

de la lesión⁵. La PAAF preoperatoria es discutible ya que tiene escaso rendimiento diagnóstico y existe la posibilidad de diseminación⁶. El diagnóstico definitivo es a través del estudio anatómo-patológico de la pieza quirúrgica⁷.

El diagnóstico diferencial incluye las lesiones quísticas retroperitoneales, tanto benignas como malignas, entre las que se incluyen linfangioma quístico, mesotelioma quístico, teratoma quístico, quiste mülleriano, linfocele y urinoma, entre otros⁶.

El tratamiento de elección de estos tumores retroperitoneales es la exéresis completa con cápsula íntegra. Un abordaje menos invasivo como la laparoscopia podría aportar resultados aparentemente satisfactorios⁸, pero es necesario el conocimiento de la evolución de estos casos a largo plazo para decidir la técnica quirúrgica más segura y adecuada. En cuanto a factores pronósticos y de recidiva, están el grado histológico y la integridad capsular durante la extracción quirúrgica. El tamaño del tumor no parece ser un factor pronóstico determinante.

Algunos autores han realizado quimioterapia adyuvante e incluso histerectomía más doble anexectomía en casos de cistoadenocarcinoma maligno, pero debido a los pocos casos descritos no existe evidencia de su utilidad.

Como conclusión y en referencia a nuestro caso, debido a que el diagnóstico definitivo solo puede determinarse con el análisis anatomopatológico de la pieza quirúrgica, creemos recomendable para casos futuros, la indicación quirúrgica en el momento del diagnóstico y no controles radiológicos periódicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Calo PG, Congiou A, Ferreli C, Nikolsi A, Tarquin A. Primary retroperitoneal tumors. Our experience. *Minerva Chir.* 1994;49:43-9.
2. Tramontano R, Ponzio S, Fraccalini M, Fossati G. Retroperitoneal tumors. Onservations of 8 cases. *Minerva Chir.* 1998;53:539-41.

3. Falidas E, Kounstandoudakis S, Vlachos K, Archontovasilis F, Mathioulakis S, Boutzouvis S, et al. Primary retroperitoneal mucinous cystoadenoma of borderline malignancy in a male patient. Case report and review of the literature. *World J Surg Oncol.* 2011;9:98.
4. Gotoh K, Konaga E, arata A, Takeuchi H, Mano S. A case of primary retroperitoneal mucinous cystadenocarcinoma. *Acta Med Okayama.* 1992;46:49-52.
5. Motoyama T, Childa T, Fujiwara T, Watanabe H. Mucinous cystic tumor of the retroperitoneum. A report of two cases. *Acta Cytol.* 1994;38:261-6.
6. Yang DM, Jung DH, Kim H, Kang JH, Kim SH, Kim JH, et al. Retroperitoneal cystic masses: CT, clinical, and pathologic findings and literature review. *Radiographics.* 2004;24:1353-65.
7. De León D, Pérez-Montiel D, Chanona-Vilchis J, Villavicencio-Valencia V, Zavala-Casas G. Primary retroperitoneal mucinous cystadenocarcinoma: Report of two cases. *World J Surg Oncol.* 2007;5:5.
8. Shiau JP, Wu CT, Chin CC, Chuang CK. Long-term survival after hand-assisted laparoscopic approach of primary retroperitoneal mucinous cystadenocarcinoma in male: Case report and review of literature. *Eur Surg.* 2013;45:106-9.

Francisco Javier Vicario^a, Laia Estalella^{a*}, Judit Hermoso^a, Franklin Díaz^b y Pere Gris^a

^aDepartamento de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, España

^bDepartamento de Urología, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: laia.estalella@pssjd.org (L. Estalella).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2015.02.003>
0009-739X/

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

Tumor fibroso calcificante de intestino delgado



Calcifying fibrous tumor of the small bowel

Aunque la mayoría (95%) de las neoplasias mesenquimales gastrointestinales corresponden a tumores del estroma gastrointestinal (GIST) y de músculo liso, también se ha descrito una gran variedad de otros tipos tumorales con muy baja incidencia, tales como schwannoma, tumor desmoide, tumor fibroso solitario, pólipo fibroide inflamatorio, tumor miofibroblástico inflamatorio, etc.^{1,2}. El principal problema diagnóstico que presentan estas lesiones inusuales es su fácil confusión con determinados cuadros morfológicos de GIST, y especialmente con los GIST

CD117-negativos y sin mutaciones en los genes *KIT* o *PDGFRA* (wt*KIT*/*PDGFRA*).

