

T2 muestra hiperintensidad parcial o predominante (las áreas hipointensas implican componentes estromales), incluida la alta captación de contraste. Los hallazgos en el análisis inmunohistoquímico incluyen positividad para CD34, Bcl-2 y vimentina, con negatividad para queratina, actina y S100⁴⁻⁶.

Los TFS malignos suelen ser de gran tamaño, incluyendo gran hiperplasia celular, atipia focal moderada o marcada, una tasa de mitosis igual o mayor a 4/10 campos de gran aumento, calcificaciones, numerosas áreas de necrosis y hemorragia y márgenes infiltrativos⁴⁻⁶. El diagnóstico diferencial del TFS maligno es amplio e incluye lesiones como el angiosarcoma, el leiomioma, el tumor desmoplásico, el mesotelioma y los tumores uterinos. La exéresis quirúrgica completa con márgenes negativos se ha establecido como el tratamiento de elección, mientras que la embolización preoperatoria puede reducir la hemorragia intraoperatoria.

En este caso, debido a la ubicación y tamaño del TFS, el íntimo contacto con la vejiga y los antecedentes de una laparotomía infraumbilical, se decidió realizar una laparotomía, aunque existen descripciones de abordajes mínimamente invasivos para tratar el TFS abdominal o pélvico, con gran seguridad⁸. Se han utilizado tanto la radioterapia neoadyuvante como la adyuvante con o sin quimioterapia concomitante, con tasas de éxito variables^{2,4,9}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Klemperer P, Rabin CB. Primary neoplasms of the pleura: A report of five cases. *Arch Pathol.* 1931;11:385-412.
2. Gold JS, Antonescu CR, Hajdu C, Ferrone CR, Hussain M, Lewis JJ, et al. Clinicopathologic correlates of solitary fibrous tumors. *Cancer.* 2002;94:1057-68.
3. Gengler C, Guillou L. Solitary fibrous tumour and haemangiopericytoma: Evolution of a concept. *Histopathology.* 2006;48:63-74.

4. Shanbhogue AK, Prasad SR, Takahashi N, Vikram R, Zaheer A, Sandrasegaran K. Somatic and visceral solitary fibrous tumors in the abdomen and pelvis: Cross-sectional imaging spectrum. *Radiographics.* 2011;31:393-408.
5. Wignall OJ, Moskovic EC, Thway K, Thomas JM. Solitary fibrous tumors of the soft tissues: Review of the imaging and clinical features with histopathologic correlation. *AJR Am J Roentgenol.* 2010;195:W55-62.
6. Bishop JA, Rekhman N, Chun J, Wakely PE Jr, Ali SZ. Malignant solitary fibrous tumor: Cytopathologic findings and differential diagnosis. *Cancer Cytopathol.* 2010;118:83-9.
7. Zafar H, Takimoto CH, Weiss G. Doege-Potter syndrome: hypoglycemia associated with malignant solitary fibrous tumor. *Med Oncol.* 2003;20:403-8.
8. Volpi E, Bernardini L, Moroni M, Fedeli F. Solitary fibrous tumor treated with laparoscopic surgery: Case report and review of the literature. *J Gynecol Surg.* 2014;30:353.
9. Yokohama Y, Hata K, Kanazawa T, Yamaguchi H, Ishihara S, Sunami E, et al. Giant solitary fibrous tumor of the pelvis successfully treated with preoperative embolization and surgical resection: A case report. *World J Surg Oncol.* 2015;13:164.

