

5. Gaffey M, Mills S, Lack E. Neuroendocrine carcinoma of the colon and rectum. A clinicopathologic, ultrastructural, and immunohistochemical study of 24 cases. *Am J Surg Pathol*. 1990;14:1010–23.
6. Staren E, Gould V, Warren W, Wool N, Bines S, Baker J, et al. Neuroendocrine carcinomas of the colon and rectum: a clinicopathologic evaluation. *Surgery*. 1988;104:1080–9.
7. Kubo H, Miki C, Kusunoki M. Evaluation of genetic mutations of tumor suppresser genes in colorectal cancer patients. *Hepato-gastroenterology*. 2004;51:114–7.
8. Touzios J, Kiely J, Pitt S, Rilling W, Quebbeman E, Wilson S, et al. Neuroendocrine hepatic metastases: does aggressive management improve survival? *Ann Surg*. 2005;241:776–83.
9. Eriksson J, Stålberg P, Nilsson A, Krause J, Lundberg C, Skogseid B, et al. Surgery and radiofrequency ablation for treatment of liver metastases from midgut and foregut carcinoids and endocrine pancreatic tumors. *World J Surg*. 2008;32:930–8.
10. Ho A, Picus J, Darcy M, Tan B, Gould J, Pilgram T, et al. Long-term outcome after chemoembolization and embolization of

hepatic metastatic lesions from neuroendocrine tumors. *AJR Am J Roentgenol*. 2007;188:1201–7.

José Prieto-Montaña<sup>a</sup>, Wilfredo Salazar<sup>a</sup>, Eduardo Reyna-Villasmil<sup>b,\*</sup> e Helen de Nobrega-Correa<sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Servicio de Cirugía General, Hospital Central Dr. Urquinaona, Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela*

<sup>b</sup> *Servicio de Ginecología, Hospital Central Dr. Urquinaona, Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela*

\* Autor para correspondencia. Hospital Central Dr. Urquinaona, Final Av. El Milagro, Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela.

Correo electrónico: [sippenbauch@gmail.com](mailto:sippenbauch@gmail.com)  
(E. Reyna-Villasmil).

doi:10.1016/j.gastrohep.2010.09.005

## Tumor fibromixóide de bajo grado

### Low-grade fibromixoid tumor

El tumor fibromixóide de bajo grado es un tumor de tejidos blandos de apariencia benigna pero cuyo comportamiento clínico es agresivo, produciendo múltiples recurrencias locales y, ocasionalmente, metástasis a distancia. Presentamos el caso de un varón de 78 años que presentó un tumor fibromixóide de bajo grado de afectación peritoneal.

Un varón de 78 años con antecedente de fibrilación auricular en tratamiento con dicumarínicos y sin otros antecedentes médico-quirúrgicos reseñables. Consultó por cuadro de 2 meses de evolución de malestar general, con sensación de regurgitación de alimento y distensión abdominal progresiva.

En la exploración física destacaba la presencia de telangiectasias malares y plétora yugular; auscultación cardíaca arrítmica sin soplos con buena ventilación pulmonar y abdomen distendido, no doloroso, con matidez cambiante y signo de la oleada ascítica, sin masas ni visceromegalias palpables.

Se realizó una batería de análisis, que incluían hematemetría, recuento y fórmula, coagulación, función renal, electrolitos, función hepática, serie férrica y proteínograma, con resultados dentro de los límites de la normalidad. El VHB y el VHC negativos. Se realizó TAC toracoabdominopélvica, que aportó hallazgos compatibles con carcinomatosis peritoneal e implantes en hipogastrio de hasta 6 cm de diámetro. En la gastroscopia se objetivó hernia de hiato y esofagitis por reflujo grado C (Los Ángeles). El estudio de líquido ascítico, de aspecto claro, arrojó valores de ADA 14,7 U/l, glucosa 93 mg/dl, GASA inferior a 1,1 y células 40/μl. El estudio microbiológico resultó negativo, así como la citología para células malignas. Los marcadores tumorales, incluidos AFP, CEA, CA 19.9 y PSA, fueron normales.

