

11,5% de los encuestados habían utilizado alguna vez un colgajo para la reparación del sinus pilonidal, siendo la técnica menos empleada.

No hemos encontrado una clasificación de sinus pilonidal estandarizada en función del tamaño, ni estudios que aconsejen realizar un procedimiento determinado para los de mayor tamaño, por lo que aún es necesario profundizar en esta dirección. Pensamos que en estos casos, dada la heterogeneidad en la extensión y gravedad del sinus pilonidal, las ampliaciones sobre la escisión de Karydakís podrían ser un buen método para resolver definitivamente esta enfermedad.

Financiación

No se ha recibido ninguna financiación para la realización de este trabajo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brasel KJ, Gottesman L, Vasilevsky CA. Meta-analysis comparing healing by primary closure and open healing after surgery for pilonidal sinus. *J Am Coll Surg.* 2010;211:431-4.
2. McCallum I, King Peter M, Bruce J. Healing by primary closure versus open healing after surgery for pilonidal sinus: Systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2008;336:868-71.
3. Bannura G. Enfermedad pilonidal sacro-coccígea: factores de riesgo y tratamiento quirúrgico. *Rev Chil Cir.* 2011;63:527-33.
4. Bannura G, Barrera A, Melo C, Contreras J, Soto D, Mansilla JA. Operación de Karydakís en el tratamiento de la enfermedad pilonidal sacrococcígea. *Rev Chil Cir.* 2005;57:340-4.

5. Sellés R, Botella JA, Millán M, Martínez A, Uribe N, Sanchis C, et al. Exéresis en bloque y marsupialización del sinus pilonidal sacrocoxígeno crónico. ¿Es ésta la técnica ideal? *Cir Esp.* 2002;72:92-4.
6. Al-Khamis A, McCallum I, King PM, Bruce J. Healing by primary versus secondary intention after surgical treatment for pilonidal sinus. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;20:CD006213.
7. Karydakís GE. New approach to the problem of pilonidal sinus. *Lancet.* 1973;2:1414-5.
8. Akinci OF, Bozer M, Uzunkoy A, Duzgun SA, Coskun A. Incidence and aetiological factors in pilonidal sinus among Turkish soldiers. *Eur J Surg.* 1999;165:339-42.
9. Ersoy E, Devay AO, Aktimur R, Doganay B, Özdogan M, Gündogdu RH. Comparison of the short-term results after Limberg and Karydakís procedures for pilonidal disease: Randomized prospective analysis of 100 patients. *Colorectal Dis.* 2009;11:705-10.
10. Ates M, Dirican A, Sarac M, Aslan A, Colak C. Short and long-term results of the Karydakís flap versus the Limberg flap for treating pilonidal sinus disease: A prospective randomized study. *Am J Surg.* 2011;202:568-73.
11. de la Portilla F, Belda R, Gutiérrez G, de la Rosa A, Ruiz M, Socas M. Aproximación al estado actual de la proctología en Andalucía: resultados de una encuesta comunitaria. *Cir Esp.* 2006;79:167-75.

Nuria Martínez Sanz*, Emilio Peña Ros, Angela Sánchez Cifuentes, Jorge Alejandro Benavides Buleje y Antonio Albarraçín Marín-Blazquez

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nsanz369@hotmail.com (N. Martínez Sanz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2016.05.001>
0009-739X/

© 2016 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Leiomiomas intraluminal de vena femoral común



Intraluminal leiomyosarcoma of the common femoral vein

Los leiomiomas son tumores agresivos que pueden originarse en cualquier estructura anatómica con presencia de músculo liso. Los procedentes de estructuras vasculares¹ son poco frecuentes (2% de todos los leiomiomas), y se han descrito principalmente en grandes venas centrales, especialmente la vena cava inferior²; es extremadamente rara su aparición en venas periféricas de las extremidades³, cursando con sintomatología inespecífica, muchas veces sugestiva de otras enfermedades más comunes como la trombosis venosa profunda⁴⁻⁶. Su tratamiento consiste en

la resección completa del mismo con márgenes de seguridad, así como el tratamiento radioterápico y/o quimioterápico según el estadio; el pronóstico de los mismos está determinado por la localización, tamaño y grado de invasión de estructuras vecinas (debido a la posibilidad de realizar una resección radical o no), así como por la presencia de diseminación metastásica en el momento del diagnóstico⁷. La necesidad de reconstrucción vascular, frecuentemente realizada en tumores localizados en vena cava inferior es optativa y cuestionada en el caso de afectación de venas

