



Cartas científicas

Adenocarcinoma sobre quiste de duplicación yeyunal

Adenocarcinoma over a jejunal duplication cyst



Los quistes de duplicación intestinal son una enfermedad poco frecuente y rara en adultos¹⁻⁷. Se suele diagnosticar en edad infantil al producir síntomas en los primeros años de vida.

Pueden aparecer a lo largo de todo el tracto digestivo, siendo el lugar más frecuente el íleon, y su malignización no es inusual, aunque está poco descrita en la literatura^{1,2}.

Presentamos el caso de un paciente intervenido por una masa intraabdominal de origen incierto que finalmente resultó ser un adenocarcinoma avanzado sobre un quiste de duplicidad intestinal a nivel yeyunal.

Se trató de un paciente varón de 59 años con crisis hipertensivas de reciente aparición que presentaba a la exploración una masa en hemiabdomen izquierdo no dolorosa, fija e indurada.

Se realizó una tomografía computarizada (TC) que informó de una masa sólida quística que dependía del mesenterio y que parecía atrapar el uréter derecho provocando hidronefrosis ipsilateral (fig. 1).

A nivel analítico presentaba una creatinina de 1,61 mg/dl, con un renograma con una función renal derecha de solo el 10,2%, posiblemente por compresión extrínseca, por lo que se colocó un catéter doble J derecho.

Se realizó una colonoscopia en la que se encontró un área de sospecha infiltración submucosa que no se confirmó en la biopsia.

Ante estos hallazgos se decidió realizar laparotomía exploradora, encontrando una tumoración intestinal de unos 8 cm a nivel del ángulo de Treitz, que afectaba a la raíz del mesenterio, englobando el colon sigmoide y que respetaba la arteria y la vena mesentérica superior, así como el uréter derecho.

Se realizó exéresis en bloque de la masa incluyendo el yeyuno proximal afecto y sigma (fig. 2).

Durante el postoperatorio el paciente presentó a las 48 h de la intervención una dehiscencia a nivel de la anastomosis yeyunal, precisando laparotomía urgente. Se realizó maniobra de Kocher y movilización completa del ángulo de Treitz.



Figura 1 – En la imagen se puede objetivar una masa sólida quística de 8 x 6 cm dependiente de mesenterio.



Figura 2 – Segmento de intestino delgado que presenta a nivel del mesenterio una tumoración de 8,5x6x6 cm quística con contenido de aspecto achocolatado.

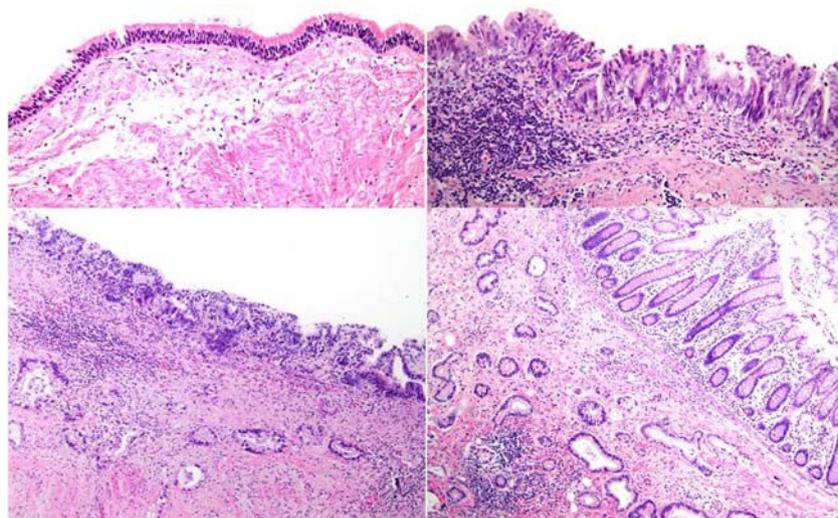


Figura 3 – Quiste de duplicidad intestinal sin relación con la luz del intestino delgado. Se halla revestido por epitelio de tipo intestinal displásico con extensas áreas de carcinoma in situ y áreas desnudas. El quiste muestra 2 capas musculares desarrolladas en toda su extensión con presencia de plexo de Auerbach y células ganglionares. Se identifica un componente invasivo de adenocarcinoma que infiltra linfáticos, estructuras nerviosas y venosas intra y extramuralmente.