En estas circunstancias, se realizó biopsia de implante peritoneal guiada por ecografía, observándose material

compuesto por elementos fusiformes y estrellados con áreas mixoides, sin atipia ni actividad mitótica. En la inmunohistoquímica, la lesión mostró positividad para vimentina y Bcl-2 y negatividad para actina, queratina AE1-AE3, CD34 y CD99. El diagnóstico histológico final fue de tumor fibromixóide de bajo grado.

Evalúado el caso conjuntamente con el servicio de oncología médica, se optó por un tratamiento paliativo del cuadro, incluyendo paracentesis evacuadoras periódicas, con el objetivo de reducir al mínimo posible la sintomatología del paciente.

El tumor fibromixóide de bajo grado, descrito como entidad propia por Evans en 1987<sup>1</sup>, se incluye dentro de los tumores fibroblásticos y miofibroblásticos malignos en la clasificación que propone la Organización Mundial de la Salud<sup>2</sup>. Es un tumor de crecimiento lento e indoloro, de apariencia histológica benigna, pero con capacidad de recurrencia y de metástasis a distancia, fundamentalmente en pulmón. Suele presentarse en jóvenes y adultos de edad media, con predominio en varones (64%)<sup>3</sup>, aunque existen casos descritos en mujeres<sup>1,4</sup>. Se localiza con mayor frecuencia en extremidades inferiores, principalmente en muslo, aunque también en pared torácica, axila, hombro, glúteo, región inguinal o cuello. Se han descrito unos pocos casos en retroperitoneo, mesenterio de intestino delgado, pelvis, mediastino y ligamento falciforme<sup>5,6</sup>.

El diagnóstico diferencial con otras entidades es amplio, incluidas variantes mixoides del neurofibroma, leiomioma, hemangiopericitoma, fibromatosis desmoide, tumor maligno de nervio periférico, liposarcoma de células fusiformes y angiomixoma<sup>3</sup>.

En el estudio histológico suelen observarse fibroblastos, con áreas mixoides, con un patrón de distribución en remolino, con mínimo plemorfismo nuclear, citoplasma eosinófilo claro y escasa o nula actividad mitótica. En cuanto a la inmunohistoquímica, la mayoría muestran positividad a vimentina y negatividad para queratina, desmina, actina, proteína S-100, CD34, CD31 y antígeno epitelial de membrana<sup>7</sup>. Por otro lado, tanto en esta entidad como en

el tumor hializante de células fusiformes con rosetas gigantes se ha descrito la translocación t(7;16)(q33;p11) del gen FUS/CREB3L2<sup>7,8</sup>, lo que podría indicar un origen común de ambos procesos. Por esta razón, el estudio citogenético puede considerarse una herramienta útil para diferenciar el tumor fibromixóide de bajo grado del resto de procesos patológicos como los señalados anteriormente.

Actualmente, el tratamiento de elección es la cirugía, aunque la resección suele ser incompleta por tratarse de tumores generalmente bien circunscritos pero no encapsulados. Ni la radioterapia ni la quimioterapia han demostrado modificar el curso de la enfermedad, tener efectos sobre las recurrencias o metástasis ni mejorar la esperanza de vida<sup>1,2,6</sup>.

## Bibliografía

1. Van den Bossche MRP, Van Mieghem H. Low-grade fibromyxoid sarcoma. *Oncology*. 2000;58:207–9.
2. DeLaney TF. Overview of soft tissue sarcoma. Disponible en: [www.UpToDate.com](http://www.UpToDate.com); última actualización octubre 2009.
3. Shidham VB, Ayala GE, Lahaniatis JE, García FU. Low-Grade Fibromyxoid sarcoma. Clinicopathologic case report with review literature. *Am J Clin Oncol*. 1999;22:150–5.
4. Fukunaga M, Ushigome S, Fukunaga N. Low-grade fibromyxoid sarcoma. *Virchows Arch*. 1996;429:301–3.
5. Harish K, Ashok AC, Alva NK. Low grade fibromyxoid sarcoma of the falciform ligament: a case report. *BMC Surgery*. 2003;3:1–7.
6. Park IJ, Kim HC, Yu CS, Kim JS, Jang SJ, Kim JC. Low-grade fibromyxoid sarcoma of the colon. *Digest Liver Dis*. 2007;39:274–7.
7. Vernon SE, Bejarano PA. Low-grade fibromyxoid sarcoma. A brief review. *Arch Pathol Lab Med*. 2006;130:1358–60.
8. Périgny M, Dion N, Couture C, Lagacé R. Sarcome fibromyxóide de bas grade: une étude clinico-pathologique de 7 cas. *Ann Pat-hol*. 2006;26:419–25.