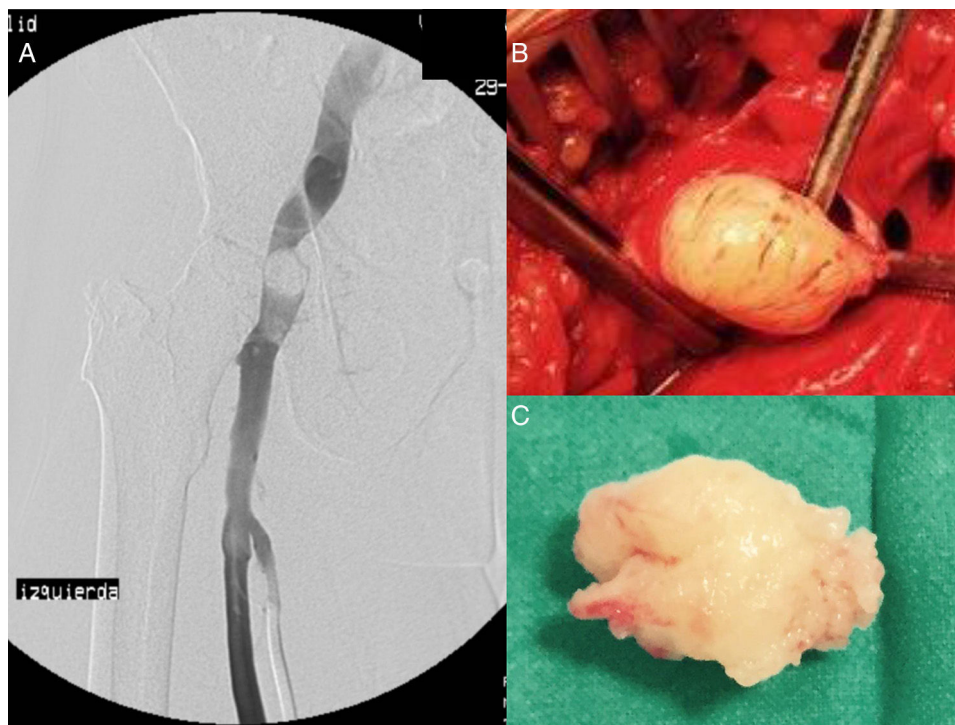


Figura 1 – A) Flebografía ascendente que muestra defecto de repleción en vena femoral común izquierda, que corresponde a masa intraluminal. B) Exéresis de la masa intraluminal que está anclada por un pedículo. C) Masa ya extirpada.

periféricas, dada la gran capacidad de compensación por colateralidad^{3,8}.

Presentamos el caso de un paciente varón de 65 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia, tabaquismo y esofagitis, que acude a urgencias por edema de miembro inferior izquierdo de varias semanas de evolución. En eco-Doppler urgente se aprecia ausencia de colapsabilidad a nivel femoral, por lo que se inicia tratamiento anticoagulante con heparina de bajo peso molecular ante la sospecha de trombosis venosa profunda y se remite al paciente a consulta externa de cirugía vascular.

En dicha consulta se repite eco-Doppler, comprobándose que la ausencia de colapsabilidad se debe a una imagen nodular, a nivel intravascular, en vena femoral común izquierda, hipoeoica, sólida, homogénea, bien delimitada, que ocasiona una reducción aproximada del 90% de la luz y que mide aproximadamente $1 \times 0,4$ cm.