Se seccionó el duodeno distal a la papila, tras visualización directa de la misma. Trasposición yeyunal al espacio retro-mesentérico y anastomosis en la vertiente libre de la segunda porción duodeno-yeyunal latero-lateral.

El paciente precisó ingreso en la unidad de reanimación (grado IVa según la clasificación de Clavien-Dindo) pudiéndose dar el alta a su domicilio a los 13 días del ingreso.

El resultado definitivo de la anatomía patológica informó de adenocarcinoma de intestino delgado que invadía mesenterio y un segmento de colon (pT4) con margen radial afecto y presencia de infiltración ganglionar (pN2) e invasión vascular y perineural con expresión conservada de proteínas reparadoras (fig. 3).

Con diagnóstico de estadio IIIC se inició quimioterapia adyuvante con capecitabina y oxaliplatino completando el tratamiento previsto durante 24 semanas, realizándose seguimiento durante 14 meses.

Los quistes de duplicación intestinal son una enfermedad congénita que puede presentarse a cualquier nivel del tracto digestivo¹⁻⁷. Su diagnóstico puede resultar complicado por la baja incidencia que presentan, y se realiza en la mayoría de los casos en la infancia, en los 2 primeros años de vida (70%)². El origen de estas duplicaciones es aún controvertido y se aboga por una causa multifactorial donde se incluyen teorías como las del «gemelo abortivo», «el divertículo embriológico persistente» o la de la «recanalización luminal aberrante». Una de las teorías más aceptadas en la actualidad es la explicación a través de accidentes vasculares intrauterinos²⁻⁵. Frecuentemente se localizan en el lado mesentérico del intestino, como en el caso de nuestro paciente, y por orden de aparición se sitúan en el íleon, el esófago, el recto y el colon². La presencia de tejido ectópico (gástrico, pancreático) puede provocar clínica de hemorragia, ulceración e incluso

perforación, por lo que no es de extrañar que se terminen diagnosticando y operando de manera urgente^{2,5}.

Para su diagnóstico se recomiendan pruebas de imagen como la ecografía, la tomografía computarizada o la resonancia magnética. Una vez diagnosticado el tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa.

En adultos el diagnóstico de estas duplicaciones puede ocurrir como complicaciones (oclusión, hemorragia, dolor) y la resección quirúrgica también está indicada por el riesgo de malignización.

El diagnóstico de malignidad sobre estas lesiones es infrecuente, con un pequeño número de casos publicados al respecto. Se produce más frecuentemente en el colon, con un porcentaje de malignidad para este tipo de quistes de hasta el 68% en algunas series publicadas⁸, y del 23% en quistes ileales⁹. El tipo histológico más frecuente es el adenocarcinoma, seguido del carcinoma escamoso y el tumor carcinoide¹⁰. El diagnóstico se suele realizar además en estadios avanzados, como en el caso de nuestro paciente, con presencia de afectación ganglionar de manera frecuente.

La cirugía debe ser radical, con una intención curativa desde un inicio^{1,2}.

Los quistes de duplicación intestinal, aunque raros, pueden diagnosticarse en la edad adulta, y hay que tener en cuenta este diagnóstico ante una masa abdominal de origen indeterminado. La cirugía debe ser la primera opción terapéutica, sabiendo que es posible su malignización, y realizando siempre una resección radical con intención curativa.

