



Figura 1 – Corte transversal de la angiografía computarizada (angio-TC) en el que se aprecia un trombo en arteria iliaca externa derecha, que impide el paso de contraste por la misma.

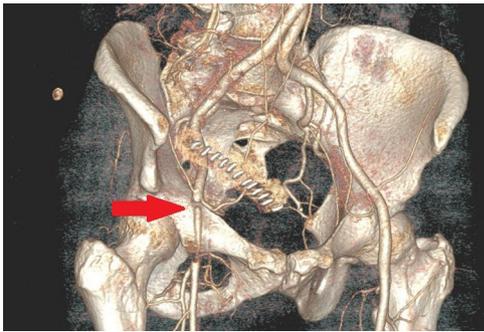


Figura 2 – Reconstrucción 3D en la que se observa la estenosis a nivel de la transición iliofemororal derecha.

La sospecha clínica debe orientar al correcto diagnóstico y tratamiento de estas lesiones. La pérdida de pulsos o la debilidad del pulso femoral con respecto a la extremidad contralateral tras una cirugía inguinocrural debe hacer sospechar de una posible lesión arterial, siendo la clínica de claudicación súbita con frialdad y parestesias altamente sugestiva de isquemia².

La valoración urgente por un cirujano vascular evitará potenciales secuelas neuromotoras o incluso la pérdida de la extremidad.

En caso de sangrado por lesión directa sobre la arteria se deben evitar los puntos hemostáticos aplicados de forma aleatoria. Se preconiza disecar y exponer correctamente la

arteria para poder identificar fehacientemente el punto de la lesión y realizar la reparación de forma adecuada y bajo visión directa, mediante sutura vascular no estenosante o angioplastia con parche en función del tamaño del defecto.

La lesión arterial tras la cirugía de la hernia crural es una complicación infrecuente pero grave. Es importante ahondar en el diagnóstico de isquemia ante pacientes que se encuentren en el postoperatorio reciente de una hernioplastia o herniorrafia inguino-crural, y que presenten ausencia de pulsos con frialdad, palidez, parestesias o disfunción motora de la extremidad ipsilateral. El adecuado diagnóstico y tratamiento de una lesión vascular minimiza las consecuencias posteriores de la isquemia¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hidalgo M, Castellón JM, Figueroa JM, Eymar JL, Moreno-González E. Complicaciones de la cirugía de las hernias. *Cir Esp.* 2001;69:217-23.
2. Carbonell Tatay F. *Hernia inguinocrural*. Madrid: Ethicon. 2001.
3. Shamberger R, Ottinger L, Malt R. Arterial Injuries During Inguinal Herniorrhaphy. *Ann Surg.* 1984;200:83-5.

Miriam Tellaeche de la Iglesia^{a,*}, Arkaitz Perfecto Valero^a, Antonio Rebollo García^a, Elena Aranda Escaño^a y Ana Apodaka Díez^b

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, Vizcaya, España

^bServicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, Vizcaya, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: miriam.tellaeche@gmail.com (M. Tellaeche de la Iglesia).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.01.002>
0009-739X/

© 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Porocarcinoma de localización mamaria, a propósito de un caso

Porocarcinoma Located in the Breast: A Case Report



El porocarcinoma ecrino es una rara neoplasia cutánea que se desarrolla sobre los ductos intraepidérmicos de las glándulas sudoríparas ecrinas¹. Su incidencia varía entre un 0,005 y un

0,01% de todos los tumores cutáneos y es más frecuente en las mujeres a partir de los 60 años^{2,3}, aunque se han descrito casos en niños y adultos jóvenes⁴.



Figura 1 – Tumoración exofítica indurada y ulcerada de unos 5 × 6 cm en mama derecha.



Figura 2 – Tumoración exofítica sin signos de infección.

Se desconoce la etiología de esta neoplasia, si bien ha sido relacionada con la exposición solar crónica, la exposición a agentes químicos y la inmunosupresión¹.

