

BIBLIOGRAFÍA

- Chang J, Corcelles R, Boules M, Jamal MH, Schauer PR, Kroh MD. Predictive factors of biliary complications after bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis.* 2016;12:1706-10.
- Sucandy I, Abulfaraj M, Naglak M, Antanavicius G. Risk of biliary events after selective cholecystectomy during biliopancreatic diversion with duodenal switch. *Obes Surg.* 2016;26:531-7.
- Brockmeyer JR, Grover BT, Kallies KJ, Kothari SN. Management of biliary symptoms after bariatric surgery. *Am J Surg.* 2015;210:1010-6.
- Alqahtani MS, Alshammary SA, Alqahtani EM, Bojal SA, Alaidh A, Osian G. Hepaticojejunostomy for the management of sump syndrome arising from choledochoduodenostomy in a patient who underwent bariatric Roux-en-Y gastric bypass: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2016;21:36-40.
- Larrad-Jiménez A, Díaz-Guerra CS, de Cuadros Borrajo P, Lesmes IB, Esteban BM. Short-, mid- and long-term results of Larrad biliopancreatic diversion. *Obes Surg.* 2007;17:202-10.
- Scopinaro N, Gianetta E, Civalieri D, Bonalumi U, Bachi V. Bilio-pancreatic bypass for obesity: II. Initial experience in man. *Br J Surg.* 1979;66:618-20.
- Sánchez-Pernaute A, Pérez-Aguirre E, Díez-Valladares L, Robin A, Talavera P, Rubio MA, Torres García A. Right-angled stapled latero-lateral duodenojejunal anastomosis in the duodenal switch. *Obes Surg.* 2005;15:700-2.
- Thomas C, Nicholson C, Owen J. Effectiveness of choledochoduodenostomy and transduodenal sphincterotomy in the treatment of benign obstruction of the common bile duct. *Ann of Surg.* 1971;173:845-56.
- Madden J, Chun J, Kandalafm S, Parekh M. Choledochoduodenostomy. An unjustly maligned surgical procedure? *Am J Surg.* 1970;119:45-54.
- DuCoin C, Moon RC, Teixeira AF, Jawad MA. Laparoscopic choledochoduodenostomy as an alternate treatment for common bile duct stones after Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis.* 2014;10:647-52.

María Asunción Acosta Mérida^{a*}, Joaquín Marchena Gómez^a, José Vicente Ferrer Valls^b, Álvaro Larrad Jiménez^c y José Antonio Casimiro Pérez^a

^aServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas, España

^bServicio de Cirugía Bariátrica y Metabólica, Clínica Obésitas, Valencia, España

^cServicio de Cirugía Endocrina y Metabólica, Hospital Nuestra Señora del Rosario, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maacosta03@yahoo.es (M.A. Acosta Mérida).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.10.006>
0009-739X/

© 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Liposarcoma gigante de esófago en paciente joven, asintomático

Giant Esophageal Liposarcoma in Asymptomatic Young Patient



Los liposarcomas son tumores infrecuentes y su localización en el esófago tiene una incidencia muy baja. Presentamos el caso de un paciente de 26 años en estudio por anemia y pérdida de peso de 10 kg en los últimos meses, sin otros síntomas asociados al que se le diagnosticó un liposarcoma esofágico gigante bien diferenciado con componente indiferenciado.

En la esofagogastroscoopia se aprecia una lesión submucosa que se extiende desde 18 hasta 39 cm de arcada dentaria, que ocupa toda la luz esofágica.

La TAC toracoabdominal confirma la presencia de una voluminosa masa esofágica de 21 cm de longitud, de contornos bien delimitados, aparentemente submucosa y densidad grasa (fig. 1). Se acompaña de dilatación esofágica y compresión traqueal. No se detectan adenopatías ni signos de extensión a distancia.

Se completa el estudio con una ecoendoscopia, en la que se visualiza una masa que depende de la submucosa de la pared esofágica y se descarta infiltración de las estructuras

desplazadas. La PAAF de la lesión informa de una lesión mesenquimal maligna, indiferenciada, con Ki-67 > 30%.