Se realiza flebografía ascendente de miembro inferior izquierdo poniéndose de manifiesto la existencia de un defecto de repleción en vena femoral común izquierda, por masa de contornos bien delimitados, que condiciona disminución del calibre del vaso, presentando paso de contraste periférico (fig. 1A). Ante estos hallazgos y de las características descritas en ecografía se plantea como primera posibilidad diagnóstica la existencia de tumoración con comportamiento benigno.

De decide realizar biopsia quirúrgica de la lesión. Bajo anestesia neuroaxial se realiza incisión inguinal izquierda longitudinal, disección de vena femoral común y venotomía longitudinal, observándose masa blanquecina pediculada en cara posterior de la vena, bien delimitada de unos 2 cm de longitud que ocupa toda la luz el vaso; se

realiza exéresis de la masa cerrando la venotomía con parche de vena safena (fig. 1B).

El estudio anatomopatológico es compatible con leiomioma: «Macroscopía: masa tisular parcialmente seccionada de color blanquecino y consistencia elástica-firme, de forma ovoide irregular, que mide 2,5 cm de diámetro máximo (fig. 1C). Microscopia: neoplasia maligna mesenquimal constituida por fascículos de células alargadas de hábito muscular liso, en su mayoría bien/moderadamente diferenciadas, aunque con áreas donde abundan los núcleos grandes lobulados e hiper cromáticos. El índice mitótico es de ± 3 mitosis por 10 CGA, con presencia de mitosis atípicas. Se observan pequeños focos de necrosis tumoral inicial. Las células neoplásicas presentan expresión de actina, actina músculo y desmina. El tumor contacta con los bordes de la biopsia».

Valorado el paciente por oncología, se solicita estudio de extensión mediante resonancia magnética nuclear (RMN) de pelvis y tomografía computarizada (TC) de tórax, abdomen y pelvis, siendo ambas pruebas normales.

Se decide realizar cirugía de ampliación de bordes de la tumoración. Se realiza incisión longitudinal inguinal izquierda con ampliación craneal oblicua en fosa iliaca izquierda y acceso retroperitoneal, y disección y control de vena iliaca externa, vena femoral común, vena femoral y vena femoral profunda. Se realiza resección completa de vena femoral común y tercio distal de vena iliaca externa, junto con reconstrucción vascular mediante injerto de ePTFE anillado con anastomosis término-terminal entre vena iliaca externa y vena femoral (fig. 2).

El estudio anatomopatológico de la pieza muestra: «Macroscopía: segmento venoso de 6,5 cm de longitud, que presenta una anchura máxima de 3 cm de diámetro. Presenta un área