Suele presentarse como una masa o nódulo verrucoso que se puede ulcerar, es más frecuente en las extremidades inferiores (33,9%) y en cabeza y cuello (39,9%)¹. Hasta la fecha han sido pocos los casos publicados en la bibliografía de porocarcinomas de localización mamaria^{1,5,6}.

Presenta altas tasas de recidiva y de extensión metastásica locorregional, con múltiples nódulos perilesionales². La extensión metastásica a distancia (31%) suele tener un pronóstico fatal y se desarrolla principalmente en ganglios linfáticos (57,7%) y pulmón (12,8%)¹.

El tratamiento de elección en este tipo de tumores es la extirpación quirúrgica de la lesión más radioterapia locorregional¹.

A pesar de la extirpación completa de la lesión, presenta unas tasas de recidiva en torno al 20%, metástasis a distancia en el 12% de los pacientes y unas tasas de mortalidad superiores al 50%³.

Se presenta el caso de una mujer de 92 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia, poliartritis y déficit de vitamina D, que acudió a urgencias tras haber sufrido un traumatismo craneoencefálico en el contexto de un síndrome constitucional de varios meses de evolución, con pérdida de peso. Durante la exploración física de la paciente se apreció una tumoración exofítica indurada y ulcerada de unos 5 × 6 cm en mama derecha, sin signos de infección, con sangrado en sábana al roce (figs. 1 y 2). La paciente refirió crecimiento progresivo de la lesión en los últimos 2 años, sin haber consultado previamente.

En la analítica se destaca una hemoglobina de 8,4 g/dL.

Con la sospecha de una neoplasia mamaria, y dado que presentaba sangrado en sábana, se decidió intervenir quirúrgicamente a la paciente, a la que se le realizó una mastectomía simple derecha, sin incidencias. La paciente presentó buena evolución postoperatoria y fue dada de alta a los 7 días de la intervención.

Tras el informe de anatomía patológica, con el diagnóstico de porocarcinoma, se realizó estudio de extensión y se identificaron múltiples conglomerados adenopáticos axilares en el lado derecho.

La paciente, dada su edad, decidió no continuar tratamiento adyuvante.

El porocarcinoma de localización mamaria es una entidad muy poco frecuente en la bibliografía, tratado en este caso quirúrgicamente, dado que es el tratamiento de elección. Aunque no hay protocolos establecidos debido a su escasa respuesta, en el caso de que se presenten metástasis locorregionales o a distancia se puede completar el tratamiento con extirpación ganglionar, radioterapia y quimioterapia: la propia paciente desestimó el tratamiento por su avanzada edad.

En este caso, cabe resaltar el diagnóstico diferencial con el carcinoma mamario, por lo que habría que haber tomado una biopsia previa al tratamiento. Sin embargo, dado que en esta paciente la mastectomía fue de tipo paliativo, la biopsia no habría cambiado la decisión terapéutica. Un diagnóstico precoz es de vital importancia en este tipo de tumores, dadas sus altas tasas de recidiva y de enfermedad a distancia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abdulwahid MS, Kakamad FH, Hiwa OB, Rawezh QS, Hawbath MR, Shvan HM, et al. Porocarcinoma; presentation and management, a meta-analysis of 453 cases. *Ann Med Surg (Lond)*. 2017 Jun 20;20:74–9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amsu.2017.06.027>.
2. Abdulwahid MS, Kakamad FH, Rawand AE, Goran MR, Masrur SA, Shvan HM, et al. Porocarcinoma: A systematic review of