Ismael Mora-Guzmán^{a,*}, Álvaro Valdés de Anca^a,
Patricia Muñoz-Hernández^b y Luis Sanchez-Urdazpal^a

^aServicio de Cirugía General del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España

^bServicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: moraguzman.dr@gmail.com
(I. Mora-Guzmán).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2018.09.014>
0009-739X/

© 2018 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Quiloperitoneo incidental asociado a hernia de Petersen en paciente operada de bypass gástrico laparoscópico



Incidental chyloperitoneum associated with Petersen's hernia in a patient operated by laparoscopic gastric bypass

La aparición de hernias internas tras cirugía bariátrica es relativamente frecuente (entre el 0,4 y el 8,8%)¹. Son debidas a la herniación de asas intestinales a través de los defectos creados durante la reconstrucción de algunos tipos de cirugía bariátrica, por agrandamiento de los mismos, tras la pérdida de peso postoperatoria². Como resultado de estas hernias se producen obstrucciones al tránsito y/o vasculares, siendo menos frecuentes la obstrucción linfática sin asociar una sintomatología clara.

Nuestra paciente es una mujer de 38 años, sin antecedentes de interés. Es operada en 2017 por obesidad grado IV con un índice de masa corporal (IMC) de 49,77 kg/m², realizándose un bypass gástrico laparoscópico (BPGL) con asa alimentaria (AA) antecólica de 150 cm y asa biliopancreática (ABP) de 60 cm. Los defectos (mesentérico y de espacio de Petersen) se cierran con sutura barbada de polibutéster 3/0. La paciente va perdiendo peso adecuadamente, pero tras 8 meses, comienza a referir

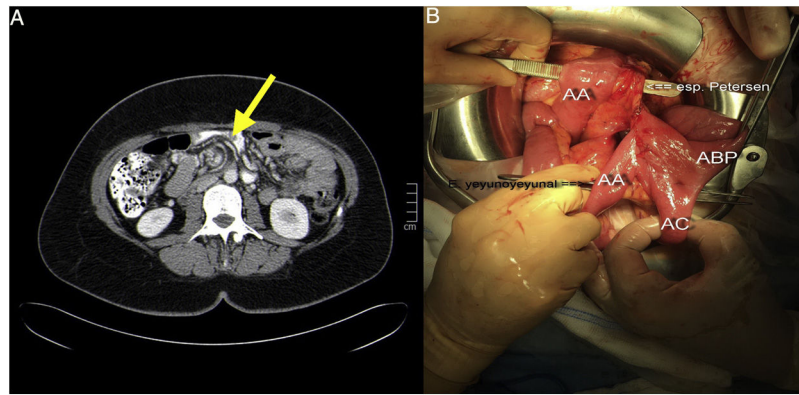


Figura 1 – A) Signo del remolino en la TC. B) Defectos mesentéricos.

dolores epigástricos posprandiales, autolimitados a 20-30 min de duración y sin relación con el tipo de alimentación. Se realizan análisis sanguíneos, gastroscopia, tránsito gastro-duodenal, tomografía computarizada (TC) y ecografía abdominal sin detectar enfermedad salvo una colestiasis. Es sometida a colecistectomía laparoscópica (IMC: 36,14 kg/m²) 10 meses tras el BPGL, sin hallazgos intraoperatorios de interés. Tras esta cirugía la paciente sigue con los mismos síntomas, por lo que se le repiten las pruebas de imagen. La nueva TC informa de arremolinamiento de los vasos mesentéricos en hemiabdomen derecho y giro del ABP sin signos obstructivos ni de sufrimiento intestinal ni líquido ascítico ni engrosamientos peritoneales (fig. 1A). Ante la persistencia clínica y los nuevos hallazgos, se programa cirugía laparoscópica a los 10 días del resultado de la TC (13 meses del BPGL; IMC: 33,79 kg/m²). Se objetiva un importante engrosamiento del meso del intestino delgado a nivel centro abdominal, con una coloración blanquecina y otras zonas de meso normales en grosor y coloración (fig. 2A). Así mismo se objetiva presencia de líquido quiloso (fig. 2B) interasas y en pelvis (estudio microbiológico: negativo; triglicéridos líquido ascítico: 4.995 mg/dl). Se constata que la causa es una hernia a través del espacio de Petersen (fig. 1B) conteniendo un segmento largo de asa común (AC) y gran parte del ABP. Ante la imposibilidad de resolver la hernia de forma segura mediante laparoscopia se convierte a cirugía abierta, realizándose la reducción y devolución de las asas herniadas, con cierre del espacio de Petersen mediante sutura continua de polipropileno 3/0. El postoperatorio fue favorable siendo alta al segundo día. Actualmente la paciente se encuentra libre de sintomatología.