Agradecimientos

Juan José Segura-Sampedro, Rafael Morales-Soriano.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blank G, Königsrainer A, Sipos B, Ladurner R. Adenocarcinoma arising in a cystic duplication of the small bowel: Case report and review of literature. *World J Surg Oncol.* 2012;10:55.
2. Jezioreczak PM, Warner BW. Enteric duplication. *Clin Colon Rectal Surg.* 2018;31:127-31.
3. Liu R, Adler DG. Duplication cysts: Diagnosis, management, and the role of endoscopic ultrasound. *Endosc Ultrasound.* 2014;3:152-60.
4. Beltrán MA, Barría C, Contreras MA, Wilson CS, Cruces KS. Adenocarcinoma en duplicación intestinal del íleon: caso clínico. *Rev Med Chil.* 2009;137:1341-5.
5. Hata H, Hiraoka N, Ojima H, Shimada K, Kosuge T, Shimoda T. Carcinoid tumor arising in a duplication cyst of the duodenum. *Pathol Int.* 2006;56:272-8.
6. Tew K, Soans BK, Millar EA. Adenocarcinoma in an ileal duplication cyst: Ultrasound and computed tomography findings. *Australas Radiol.* 2000;44:228-31.
7. Kusunoki N, Shimada Y, Fukumoto S, Iwatani Y, Ohshima T, Arai E, et al. Adenocarcinoma arising in a tubular duplication of the jejunum. *J Gastroenterol.* 2003;38:781-5.
8. Inoue Y, Nakamura H. Adenocarcinoma arising in colonic duplication cysts with calcification: CT findings of two cases. *Abdom Imaging.* 1998;23:135-7.
9. Johnson JA, Poole GV. Ileal Duplications in Adults: Presentation and Treatment. *Arch Surg.* 1994;129:659-61.
10. Ricciardolo AA, Iaquina T, Tarantini A, Sforza N, Mosca D, Serra F, et al. A rare case of acute abdomen in the adult: The intestinal duplication cyst. Case report and review of the literature. *Ann Med Surg.* 2019;40:18-21.

Andrea Craus-Miguel^{a,b,*}, Alessandro Bianchi^a, Alberto Pagan-Pomar^a, Isabel Torralba Cloquell^c y Xavier Francesc González-Argenté^{a,b,d}

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, Mallorca, España

^bInstituto de Investigación Sanitaria de Baleares (IdISBa), Palma de Mallorca, Mallorca, España

^cServicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, Mallorca, España

^dFacultad de Medicina, Universidad de las Islas Baleares, Palma de Mallorca, Mallorca, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: andrea.craus@ssib.es (A. Craus-Miguel).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.02.005>
0009-739X/

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

¿Estamos sobredosificando el metamizol por vía parenteral?



Are we overdosing parenteral metamizole?

El metamizol magnésico es uno de los analgésicos más frecuentemente empleados en el tratamiento del dolor perioperatorio¹. Este fármaco se introdujo en el mercado en 1921, y actualmente se encuentra autorizado en Sudamérica y en 10 países de la Unión Europea (UE), entre ellos España. En octubre de 2018, la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) publicó una nota informativa sobre el riesgo de agranulocitosis y el uso creciente del metamizol en España, habiéndose duplicado su consumo en los últimos 10 años². La dosis del metamizol nos preocupa, ya que son bien conocidos sus graves efectos adversos. Recientemente se ha publicado un análisis de casos reportados desde 1985 hasta 2017³, en el que se revisaron un total de 1.448 casos, un 16% con un final fatal. No se ha establecido dosis letal, sin embargo, dosis mayores de 10 g o en un corto período de

tiempo pueden producir náuseas, vómitos, dolor abdominal, deterioro de la función renal, síntomas del sistema nervioso central e incluso shock⁴. Los efectos adversos más frecuentes son hipotensión (frecuencia de $\geq 1/100$), seguido de reacciones dermatológicas ($\geq 1/1.000$), leucopenia, reacción anafiláctica, asma, exantema maculopapuloso ($\geq 1/10.000$), agranulocitosis (incluyendo casos mortales), trombocitopenia, necrólisis epidérmica tóxica, síndrome de Stevens-Johnson, shock y flebitis ($< 1/10.000$)⁵.

En la práctica clínica se usa con una dosificación de 2 g/cada 8 h por vía parenteral y se intercambia a metamizol magnésico oral 575 mg/cada 8 h cuando mejora la situación clínica. A raíz de esta diferencia y la nota de la AEMPS sobre el metamizol y sus efectos adversos se ha realizado una revisión de la farmacocinética, consensos de expertos y fichas técnicas