Recientemente, se ha llamado la atención sobre una forma rara de neoplasia gastrointestinal mesenquimal de curso clínico benigno, diferenciación fibro/miofibroblástica y presencia de focos de calcificación, que ha sido denominada con los términos descriptivos de tumor fibroso de la infancia con cuerpos de psammoma³ y pseudotumor fibroso calcificante⁴.

Presentamos el caso de una mujer de 46 años, hipertensa en tratamiento, sin otros antecedentes de interés, que consultó a su médico de atención primaria por dolor abdominal recurrente y náuseas. A la paciente se le realizó una ecografía abdominal por sospecha de litiasis biliar, advirtiéndose engrosamiento de una asa próxima al íleon terminal, con una pared de 5 mm de grosor, no dolorosa y líquido en cuantía moderada en pelvis, espacio interasas y saco de Douglas. La colonoscopia puso de manifiesto una lesión submucosa de 2,5 × 3 cm situada en íleon terminal, cuya biopsia fue muy superficial y no diagnóstica. Posteriormente, se realizó una tomografía computarizada con contraste, que reveló una tumoración de densidad de partes blandas, de 4,5 × 2,8 × 2,6 cm, localizada a nivel de íleon terminal y válvula ileocecal, que protruía en el interior del ciego, de contorno bien definido, con hiperdensidades puntiformes en su interior, compatibles con calcificaciones; no había dilatación de asas intestinales, adenopatías loco-regionales, ni afectación hepática o pulmonar (fig. 1 A). Con la sospecha clínica de GIST ileal, se propuso una resección ileocólica, mediante abordaje laparoscópico. La paciente cursó sin complicaciones y fue dada de alta a los 3 días de la intervención.

El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica puso de manifiesto una lesión bien delimitada y no encapsulada de 2,5 cm de dimensión máxima, constituida por una proliferación fibroblástica, hipocelular, que crecía en el seno de una

matriz densa, con abundante colágeno. En su seno había escaso infiltrado inflamatorio de células plasmáticas y linfocitos, y focos de calcificación distrófica y cuerpos de psammoma (fig. 1 B-D). Con las técnicas de inmunohistoquímica, las células presentaban inmunorreacción positiva en ocasionales células a CD34 y negativa a CD117, DOG1, S100 y AML. Ante estos hallazgos, se emitió el diagnóstico de tumor fibroso calcificante (TFC) ileal.

El TFC es un tumor de partes blandas, benigno e infrecuente, descrito originalmente en niñas de 2 a 11 años en 1988 por Rosenthal y Abdul-Karim como tumor fibroso de la infancia con cuerpos de psammoma³. Inicialmente, se pensó que representaba un proceso reactivo resultado de una cicatrización anómala, de ahí el nombre de seudotumor fibroso calcificante⁴. Finalmente, fue denominado TFC en la clasificación de consenso de la Organización Mundial Salud de 2002.

Se han descrito casos de TFC en múltiples localizaciones tales como peritoneo, pleura, mediastino, pulmón, testículo, glándula suprarrenal y otros⁵⁻⁸. Sin embargo, la localización gastrointestinal del TFC es especialmente infrecuente, habiéndose descrito solo alrededor de 10 casos⁹.