La ascitis quilosa o quiloperitoneo es una enfermedad infrecuente y con poca presencia en la literatura médica desde que la describió Morton en 1691³, después de practicar una paracentesis en un paciente pediátrico con tuberculosis diseminada. Se define como la presencia de líquido ascítico con alto contenido de grasa (triglicéridos), normalmente por encima de los 200 mg/dl⁴. Hasta la fecha se han publicado muy pocos casos de quiloperitoneo asociada a hernia interna tras BPGL^{5,6}, siendo en su mayoría debidos a una hernia a través del ojal mesentérico de la anastomosis yeyuno-yeyunal. Aunque se ha publicado algún caso⁷ de quiloperitoneo asociadas a hernia de Petersen tras reconstrucciones en Y de Roux por cirugía gástrica oncológica, nuestro caso tiene la singularidad de suceder tras una cirugía bariátrica.

La etiología del quiloperitoneo es bien conocida, y entre los factores que la determinan se encuentran⁴ las causas congénitas, las causas fibróticas (enfermedades hematológicas, sarcomas y metástasis) y las causas adquiridas. Entre estas últimas se distinguen las que originan un incremento de la producción de linfa, como la cirrosis (causa más frecuente junto a las fibróticas en nuestro entorno) y las cardiopatías, y las que originan una disrupción u obstrucción del conducto torácico, como pueden ser los traumatismos, las cirugías abdominales, las infecciosas (filariasis, tuberculosis) y la radioterapia.

El diagnóstico de la quiloperitoneo tras cirugía bariátrica requiere un alto grado de sospecha, respaldado por el hallazgo de líquido libre peritoneal en ecografía y TC abdominal. Sin embargo, el estudio principal es la linfogammagrafía porque muestra la anatomía linfática y los puntos de escape de quilo. La confirmación diagnóstica requiere una paracentesis para el análisis bioquímico del líquido obtenido, en el que se suele

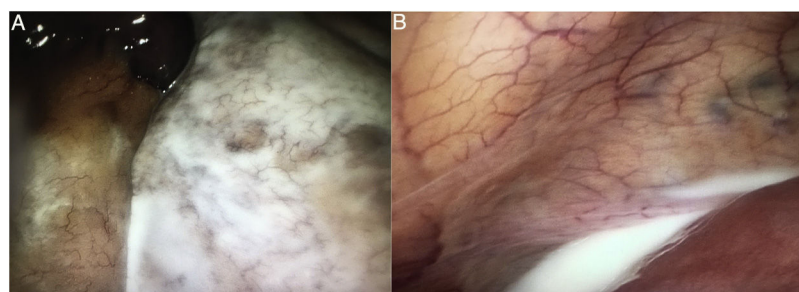


Figura 2 – A) Meso normal y meso con linfa. B) Quilo en pelvis.

evidenciar una concentración de triglicéridos elevada, un pH alcalino, proteínas (> 3 g/l) y células, con predominio de linfocitos.

En nuestra paciente, ninguno de sus síntomas ni hallazgos en las pruebas realizadas orientaba a quiloperitoneo, sino más bien en un dolor abdominal crónico, y en el desarrollo progresivo de una hernia interna por la pérdida de peso como primera causa etiológica, razón por la que se indicó una laparoscopia exploratoria⁸. La compresión extrínseca de los vasos linfáticos del meso explicó la aparición del quiloperitoneo.

