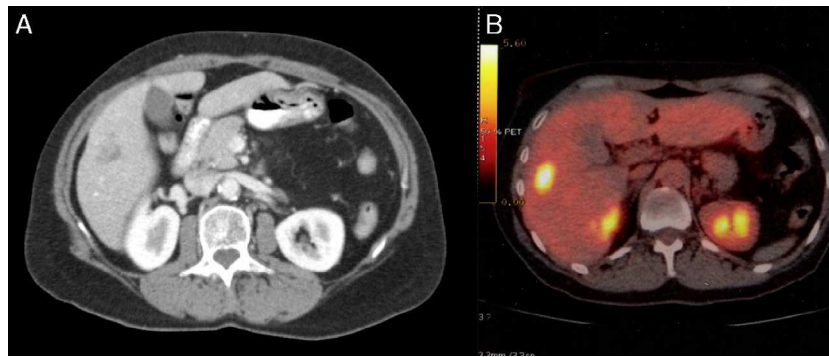


Figura 1 – A) TAC preoperatorio; B) PET preoperatorio.

una proliferación de apariencia fusocelular, con abundante componente inflamatorio (fig. 2). Las células de apariencia mesenquimal muestran cierto patrón estoriforme y se entremezclan con áreas de apariencia edematosa. El infiltrado inflamatorio es prácticamente exclusivo de las células plasmáticas, mucho más predominantes en la periferia de la lesión. Se observan vasos de fino calibre con inflamación, ocasionales imágenes de flebitis obliterativa y restos de hemosiderina. En la inmunohistoquímica no se identifica positividad frente a panqueratinas (AE1/AE3), queratina 7, receptores de estrógeno y progesterona, CD34, alfa-actina, actina HHF-35 y desmina. El índice de proliferación ki-67 es del 2%. La IgG mostró una positividad en un número importante de células plasmáticas, pero solo un 2% de las mismas fueron IgG4, (3 por campo de gran aumento). La determinación sérica de IgG4 fue normal.

Discusión

El seudotumor inflamatorio es un grupo heterogéneo de lesiones sólidas localizadas en diferentes órganos, caracterizadas por un infiltrado inflamatorio como componente celular predominante^{3,4}. El hígado es el segundo órgano donde más frecuentemente aparecen².

El PIH es una lesión infrecuente, solo hay 300 casos publicados en la literatura médica, descrita por primera vez por Baker en 1953. Es un tumor benigno, habitualmente único, localizado en el hígado derecho, que puede confundirse con otras lesiones benignas y malignas hepáticas (abscesos hepáticos, metástasis hepáticas, hepatocarcinoma o colangiocarcinoma)¹⁻⁵. Histológicamente son lesiones compuestas en cantidad variable por células inflamatorias, histiocitos y

