

2. Simon D, Levin S. Infectious complications of solid organ transplantations. *Infec Dis Clin North Am.* 2001;15:521.
3. Fisher R. Cytomegalovirus infection and disease in the new era of immunosuppression following solid organ transplantation. *Transpl Infect Dis.* 2009;11:195-202.
4. Salavert M, Granada R, Díaz A, Zaragoza R. Papel de las infecciones víricas en pacientes inmunodeprimidos. *Med Intensiva.* 2011;2011:117-25.
5. Ljungman P, Singh N. Human herpesvirus-6 infection in solid organ and stem cell transplant recipients. *J Clin Virol.* 2006;37 Suppl 1:587-91.
6. Corey L, Lanza P. Las infecciones por virus del herpes simple. *N Engl J Med.* 1986;314:749-57.
7. Gautam A. Complicaciones gastrointestinales después del trasplante. *Surg Clin N Am.* 2006;86:1195-206.

Rosa Virginia Acosta Materán*,
 María Concepción Piñero Pérez, Ana María Mora Soler,
 Ana Sánchez Garrido, Ana Beatriz Prieto Bermejo,
 Yuliana Mónica Jamanca Poma,
 Josué Rigoberto Umaña Mejía
 y Antonio Rodríguez Pérez

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Salamanca, Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca, Salamanca, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: conxipi@hotmail.com

(R.V. Acosta Materán).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2014.09.009>

Carcinoma primario de células en anillo de sello de íleon terminal



Primary signet-ring cell carcinoma of the terminal ileum

Sr. Director:

El desarrollo de neoplasias en el intestino delgado (ID) es infrecuente, correspondiendo al 1-2% de las neoplasias gastrointestinales¹. La mayor parte de ellas son adenocarcinomas y carcinoides. La variedad de carcinoma de células en anillo de sello (CCAS) predomina en estómago y en menor medida en colon, siendo raro en otras localizaciones. Hasta el momento, tan solo 3 casos de CCAS en íleon²⁻⁴ han sido descritos en la literatura y otros 4 en yeyuno^{2,5}. Recientemente se ha descrito un caso en mucosa duodenal no ampular⁶.

Presentamos el caso de un paciente de 81 años con clínica de cuadros suboclusivos de repetición. Se solicitó TAC abdominal en el que se observaba dilatación de asas de ID secundaria a un engrosamiento mural concéntrico hipercaptante de 4 cm del íleon terminal que se acompañaba de pequeños ganglios locorreionales a descartar enfermedad inflamatoria o neoplásica (fig. 1). Se realizó una colonoscopia identificando una válvula ileocecal normal, intubándose los últimos 3-4 cm de íleon en los que se observaba una mucosa edematosa, congestiva, irregular, sin úlceras o aftas, que se biopsió. No se consiguió progresar más por estenosis relativa (fig. 2). Las biopsias fueron informadas como ileítis inespecífica.

Se decidió intervención quirúrgica programada observándose una masa que infiltraba pared abdominal anterior dependiente de íleon terminal realizándose hemicolecotomía derecha y resección de íleon terminal laparoscópica. Se identificaron implantes peritoneales. Histológicamente se observó un CCAS bien diferenciado con perforación del peritoneo visceral, adenopatías positivas y afectación del epiplón (fig. 3). El paciente recibió posteriormente tratamiento quimioterápico y colocación de prótesis sobre anastomosis por obstrucción intestinal. La evolución fue

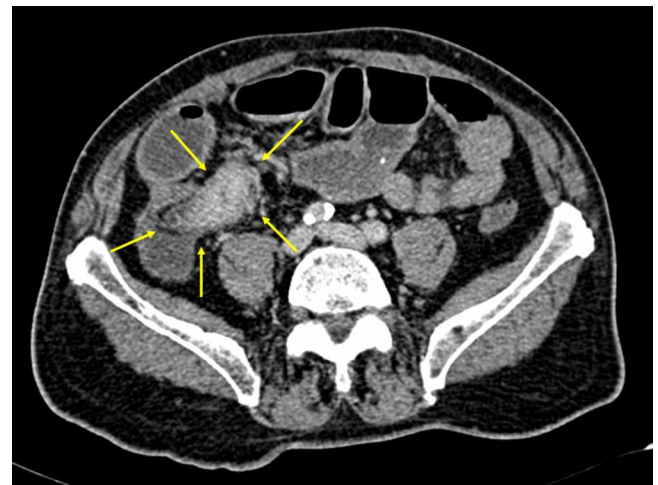


Figura 1 Engrosamiento mural del íleon terminal.

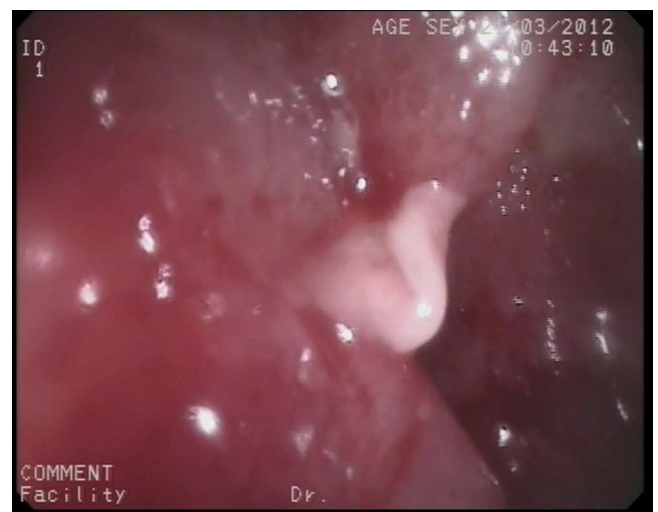


Figura 2 Estenosis ileal secundaria a neoplasia.

