

thromboembolism: An unusual cause of abdominal pain. *J Korean Surg Soc.* 2011;81:360-2.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lourdesrm91@hotmail.com
(M.L. García-Jiménez).

María Lourdes García-Jiménez*, Dora Gómez-Pasantes,
Laura Castro-Diez, Jose Ignacio Rivas-Polo
y Manuel Gómez-Gutiérrez

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2019.07.008>
0009-739X/

© 2019 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Complejo
Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España

Leiomioma de vena cava inferior

Leiomyosarcoma of the inferior vena cava



El leiomioma primario de vena cava inferior (VCI) es un tumor mesenquimal infrecuente y con mal pronóstico¹. Solo 300 casos han sido descritos^{1,2}, por lo que los datos disponibles para podernos guiar en su tratamiento son muy escasos. El reporte detallado de cada caso puede ayudarnos en la toma de decisiones para el adecuado manejo de un paciente futuro.

Mujer de 63 años, con múltiples cirugías abdominales previas por adenocarcinoma de colon con metástasis hepáticas. En la tomografía computarizada (TC) de seguimiento, se objetiva un nódulo retroperitoneal de nueva aparición de 27 mm dependiente de la pared posterior de la VCI (fig. 1). Tras biopsia mediante punción por aguja fina (PAAF) es diagnosticada de leiomioma primario de VCI. La paciente estaba asintomática.

Mediante laparotomía exploradora y tras adhesiolisis compleja se evidencia neoformación sólida a partir de vena cava infrahepática, alcanzando el origen de la vena renal izquierda y adherida a la glándula suprarrenal derecha. No se objetivó invasión de otras estructuras intraabdominales.

Tras clampaje de vena cava retrohepática, vena renal izquierda y de la confluencia de la vena renal derecha (fig. 2A), se realiza cavectomía en bloque con la glándula suprarrenal derecha. Se reconstruyó el flujo mediante injerto protésico de politetrafluoroetileno (PTFE) anillado de 20 mm de diámetro con reimplante directo de la vena renal izquierda (fig. 2B). La anatomía patológica definitiva confirmó el diagnóstico de leiomioma vascular primario. Los márgenes de resección estaban libres de tumor. Tras 24 h en la unidad de cuidados intensivos se traslada a planta sin datos de compromiso vascular.

La paciente fue reintervenida al tercer día postoperatorio por perforación intestinal. La evolución posterior fue satisfactoria siendo dada de alta al décimo día post-reintervención sin signos de infección o trombosis del injerto en la TC de control. Siete meses después no existen datos de recidiva tumoral, trombosis ni infección protésica.

El leiomioma de vena cava inferior es un tumor maligno, raro, localmente muy agresivo, pero con un

crecimiento lento, lo que hace que puedan permanecer asintomáticos hasta estadios avanzados de la enfermedad¹. La localización más frecuente es la infrarrenal³.

Actualmente, la resección quirúrgica en bloque es la única cura potencial. La exéresis completa con márgenes libres aumenta la supervivencia a largo plazo⁴⁻⁶.

Para la reconstrucción de la vena cava inferior se pueden emplear distintos injertos; no obstante, dada la escasa casuística, no existe un consenso acerca de cuál es la técnica o el material más adecuado.

Algunos autores abogan por los injertos venosos o la sutura primaria con el objetivo de disminuir el riesgo de infecciones o trombosis^{3,7}. Sin embargo, autores como Michael et al.⁶ destacan varios factores técnicos que, aún hoy, son motivo de discusión.

Cuando se utilizan prótesis de PTFE, algunos sugieren el uso de injertos anillados para prevenir el colapso de la misma; por el contrario, otros defienden que este tipo de injertos tienen una peor integración tisular y pueden predisponer a la formación de fistulas entero-protésicas hacia el duodeno¹⁻⁶. En el caso de nuestra paciente utilizamos una prótesis de PTFE anillada según lo descrito, la cual es la técnica quirúrgica más empleada en la actualidad, asociando cobertura de la misma con epiplón mayor para prevenir la formación de trayectos fistulosos.

En pacientes con afectación del segmento medio, hemos de considerar además, la reconstrucción o no de las venas renales. En el caso de la vena renal derecha, la necesidad de restauración del flujo es inexorable; sin embargo, en el lado izquierdo, la vena renal podría ser únicamente ligada, por la presencia de circulación colateral.

En nuestra paciente, el tumor alcanzaba el origen de la vena renal izquierda. En este caso, se optó por el reimplante directo de la misma a la prótesis de PTFE con el objetivo de disminuir el riesgo de enfermedad renal posterior que incrementase aún más la morbilidad del procedimiento.