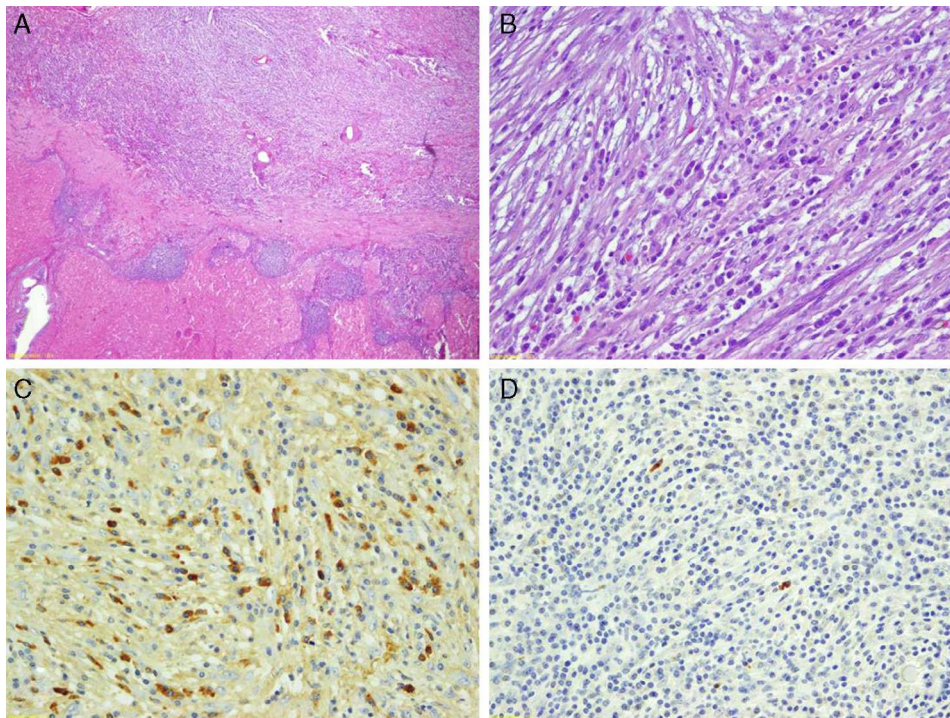


Figura 2 – Estudio histológico: Hematoxilina-eosina a bajo aumento (A) y a gran aumento (B), mostrando una proliferación fibroinflamatoria estoriforme con abundantes plasmáticas, muchas de las cuales son positivas frente a IgG (C) y muy pocas frente a IgG4 (D).

miofibroblastos¹⁻³. Debido a la ausencia de criterios diagnósticos uniformes, no hay datos claros respecto a incidencia, distribución anatómica, historia natural y potencial maligno³. Parece que son más frecuentes en jóvenes, sin claro cierto predominio por sexo^{1,5}. La etiología y patogénesis no es clara, postulándose como causas: infecciones por gérmenes (*E. coli*, *Klebsiella*, *Bacteroides*, etc.) traumatismos, orígenes vasculares y enfermedades autoinmunes¹⁻⁵.

Los datos clínicos y métodos de imagen son poco específicos y es infrecuente un diagnóstico preoperatorio correcto^{2,5}. El PIH puede ser asintomático o cursar con astenia, dolor abdominal inespecífico, ictericia, fiebre intermitente o pérdida de peso¹⁻³. Se ha asociado a otras lesiones inflamatorias como la colangitis esclerosante, fibrosis retroperitoneal o enfermedades autoinmunes¹. La analítica puede ser normal u observarse alteraciones inespecíficas del perfil hepático y/o elevación de marcadores tumorales (CEA y CA19-9)¹⁻⁵. En la ecografía, el PIH puede ser hipo o hiperecoico, en la TAC, tras la administración de contraste la lesión puede ser hipo o hipercaptante, y en la resonancia es típicamente hipointensa en T1 e hiperintensa en T2^{1-3,5}. La presencia de flebitis oclusiva portal con colapso vascular es frecuente². El PET tampoco presenta especificidad⁶. La punción del PIH tiene una efectividad baja y no está exenta de riesgos pero en ocasiones permite un diagnóstico correcto^{1,7}.

Si se consigue un diagnóstico preoperatorio, se ha propugnado iniciar un tratamiento médico (antibióticos, esteroides o antiinflamatorios no esteroideos)^{2,3,5}. Además, se ha descrito ciertos casos de remisión espontánea^{2,5}. El tratamiento quirúrgico de un PIH diagnosticado correctamente se debe efectuar solo si es sintomático o presenta complicaciones¹.

Nuestro caso tiene unas peculiaridades interesantes a nivel diagnóstico e histológico. En las pacientes con cáncer de mama, el PET es la prueba más coste-efectiva para diagnosticar lesiones metastásicas. Hay muy pocos casos descritos previamente de positividad de PET en PIH⁶, y solo un caso parecido al nuestro en paciente afecta de cáncer de mama con PIH múltiple^{7,8}.