Se indica cirugía, realizándose una esofagectomía mediante triple vía de acceso: toracoscopia, laparoscopia y cervicotomía. El esófago cervical se secciona a unos 2 cm de la boca esofágica dada la extensión del tumor a nivel cervical. Se realiza extracción de la pieza por vía abdominal debido al gran volumen de la misma. La reconstrucción se lleva a cabo mediante tubular gástrico ascendido por trayecto mediastínico posterior y anastomosis cervical manual.

A la apertura de la pieza se objetivó una gran tumoración intraluminal que ocupa la totalidad del esófago torácico y la porción distal del esófago cervical, pediculada y con una base de implantación en esófago cervical (fig. 2).

La anatomía patológica informa de una lesión submucosa pediculada de 16 × 9 × 7 cm. Se trata de un liposarcoma bien diferenciado con componente desdiferenciado, con pedículo libre de tumor, sin metástasis ganglionares. El estudio inmunohistoquímico revela inmunorreactividad para las



Figura 1 – TAC de corte coronal: tumoraación esofágica, heterogénea que ocupa la luz esofágica prácticamente en su totalidad que se extiende desde esófago cervical a distal.

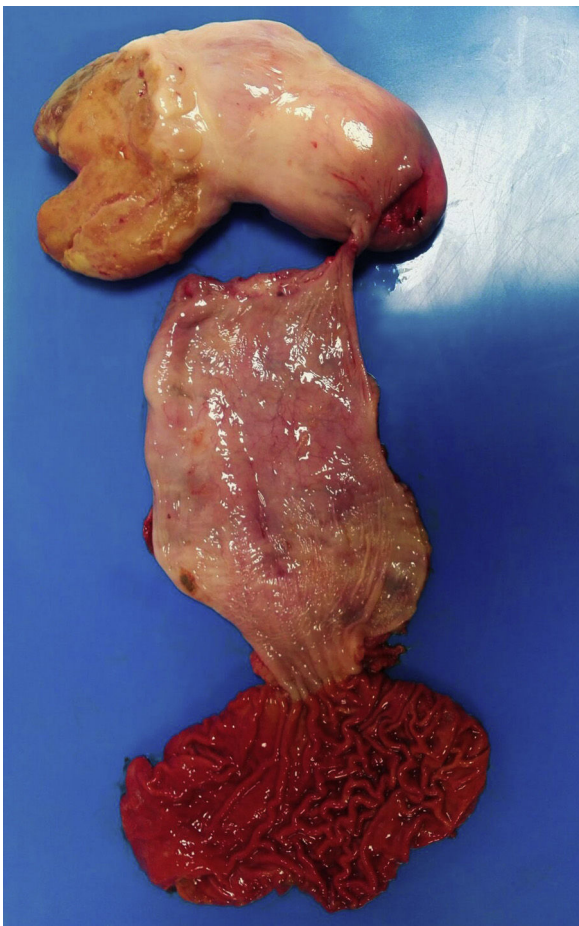


Figura 2 – Imagen macroscópica de apertura de pieza quirúrgica donde se aprecia región gástrica con pliegues sin alteraciones y esófago con tumor pediculado anclado en su región superior.

proteínas P16 y S100 en las áreas bien diferenciadas y para desmina y CD34 en las áreas desdiferenciadas. El análisis molecular del gen MDM2 revela amplificación del mismo en el 85% de las células.

La incidencia del liposarcoma es del 0,5% de todos los tumores esofágicos¹. La media de edad de aparición está en 58 años y son más frecuentes en varones (72%).

En la mayoría de los casos crecen sobre grandes pólipos pediculados y con menor frecuencia en el espesor de la pared esofágica. El tamaño medio es de 13 cm de largo y 3,5 cm de ancho¹. En la mayoría de los casos la base de implantación se localiza en el esófago cervical²⁻⁴.