Estudios recientes apuestan por la radioterapia (RT) neoadyuvante para el manejo del leiomioma de vena

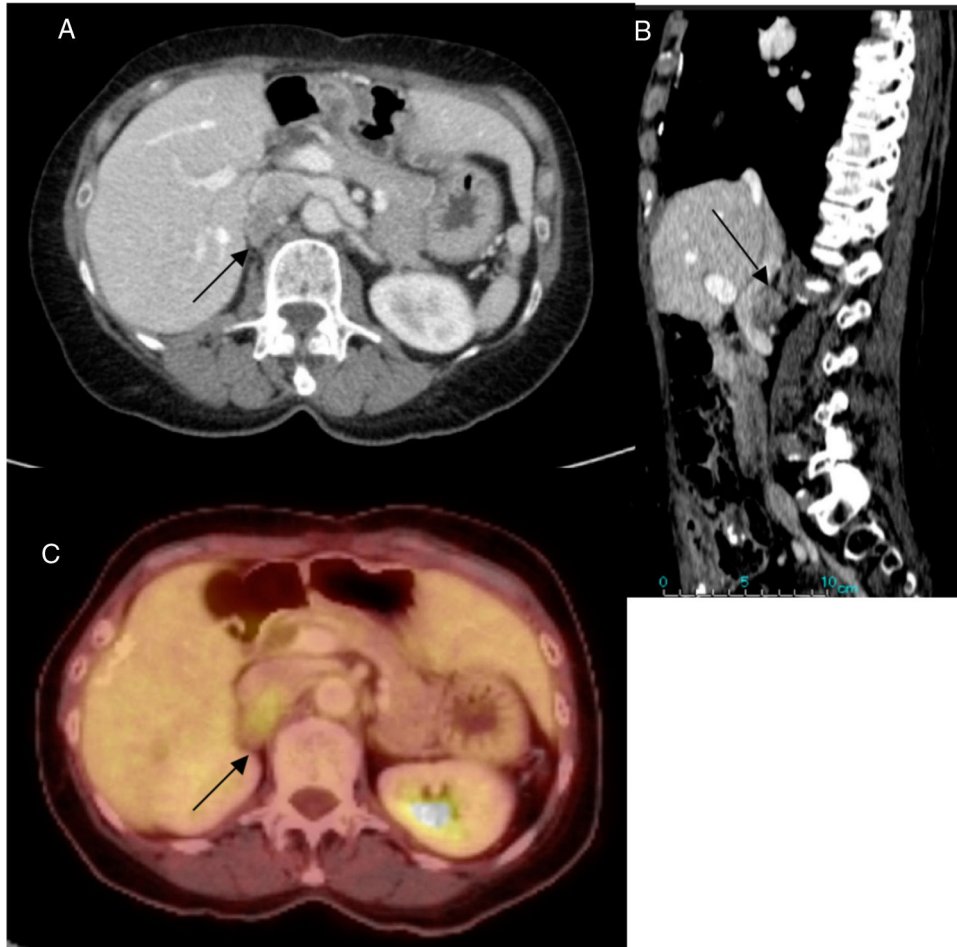


Figura 1 - Nódulo retroperitoneal de 27 mm a partir de la pared posterior de la vena cava inferior (A y B, flechas). Actividad hipermetabólica del nódulo en PET/TAC (C, flecha).

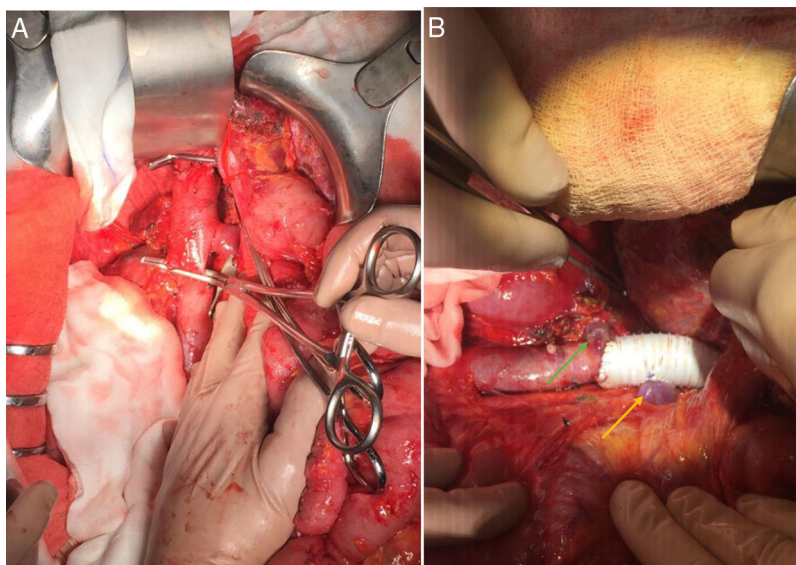


Figura 2 - A) Clampaje vascular a nivel de vena cava retrohepática, origen de vena renal izquierda y confluencia de vena renal derecha previo cavectomía y resección en bloque con la glándula suprarrenal derecha. B) Reconstrucción vascular mediante prótesis de PTFE anillada y reimplante directo de vena renal izquierda (flecha amarilla). Origen la vena renal derecha en el límite de resección (flecha verde).