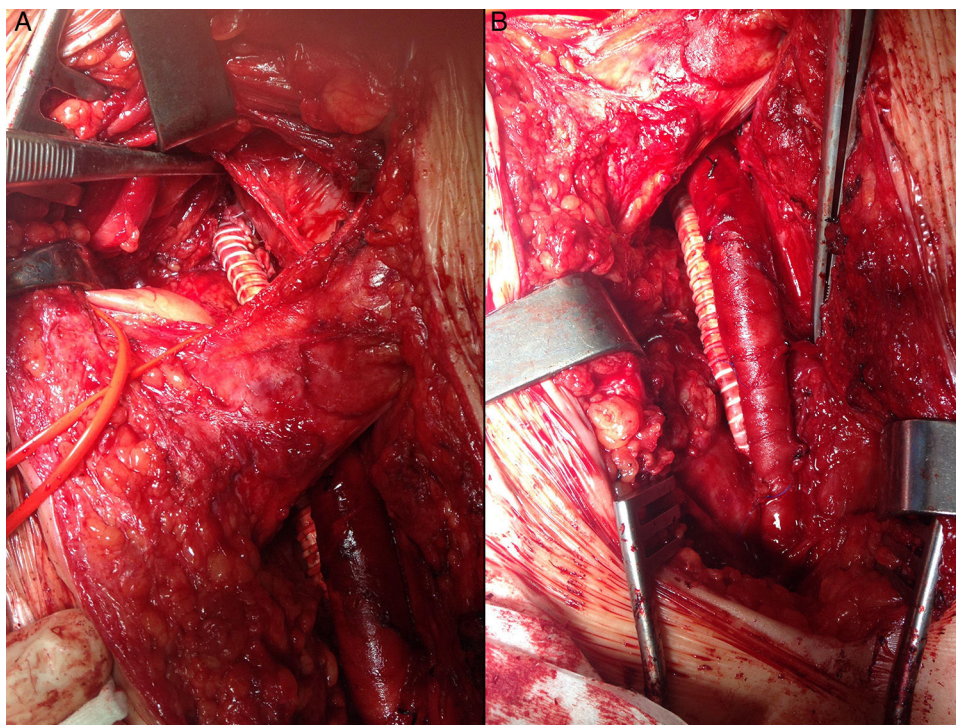


Figura 2 – Cirugía de ampliación de bordes con resección de vena femoral y reconstrucción mediante injerto término-terminal de PTFE con anastomosis proximal en vena iliaca externa (A: espacio retroperitoneal izquierdo) y distal en vena femoral común (B: región inguinal izquierda).

engrosada de aspecto cicatricial perivasculare, mide aproximadamente 5 cm de diámetro máximo. Microscopia: segmentos venosos y partes blandas adyacentes con fibrosis de hábito cicatricial, sin evidencia de persistencia de neoplasia en los bordes».

Con el diagnóstico de leiomyosarcoma intravasculare en vena femoral común estadio pT1a pN0 cM0 R1, se decide no realizar tratamiento oncológico complementario. A los 6 meses de la intervención, el paciente se encuentra asintomático, excepto leve edema residual de la extremidad, y radiológicamente no se aprecia recidiva local (en la RMN) ni diseminación a distancia (en la TC toraco-abdominal).

BIBLIOGRAFÍA

1. Bathan AJ, Constantinidou A, Pollack SM, Jones RL. Diagnosis, prognosis, and management of leiomyosarcoma: Recognition of anatomic variants. *Curr Opin Oncol.* 2013;25:384-9.
2. Alkhalili E, Greenbaum A, Langsfeld M, Marek J, Rana MA, Glew R, et al. Leiomyosarcoma of the inferior vena cava: a case series and review of the literature. *Ann Vasc Surg.* 2016;33:245-51. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.avsg.2015.10.016>. pii: S0890-5096(16)00033-9
3. Gil-Sales J, Vicente S, Martínez N, Doblas M, Orgaz A, Flores A, et al. Leiomyosarcoma of the deep femoral vein. A rare cause of venous obstruction in lower limbs and an alternative diagnosis to chronic venous thrombus. *Ann Vasc Surg.* 2012;26:1013.
4. Gubin B, Danse E, Moulin P, Duprez P, Verhelst R, Pauls C. Long-standing deep venous thrombosis of the femoral vein

caused by leiomyosarcoma: A case report. *J Radiol.* 2003;84:1771-3.

5. Fremed DI, Faries PL, Schanzer HR, Marin ML, Ting W. Primary leiomyosarcoma of saphenous vein presenting as deep venous thrombosis. *Vascular.* 2014;22:450-3.
6. Subramaniam MM, Martínez-Rodríguez M, Navarro S, Rosaleny JG, Bosch AL. Primary intravascular myxoid leiomyosarcoma of the femoral vein presenting clinically as deep vein thrombosis: A case report. *Virchows Arch.* 2007;450:235-7.
7. Serrano C, George S. Leiomyosarcoma. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2013;27:957-74.
8. Propper B, Zonies D, Smith D, Rasmussen TE. Autogenous arterial and venous reconstruction for femoral vein leiomyosarcoma-a case report. *Vasc Endovascular Surg.* 2009;43:215-20.

José Antonio Brizuela Sanz*, Isabel Estévez Fernández, Ruth Fuente Garrido, Diana Gutiérrez Castillo y Carlos Vaquero Puerta

Servicio de Angiología y Cirugía Vasculare, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: brizsan@yahoos.es (J.A. Brizuela Sanz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2016.04.010>
0009-739X/

© 2016 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.