Histopatológicamente, es un tumor circunscrito, no encapsulado, constituido por colágeno hialinizado, células fusiformes sin atipia, infiltrado linfoplasmacitario y cuerpos de psammoma o calcificaciones distróficas¹⁰. Suele ser un hallazgo fortuito que se presenta como una formación nodular

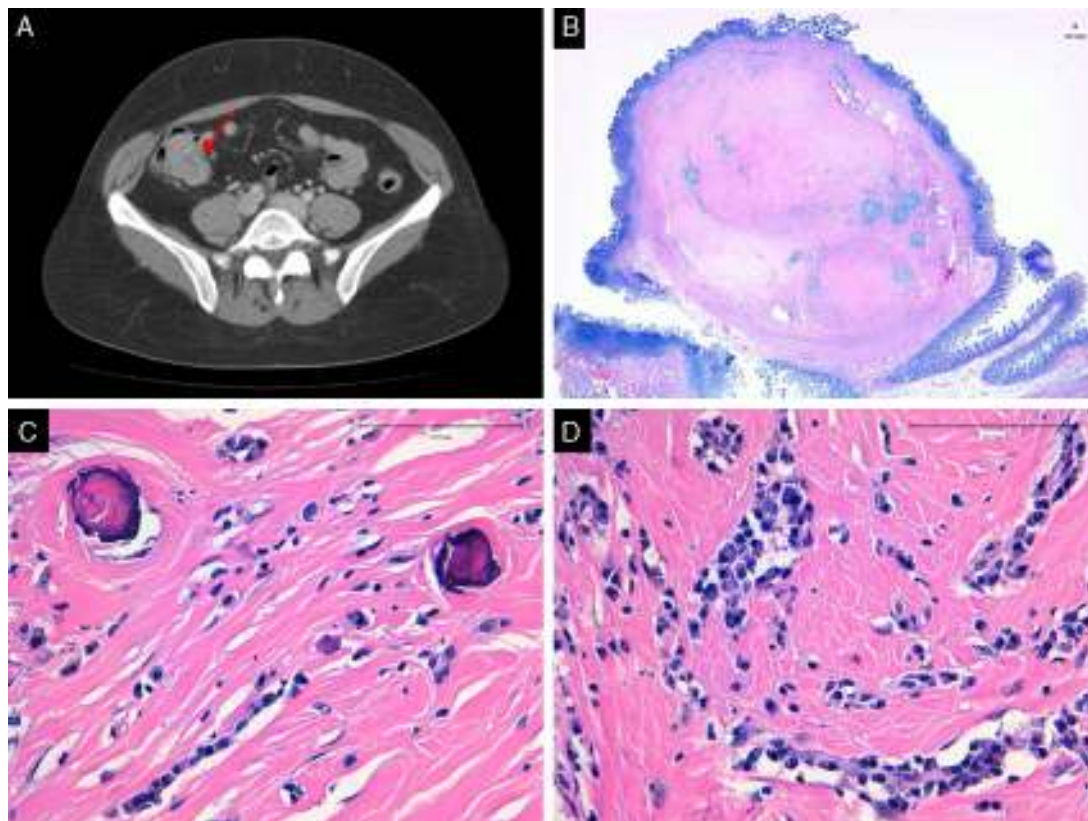


Figura 1 – A) Imagen de la TAC de abdomen en la que se observa lesión ileal con calcificaciones. B) Tumor bien delimitado situado en la submucosa. C) La neoplasia muestra calcificaciones tipo psammoma (HE 40X). D) Se observa estroma colágeno denso e infiltrado inflamatorio linfoplasmacitario (HE 40X).

bien delimitada, tanto en pruebas de imagen como en su posterior estudio histopatológico, y sin capacidad metastatizante. Generalmente, la clínica es muy inespecífica siendo, como en el caso que nos ocupa, dolor abdominal y alteración de hábito intestinal. El diagnóstico diferencial, como tumor fusocelular submucoso, incluye el GIST, el leiomioma o leiomiomasarcoma, el schwannoma, el tumor desmoide y el tumor miofibroblástico inflamatorio, entre otros⁹, y se resuelve fácilmente mediante el estudio inmunohistoquímico.