A nivel histológico se plantearon 2 posibilidades diagnósticas: una remisión completa tras quimioterapia descartada por la inmunohistoquímica⁹ o un PIH. El cuadro histológico del PIH comprende un tumor miofibroblástico o la enfermedad IgG4. Nuestro caso no presenta marcadores musculares, y la imagen histológica sería compatible con la enfermedad IgG4, pero no cumple los criterios de consenso descritos para diagnosticarla¹⁰. En el caso del hígado se requieren 10 plasmáticas IgG4 por campo de gran aumento o un porcentaje de IgG4 superior al 40%¹⁰. Existen muy pocos casos descritos de PIH asociado a IgG4 y siempre en varones. En dichos casos, algunos pacientes presentaban colangitis esclerosante a alguna enfermedad IgG4 como pancreatitis autoinmune⁴. Por tanto no podemos afirmar que es un PIH asociado a IgG4, ya que no cumple los criterios propuestos previamente, y la ausencia de elevación sérica de IgG4, pero los conceptos son cambiantes con respecto a esta enfermedad y no descartamos que en el futuro se considere PIH asociado a IgG4.

BIBLIOGRAFÍA

1. Calomeni GD, Ataide EB, Machado RR, Escanhoela CAF, Costa LBE, Boin IFF. Hepatic inflammatory pseudotumor: A case series. *Int J Surg Case Rep.* 2013;4:308-11.
2. Tsou YK, Lin CJ, Liu NJ, Lin CC, Lin CH, Lin SM. Inflammatory pseudotumor of the liver: Report of eight cases, including three unusual cases, and a literature review. *J Gastroenterol Hepatol.* 2007;22:2143-7.
3. Balabaud C, Biuolac-Sage P, Goodman ZD, Makhlof HR. Inflammatory pseudotumor of the liver: A rare but distinct tumor-like lesion. *Gastroenterol Hepatol (N Y).* 2012;8:633-4.
4. Naitoh I, Nakazawa T, Ohara H, Ando T, Hayashi K, Tanaka H, et al. IgG4-related hepatic inflammatory pseudotumor with sclerosing cholangitis: A case report and review of the literature. *Cases J.* 2009;2:7029.
5. Rosa B, Moutinho-Ribeiro P, Pereira JM, Fonseca D, Lopes J, Amendoeira I, et al. Ghost tumor: An inflammatory pseudotumor of the liver. *Gastroenterol Hepatol (N Y).* 2012;8:630-3.
6. Kawamura E, Habu D, Tsushima H, Torii K, Kawabe J, Ohsawa M, et al. A case of hepatic inflammatory pseudotumor identified by FDG-PET. *Ann Nucl Med.* 2006;20:321-3.
7. Chong A, Jeong SY, Min JJ. Inflammatory pseudotumors resembling multiple hepatic metastases and their complete regression as revealed by 18F-FDG PET/CT. *Eur J Nucl Med Mol Imaging.* 2009;36:1199-200.
8. Purandare NC, Rangarajan V, Rajnish A, Shah S, Arora A, Pathak S. Focal fat spared area in the liver masquerading as hepatic metastasis on F-18 FDG PET Imaging. *Clin Nucl Med.* 2008;33:802-5.
9. Morohashi M, Odagiri H, Morohashi H, Kimura Y, Sasaki M. Complete remission of recurrent breast cancer with multiple liver metastases after oral capecitabine and injected trastuzumab. *Breast Cancer.* 2007;14:297-301.
10. Deshpande V, Zen Y, Chan JK, Yi EE, Sato Y, Yoshino T, et al. Consensus statement on the pathology of IgG4-related disease. *Mod Pathol.* 2012;25:1181-92.

Jose Manuel Ramia^{a,*}, Roberto de la Plaza^a, Cristian Perna^b, Alberto Arcediano^c y Jorge García-Parreño^a

^aUnidad de Cirugía Hepatobiliopancreática, Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

^bServicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

^cServicio de Oncología Médica, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jose_ramia@hotmail.com (J.M. Ramia).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.03.007>

0009-739X/

© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.