Para el tratamiento del quiloperitoneo se debe tener en cuenta la causa que la origina y suele basarse en nutrición parenteral asociada a somatostatina u octreótido, dietas pobres en grasa con triglicéridos de cada media ya que estos van directamente a la circulación sanguínea sin pasar por la linfa⁹, no siendo la cirugía la opción terapéutica de entrada.

En un paciente intervenido de *bypass* gástrico laparoscópico que presenta dolor abdominal, se debe incluir siempre en el diagnóstico diferencial la hernia de Petersen, incluso con pruebas radiológicas negativas. Cerrar los orificios de potencial herniación durante el procedimiento bariátrico puede disminuir la incidencia de esta complicación¹⁰. El abordaje laparoscópico en casos de hernia, siempre que sea factible, es el recomendable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Al Harakeh AB, Kallies KJ, Borgert AJ, Kothari SN. Bowel obstruction rates in antecolic/antegastric versus retrocolic/retrogastric Roux limb gastric bypass: A meta-analysis. *Surg Obes Relat Dis.* 2016;12:194-8.
2. Rondelli F, Bugiantella W, Desio M, Vedovati MC, Boni M, Avenia N, et al. Antecolic or Retrocolic Alimentary Limb in Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass? A Meta-Analysis. *Obes Surg.* 2016;26:182-95.
3. Browse NL, Wilson NM, Russo F, al-Hassan H, Allen DR. Aetiology and treatment of chylous ascites. *Br J Surg.* 1992;79:1145-50.
4. Lizaola B, Bonder A, Trivedi HD, Tapper EB, Cardenas A. Review article: the diagnostic approach and current management of chylous ascites. *Aliment Pharmacol Ther.* 2017;46:816-24.

5. Hanson M, Chao J, Lim RB. Chylous ascites mimicking peritonitis after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity. *Surg Obes Relat Dis.* 2012;8:e1-2.
6. Hidalgo JE, Ramirez A, Patel S, Acholonu E, Eckstein J, Abu-Jaish W, et al. Chyloperitoneum after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass (LRYGB). *Obes Surg.* 2010;20:Error: FPage (257) is higher than LPage (260)!
7. Akama Y, Shimizu T, Fujita I, Kanazawa Y, Kakinuma D, Kanno H, et al. Chylous ascites associated with intestinal obstruction from volvulus due to Petersen's hernia: Report of a case. *Surg Case Rep.* 2016;2:77.
8. Nimeri AA, Maasher A, Al Shaban T, Salim E, Gamaleldin MM. Internal Hernia Following Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass: Prevention and Tips for Intra-operative Management. *Obes Surg.* 2016;26:2255-6.
9. Weniger M, D'Haese JG, Angele MK, Kleespies A, Werner J, Hartwig W. Treatment options for chylous ascites after major abdominal surgery: A systematic review. *Am J Surg.* 2016;211:206-13.
10. Higa K, Boone K, Arteaga Gonzalez I, Lopez-Tomassetti Fernandez E. Mesenteric closure in laparoscopic gastric bypass: Surgical technique and literature review [Article in Spanish]. *Cir Esp.* 2007;82:77-88.

Sergio Rodrigo del Valle Ruiz^{a,*},
Francisco Miguel González Valverde^{a,c},
María Encarnación Tamayo Rodríguez^{a,c},
Esther Medina Manuel^b
y Antonio Albarracín Marín-Blázquez^{b,c}

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

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

^cDepartamento de Cirugía, Pediatría y Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de Murcia, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: retinosis@gmail.com (S.R. del Valle Ruiz).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2018.10.002>
0009-739X/

© 2018 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Embolización de pseudoaneurisma femoral secundario a contusión por asta de toro

Embolization of femoral pseudoaneurysm secondary to contusion by bull horn



El herido en festejo taurino puede considerarse un politraumatizado, con algunas características especiales relacionadas

con la particularidad del agente traumático, el toro o res brava. Un componente especialmente relevante en la atención