Goizalde Solano Iturri\*, Sonia Blanco Sampascual e Victor Orive Cura

*Servicios de Medicina Interna y Aparato Digestivo, Hospital de Basurto, Av. Montevideo 18, 48013, Bilbao, Vizcaya, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [Goizalde.solanoiturri@osakidetza.net](mailto:Goizalde.solanoiturri@osakidetza.net) (G. Solano Iturri).

doi:10.1016/j.gastrohep.2010.09.006

## Profilaxis primaria de la hemorragia pospolipectomía con clips

### Primary prophylaxis of post-polylipectomy bleeding with clips

Sr. Director:

Tal y como se refiere en la revisión de Rivero et al aparecida recientemente en su revista<sup>1</sup>, las aplicaciones de los clips en la terapéutica endoscópica actual son cada vez más numerosas. Además, su accesibilidad y relativa facilidad de colocación han hecho que sea un procedimiento ampliamente utilizado en la mayoría de las unidades de endoscopia de nuestro país, fundamentalmente con fines hemostáticos.

En el campo de la resección endoscópica de pólipos los clips han demostrado ser una excelente técnica para el control de la hemorragia aguda pospolipectomía<sup>2</sup>, aunque se carece actualmente de estudios amplios comparativos frente a otras actuaciones. Por otra parte, tal y como señalan Rivero et al, su empleo como método profiláctico previo al abordaje de lesiones polipoideas con alto riesgo de sangrado es un tema controvertido; su uso en esta situación estaría limitado por la buena efectividad demostrada por la esclerosis y los endo-*loops*<sup>3</sup> y por las escasas comunicaciones al respecto. En este sentido, le presentamos una serie de 15 casos de extirpación completa de pólipos en enfermos considerados como de alto riesgo de sangrado realizados en nuestro servicio en los cuales se utilizaron clips previos a la exéresis endoscópica.

Los 13 pacientes (12 hombres y una mujer) fueron derivados para colonoscopia por diferentes y variados motivos.

Su edad media era de 66 años (rango: 44-84 años), presentando el 66% factores de riesgo cardiovascular y padeciendo el 41,5% enfermedades cardiopulmonares graves; el 25% tenía antiagregación basal mientras que el 16,5% estaba anticoagulado, habiéndose retirado previamente ambas medicaciones según las recomendaciones actuales<sup>4</sup>. Todos los 15 pólipos extirpados (en 2 enfermos existían pólipos sincrónicos) fueron pediculados o semipediculados (14 colónicos y uno gástrico), con un tamaño medio estimado a partir de la pinza de biopsia de 2,1 cm (rango: 0,5-4 cm); en el colon se empleó un clip por cada pólipo, utilizándose 3 en la lesión gástrica. La técnica de colocación fue la habitual, con la mayor insuflación posible y abordaje perpendicular a la zona de implantación del tallo (fig. 1); una vez fijado el clip se realizó corte con electrobisturí de asa, intentando mantener un margen de al menos 3 mm entre el clip y el punto de sección. La mitad de los situados en el colon estaba en el sigma, lo que facilitó la recuperación de todas las piezas excepto tres; todas las muestras colónicas analizadas correspondieron a adenomas (un 25% con displasia moderada-grave), mientras que el pólipo gástrico fue informado como hiperplásico. No existió sangrado ni otra complicación aguda, sin que fuera necesario el empleo de otros métodos hemostáticos endoscópicos o quirúrgicos. En el seguimiento realizado (telefónico y a partir de la historia informatizada) tampoco hemos registrado ninguna complicación.

La implantación de clips de manera preventiva previa a la realización de polipectomías de alto riesgo está empezando a ser considerada como una opción a valorar debido a que ofrece una línea suplementaria de protección frente al posible sangrado<sup>5</sup>. Algunos autores han comunicado incluso su validez aunque las lesiones sean catalogadas como de bajo