Pueden ser asintomáticos durante años hasta que alcanzan un gran tamaño. La clínica más frecuente es la disfagia, y la pérdida de peso, aunque también pueden presentarse con odinofagia, tos, náuseas, dolor retroesternal e incluso asfixia^{3,5}.

Para el diagnóstico será útil la esofagogastroscoopia en la que con frecuencia se objetiva una lesión recubierta de mucosa de aspecto normal. En nuestro caso el gran volumen de la lesión con un crecimiento tanto hacia esófago cervical como hacia esófago distal, impidió localizar una base de implantación y nos orientó inicialmente hacia una lesión transmural. La TAC o la RMN aportarán datos anatómicos de la lesión y de la composición de la misma. El esofagograma con bario a menudo muestra un esófago dilatado y atónico que en ocasiones puede llegar a confundirse con una acalasia. La ecoendoscopia puede ser útil para el diagnóstico de una lesión polipoidea porque ayuda a detectar el eje fibrovascular, con un aspecto ecogénico del tejido adiposo y áreas anecoicas debido a su vascularización. Además la toma de biopsia dirigida puede hacernos llegar a un diagnóstico histológico^{3,6,7}. La localización del pedículo de implantación nos ayudará en la elección de un tratamiento adecuado.

Histológicamente crecen de la capa mucosa o submucosa del esófago⁸, y se clasifican en 4 subtipos: bien diferenciado, siendo este el más común (68%), mixoide (20%), indiferenciado (6%) y pleomórfico (6%)¹. En nuestro paciente el diagnóstico anatomopatológico estableció un patrón heterogéneo con componente bien diferenciado e indiferenciado.

Deberemos hacer diagnóstico diferencial con otros tumores mesenquimales como el leiomioma o el GIST⁹, ambos tienen un crecimiento submucoso y pueden alcanzar grandes tamaños. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico incluyendo técnicas de inmunohistoquímica específicas.

El tratamiento de elección es la resección completa del tumor pudiendo realizarse a través de diferentes técnicas^{6,10}. La exéresis endoscópica es una opción en lesiones polipoideas con tallos menores de 2 cm claramente identificables y poco vascularizados¹⁰. La resección a través de una esofagotomía es la técnica de elección en pólipos mayores a 5 cm con grandes pedículos vascularizados. El abordaje más común es la cervicotomía, aunque también puede realizarse a través de toracotomía¹, dependiendo de la localización del tallo de la lesión. La esofagectomía es una opción en lesiones con varias bases de implantación o sospecha de tumores transmurales¹⁰.

El pronóstico es incierto, debido al escaso número de casos publicados con largo seguimiento⁴. Se consideran factores que van a influir en el pronóstico el subtipo histológico, la localización y la radicabilidad de la resección quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Valiuddin HM, Barbetta A, Mungo B, Montgomery EA, Molena D. Esophageal liposarcoma: Well-differentiated rhabdomyomatous type. *World J Gastrointest Oncol.* 2016;8:835-9.
2. Sui X, Li Y, Zhao H, Wang J. Giant liposarcoma of the esophagus with Li-Fraumeni-like syndrome. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2011;40:1253-5.
3. Dowli A, Mattar A, Mashimo H, Huang Q, Cohen D, Fisichella PM, et al. A pedunculated giant esophageal liposarcoma: A case report and literature review. *J Gastrointest Surg.* 2014;18:2208-13.
4. Lin ZC, Chang XZ, Huang XF, Zhang CL, Yu GS, Wu SY, et al. Giant liposarcoma of the esophagus: A case report. *World J Gastroenterol.* 2015;21:9827-32.
5. Caceres M, Steeb G, Wilks SM, Garrett HE. Large pedunculated polyps originating in the esophagus and hypopharynx. *Ann Thorac Surg.* 2006;81:393-6.
6. Lee SY, Chan WH, Sivanandan R, Lim DT, Wong WK. Recurrent giant fibrovascular polyp of the esophagus. *World J Gastroenterol.* 2009;15:3697-700.
7. Pallabazzer G, Santi S, Biagio S, D'Imporzano S. Difficult polypectomy-giant hypopharyngeal polyp: Case report and literature review. *World J Gastroenterol.* 2013;19:5936-9.
8. Chung JJ, Kim MJ, Kim JH, Lee JT, Yoo HS, Kim KW. Imaging findings of giant liposarcoma of the esophagus. *Yonsei Med J.* 2003;44:715-8.
9. Garcia M, Buitrago E, Bejarano PA, Casillas J. Large esophageal liposarcoma. a case report and review of the literature. *Arch Pathol Lab Med.* 2004;128:922-5.
10. Sestini S, Gisabella M, Pastorino U, Billé A. Presenting symptoms of giant fibrovascular polyp of the oesophagus: Case report and literature review. *Ann R Coll Surg Engl.* 2016;98:e71-3.