La rareza del TFC en el tracto gastrointestinal hace que su historia natural sea difícil de delimitar, pero hasta la fecha ninguno ha recidivado o metastatizado. Esto contrasta especialmente con los descritos en otras localizaciones, donde se han descrito recidivas ocasionales⁴. Por tanto, el tratamiento del TFC gastrointestinal debe ser conservador con seguimiento radiológico, especialmente para las lesiones extirpadas mediante enucleación.

En resumen, pretendemos llamar la atención sobre esta peculiar entidad que fácilmente ha sido confundida con un GIST o un proceso inflamatorio evolucionado.

BIBLIOGRAFÍA

- Miettinen M, Fletcher CDM, Kindblom LG, Tsui WMS. Mesenchymal tumours of the stomach. En: Bosman FT, Carneiro F, Hruban RH, Theise ND, editores. WHO Classification of Tumours of the Digestive System. 4th ed. Lyon: IARC Press; 2010. p. 74-9.
- Dow N, Giblen G, Sobin LH, Miettinen M. Gastrointestinal stromal tumors: Differential diagnosis. *Semin Diagn Pathol.* 2006;23:111-9.
- Rosenthal NS, Abdul-Karim FW. Childhood fibrous tumor with psammoma bodies. Clinicopathologic features in two cases. *Arch Pathol Lab Med.* 1988;112:798-800.
- Fetsch Jf, Montgomery EA, Meis JM. Calcifying fibrous pseudotumor. *Am J Surg Pathol.* 1993;17:502-8.

- Shibata K, Yuki D, Sakata K. Multiple calcifying fibrous pseudotumors disseminated in the pleura. *Ann Thorac Surg.* 2008;85:e3-5.
- Bajpai J, Rekhi B, Iyer K, Samar A, Mahajan A, Jambhekar NA. Multifocal calcifying fibrous tumor of the mesentery: An unusual case report with literature review and therapeutic implications. *J Cancer Res Ther.* 2011;7:500-2.
- Soyer T, Ciftci AO, Gucer S, Orhan D, Senocak ME. Calcifying fibrous pseudotumor of lung: A previously unreported entity. *J Pediatr Surg.* 2004;39:1729-30.
- Jeong HS, Lee GK, Sung R, Ahn JH, Song HG. Calcifying fibrous pseudotumor of mediastinum — a case report. *J Korean Med Sci.* 1997;12:58-62.
- Emanuel P, Qin L, Harpaz N. Calcifying fibrous tumor of small intestine. *Ann Diagn Pathol.* 2008;12:138-41.
- Agaimy A, Bihl MP, Tornillo L, Wünsch PH, Hartmann A, Michal M. Calcifying fibrous tumor of the stomach: Clinicopathologic and molecular study of seven cases with literature review and reappraisal of histogenesis. *Am J Surg Pathol.* 2010;34:271-8.

Enrique Rodríguez Zarco^a, Ana Vallejo Benítez^{aa}, Begoña de Soto Cardenal^b, Montserrat Mora Cabezas^a y Sofia Pereira Gallardo^a

^aUGC Anatomía Patológica, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

^bUGC Cirugía General, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anvaben@hotmail.com
(A. Vallejo Benítez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2015.01.009>
0009-739X/

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

Adenoma paratiroideo de localización tiroidea en paciente bajo tratamiento prolongado con litio



Intrathyroid parathyroid adenoma in a patient with chronic lithium treatment

El carbonato de litio es un fármaco eficaz en el tratamiento del trastorno bipolar. Su administración a largo plazo puede estimular a las células paratiroideas e inducir hiperparatiroidismo secundario a adenoma o a hiperplasia paratiroidea¹. Presentamos un caso de hiperparatiroidismo secundario a un adenoma de localización tiroidea en una paciente tratada con litio durante un largo periodo de tiempo.

Se trata de una mujer de 49 años, con antecedentes personales de trastorno bipolar en tratamiento con litio durante 20 años, que consultó tras la detección de hipercalcemia durante un control rutinario. No refería sintomatología alguna ni antecedentes familiares de enfermedad endocrinológica.

A la exploración física no se palpaban nódulos tiroideos ni adenopatías cervicales y, tanto la auscultación cardiopulmonar como la exploración abdominal, eran normales. Los datos