cava inferior ya que permitiría mejorar el control local de la enfermedad^{7,8} e incluso podría facilitar la resección tumoral por la inducción de edema tisular local y engrosamiento parietal de la VCI a la que daría lugar la RT⁸. No obstante, hasta la actualidad, no existe un consenso global sobre la eficacia de la RT neoadyuvante en este tipo de neoplasias.

Tampoco existe consenso sobre el valor de la quimioterapia, restringiéndose su uso a pacientes en progresión, en casos de recurrencia tumoral o enfermedad metastásica^{3,8}. Nosotros optamos por el manejo quirúrgico como único tratamiento dada la escasa evidencia disponible sobre dichos tratamientos y la ausencia de datos de afectación de órganos vecinos o metástasis a distancia en el estudio preoperatorio.

Así pues, el leiomioma de VCI representa un reto clínico y quirúrgico. Una resección en bloque R0 es indispensable para alcanzar la curación, siendo a día de hoy todavía desconocido el papel de la RT y quimioterapia en el pronóstico de estos pacientes; el cual depende principalmente de la localización, grado de extensión tumoral y agresividad celular, así como de la posibilidad de exéresis completa con bordes quirúrgicos libres de tumor.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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.
2. Perl L, Virchow R. Ein Fall von Sarkom der Vena cava inferior. *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin*. 1871;53:378-83.
3. Schettini AV, Coubeau L, Mazzeo F, Lerut J. Leiomyosarcoma of the inferior vena cava level II including both renal veins: Surgical approach. *Acta Chir Belg*. 2015;115:96-8.

4. Higutchi C, Sarraf YS, Nardino EP, Pereira WMG, Daboin BEG, Carvalho LEW, et al. Vascular Reconstruction Technique Using a Tubular Graft for Leiomyosarcoma of the Inferior Vena Cava: A Case Report. *EJVES Short Reports*. 2017;36:5-8.
5. Kulaylat MN, Karakousis CP, Doerr RJ, Karamanoukian HL, O'Brien J, Peer R. Leiomyosarcoma of the inferior vena cava: A clinicopathologic review and report of three cases. *J Surg Oncol*. 1997;65:205-17.
6. Tameo MN, Calligaro K.D., Antin LF, Dougherty MJ. Primary leiomyosarcoma of the inferior vena cava: Reports of infrarenal and suprahepatic caval involvement. *J Vasc Surg*. 2010;51:221-4.
7. Munene G, Mack LA, Moore RD, Temple WJ. Neoadjuvant radiotherapy and reconstruction using autologous vein graft for the treatment of inferior vena cava leiomyosarcoma. *J Surg Oncol*. 2011;103:175-8.
8. Daylami R, Amiri A, Goldsmith B, Troppmann C, Schneider PD, Khatri VP. Inferior Vena Cava Leiomyosarcoma: Is Reconstruction Necessary after Resection? *J Am Coll Surg*. 2010;210:185-90.

Ana Puerta*, José Alberto Vilar, Jordi Núñez, Pedro López Hervás y Javier Nuño

Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante hepático, Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anapuertavicante@gmail.com (A. Puerta).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2019.07.007>
0009-739X/

© 2019 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Obstrucción intestinal secundaria a fístula entero-entérica: una rara complicación en consumidores crónicos de AINE

Small bowel obstruction secondary to enteroenteric fistula: An uncommon complication in chronic NSAID users



La enteropatía por AINE es una enfermedad muy prevalente, diagnosticada habitualmente tras episodios de hemorragia digestiva o durante el estudio de un síndrome malabsortivo. Sin embargo, su diagnóstico tras un episodio de obstrucción intestinal es inusual y suele ser debido a estenosis diafragmáticas.

Presentamos el caso de una paciente mujer de 89 años que acudió al servicio de urgencias por dolor epigástrico, vómitos

y cese en la expulsión de gases y heces de 4 días de evolución, asociado a cuadro asténico y pérdida de 5 kg en los últimos 2 meses. Sus antecedentes más destacados era el consumo de ácido acetilsalicílico y omeprazol desde hace más de 10 años.

A la exploración presentaba buen estado general y estabilidad hemodinámica. El abdomen se encontraba distendido, con dolor y defensa en epigastrio, sin datos de peritonismo difuso.