Ana Rodríguez Pérez*, Natalia Pérez Serrano, Aitana García Tejero, Blanca Escudero Nalda y Rafael Gil Albarellós

Unidad de Cirugía General y Digestivo, Hospital San Pedro, Logroño, La Rioja, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ana_rop5@hotmail.com

(A. Rodríguez Pérez).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.10.005>

0009-739X/

© 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Deciduosis apendicular como causa de abdomen agudo

Appendicular Deciduosis as a Cause of Acute Abdomen



La decidua ectópica o deciduosis es la presencia de células deciduales fuera del endometrio. Puede afectar al ovario, serosa uterina, trompas de Falopio o cérvix. Más raramente puede afectar al apéndice cecal, diafragma, hígado, bazo, tejido linfático retroperitoneal o pelvis renal¹. Las células deciduales ectópicas localizadas en el estroma subcelómico pueden representar una reacción fisiológica secundaria a la estimulación de los progestágenos². Habitualmente, cursa de forma asintomática y regresa durante las semanas posteriores al parto pero puede reaparecer en embarazos posteriores. En ocasiones puede presentarse en forma de dolor abdominal durante el embarazo o bien en forma de apendicitis, en el 0,05-0,13% de los casos³⁻⁶. En la literatura mundial están descritos 10 casos de deciduosis apendicular durante el embarazo⁷⁻⁹ (tabla 1). Por este motivo presentamos nuestro caso.

Se trata de una paciente de 32 años, con antecedente de endometriosis. Gestante de 23 semanas, que acude a urgencias con abdomen agudo de 12 h de evolución. Destaca un abdomen con matriz palpable a nivel umbilical y dolor de predominio en flanco derecho. La exploración y la ecografía ginecológica, así como la amniocentesis, no muestran alteraciones. La analítica muestra leucocitosis y una ecografía y una resonancia magnética no visualizan el apéndice pero objetivan líquido libre entre las asas. Ante la sospecha de apendicitis aguda, se realiza laparoscopia exploradora que

objetiva apendicitis supurada, realizándose apendicectomía. El dolor remitió tras la apendicectomía. El postoperatorio transcurrió sin incidencias. En el estudio histológico se observan nidos sólidos de células deciduales en la pared apendicular, a nivel de muscular propia, subserosa y serosa, compatible con deciduosis apendicular. No se identifican leucocitos polimorfonucleares neutrófilos en la inclusión total de la pieza (fig. 1).

La deciduosis es un proceso asintomático asociado a la gestación, aunque en algunos casos puede cursar con sintomatología de abdomen agudo y debe incluirse el diagnóstico diferencial como una posible causa en pacientes gestantes. La presentación clínica en forma de apendicitis aguda se podría atribuir a la irritación peritoneal por factores mecánicos asociados a la respuesta de la decidua ectópica al estímulo estrogénico, o a factores humorales, ya que la decidua contiene grandes concentraciones de prostaglandinas que actúan como un potente estimulante muscular. Una excesiva secreción de fosfatasa ácida microsómica por las células deciduales podría aumentar la síntesis de prostaglandinas produciendo contracción de la pared muscular del apéndice⁴. El caso que presentamos corresponde a una deciduosis apendicular con clínica de abdomen agudo durante el segundo trimestre del embarazo cuyos síntomas remitieron completamente después de la apendicectomía.