- literature with a single case report. *Int J Surg Case Rep.* 2017;30:13-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2016.10.051>.
3. Ermertcan AT, Evrenos MK, Öztürk F, Temiz P. Giant eccrine porocarcinoma in an unusual location. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2018;84:521. 10.4103/ijdv.IJDVL_300_16.
 4. Riera-Leal L, Guevara-Gutiérrez E, Barrientos-García JG, Madrigal-Kasem R, Briseño-Rodríguez G, Tlacuilo-Parra A. Eccrine porocarcinoma: Epidemiologic and histopathologic characteristics. *Int J Dermatol.* 2015;54:580-6. 10.1111/ijd.12714.
 5. Nazemi A, Higgin S, Swift R, In G, Miller K, Wysong A. Eccrine porocarcinoma: New insights and a systematic review of the literature. *Dermatol Surg.* 2018;44:1247-61. <http://dx.doi.org/10.1097/DSS.0000000000001566>.
 6. Monten C, Berwouts J, Veldeman L, Creyten D, Braems G. A case of eccrine porocarcinoma located in the breast: The pitfalls reviewed. *Med Case Rep.* 2017;4(S1):004. <http://dx.doi.org/10.21767/2471-8041.S1-004>.

Alba Correa Bonito*, Ángela de la Hoz Rodríguez, Cristina Marín Campos, Beatriz Doblado Cardellach y Elena Martín Pérez

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alba.bonito90@gmail.com (A. Correa Bonito).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2019.12.007>
0009-739X/

© 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Quilotórax bilateral y ascitis quilosa como consecuencia de la rotura espontánea de un linfangioma retroperitoneal



Bilateral chylothorax and chylous ascites resulting from the spontaneous rupture of a retroperitoneal lymphangioma

La lesión del sistema linfático, ya sea por obstrucción o por disrupción traumática, da lugar a una fuga de linfa que puede acumularse dentro de las cavidades tanto torácica como abdominal¹. El quilotórax es la causa más frecuente de derrame pleural en neonatos, si bien en los adultos representa solo el 3% de los casos de derrame pleural. La ascitis quilosa es aún menos frecuente, con una incidencia aproximada de 1 de cada 20.000 casos. La acumulación simultánea de linfa en las cavidades serosas es muy rara, suele asociarse con etiologías no traumáticas² y puede condicionar una deficiencia nutricional e inmunosupresión graves que podrían derivar en situaciones potencialmente mortales para el paciente³.

Presentamos el caso de un paciente de 38 años sin antecedentes personales de interés que empezó con un episodio de disnea progresiva asociado a derrame pleural izquierdo masivo compatible con quilotórax. Al principio, respondió a tratamiento conservador con drenaje pleural, dieta absoluta y nutrición parenteral total. El estudio de extensión para filiar su origen incluyó una tomografía computarizada toracoabdominal que evidenció como hallazgo incidental una lesión en segmento V hepático. Se le practicó una segmentectomía hepática reglada, con un resultado anatomopatológico de

adenoma hepático benigno. El postoperatorio inmediato discurrió sin incidencias. Sin embargo, 7 días después del alta hospitalaria, el paciente reingresó por derrame pleural bilateral de predominio izquierdo compatible con quilotórax bilateral. Puesto que el débito a través del drenaje izquierdo era >500 mL/día y teniendo en cuenta las variaciones anatómicas del conducto torácico descritas en la bibliografía⁴, se realizó videotoroscopia izquierda guiada por inmunofluorescencia con infrarrojos y ligadura del conducto torácico, tras la administración de verde de indocianina como método de localización. Tras la cirugía, el débito del hemitórax izquierdo disminuyó considerablemente; sin embargo, aumentó el derecho hasta más de un litro al día, por lo que se decidió abordar con cirugía el lado derecho, esta vez por toracotomía lateral baja: se localizó y ligó el conducto torácico a dicho nivel. A raíz de esta última intervención, los débitos por ambos drenajes torácicos cayeron de forma significativa (<100 mL/día). A pesar de ello, durante el segundo día postoperatorio, el paciente desarrolló distensión y dolor abdominal junto con oligoanuria y alteración de la función renal. La evaluación ecográfica abdominal evidenció abundante cantidad de líquido libre que, tras punción y drenaje, mostró de nuevo la presencia de linfa.