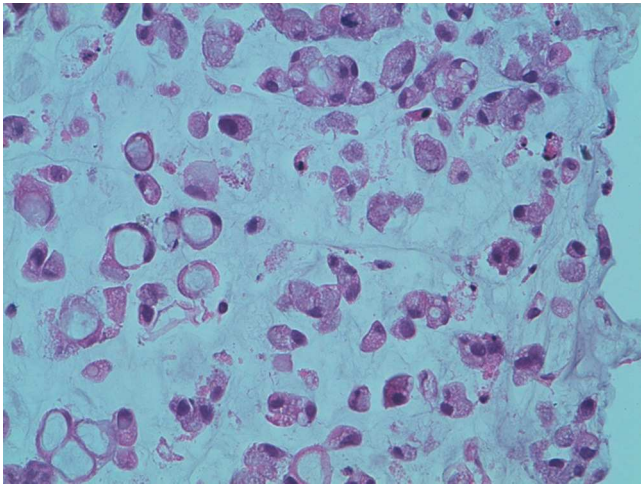


Figura 3 Carcinoma de células en anillo de sello (tinción H&E).

desfavorable con empeoramiento de la carcinomatosis peritoneal produciéndose su fallecimiento 15 meses tras el diagnóstico.

Los tumores de ID tienen un mal pronóstico, siendo esta modalidad histológica especialmente agresiva, con hallazgo de metástasis al diagnóstico en un gran porcentaje de casos. Este carcinoma tiene la característica morfológica en la que el núcleo es periférico haciendo en ocasiones cierto relieve en la membrana celular y observando una gran cantidad de mucina intracitoplásmica, adoptando la forma de una gran vacuola que le confiere en su totalidad el aspecto de «anillo de sello». Para diagnosticar un CCAS, esta variedad histológica debe constituir más del 50% del tumor.

Más del 95% de los CCAS se diagnostican en el estómago, correspondiendo el resto a otras localizaciones como colon, vesícula biliar, páncreas, vejiga y mama. En colon se ha sugerido su asociación a la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Así, Anthony et al. describieron la asociación de CCAS con la presencia de EII en el 14% de una serie de 29 pacientes⁷. Uno de los casos de CCAS de íleon se ha descrito en un paciente con enfermedad de Crohn³, si bien en nuestro caso no se identificó la existencia de EII previa.

El tratamiento de este tipo de tumores es poco exitoso debido a lo avanzado de la enfermedad en el momento del diagnóstico, siendo la cirugía la opción de elección dada la probabilidad de obstrucción intestinal en la evolución del tumor.

Bibliografía

1. Hatzaras I, Palesty JA, Abir F, Sullivan P, Kozol RA, Dudrick SJ, et al. Small-bowel tumors: Epidemiologic and clinical characteristics of 1260 cases from the connecticut tumor registry. *Arch Surg.* 2007;142:229–35.
2. Iizawa H, Ikeda E, Sato T, Ohta Y. Signet-ring cell carcinoma of the ileum: Report of a case and review of the Japanese literature. *Surg Today.* 1998;28:1168–71.
3. Kim JS, Cheung DY, Park SH, Kim HK, Maeng IH, Kim SY, et al. A case of small intestinal signet ring cell carcinoma in Crohn's disease. *Korean J Gastroenterol.* 2007;50:51–5 (Article in Korean).
4. Mai KT, Isotalo PA, Guindi M, Burns BF, Parks W. Intestinal epithelial lesions associated with signet ring cell carcinoma of the colon and small intestine. *Pathology.* 2002;34:51–6.
5. Yamagami H, Oshitani N, Suekane T, Aomatsu K, Kamata N, Sogawa M, et al. Signet-ring cell carcinoma of the jejunum diagnosed by double balloon enteroscopy. *Hepatogastroenterology.* 2008;55:1246–8.
6. Terada T. Signet-ring cell carcinoma of the nonampullary duodenum and proximal jejunum: A case report with an immunohistochemical study. *Endoscopy.* 2014;46 Suppl 1: E348.
7. Anthony T, George R, Rodríguez-Bigas M, Petrelli NJ. Primary signet-ring cell carcinoma of the colon and rectum. *Ann Surg Oncol.* 1996;3:344–8.

Antonio Díaz-Sánchez^{a,*}, José María Riesco^a, Eloisa Moya^a, María Rosario González^a, Miguel Rivero^a, Rebeca Manzano^a, Francisco Nevarez^b, Victor Manuel Díaz Muñoz de la Espada^c, Felicia Margineam^d y Rocío Campos^a

^a Sección de Aparato Digestivo, Hospital Universitario del Sureste, Arganda del Rey, Madrid, España

^b Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario del Sureste, Arganda del Rey, Madrid, España

^c Sección de Oncología, Hospital Universitario del Sureste, Arganda del Rey, Madrid, España

^d Sección de Anatomía Patológica, Hospital Universitario del Sureste, Arganda del Rey, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: antoniodisan@yahoo.es (A. Díaz-Sánchez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2014.10.001>