

## BIBLIOGRAFÍA

1. Steck WD, Helwing EB. Tumors of the umbilicus. *Cancer*. 1965;18:907-15.
2. Ross JE, Hill Jr RB. Primary umbilical adenocarcinoma. A case report and review of literature. *Arch Pathol*. 1975;99:327-9.
3. Alver O, Ersoy YE, Dogusoy G, Erguney S. Primary umbilical adenocarcinoma: case report and review of the literature. *Am Surg*. 2007;73:923-5.
4. Hernández N, Medina V, Alvarez-Arguelles H, Gutiérrez R, Pérez-Palma J, Díaz-Flores L. Primary papillary psammomatous adenocarcinoma of the umbilicus. *Histol Histopathol*. 1993;8:593-8.
5. Meine JG, Bailin PL. Primary melanoma of the umbilicus: report of a case and review of the relevant anatomy. *Dermatol Surg*. 2003;29:405-7.
6. Koler RA, Mather MK. Evaluation of an umbilical lesion. *Am Fam Physician*. 2000;62:623-4.
7. Fourati M, El Euch D, Haouet H, Boussen H, Haouet S, Mokni M, et al. Adenocarcinoma of the umbilicus. *Ann Dermatol Venereol*. 2004;131:379-81.
8. Glazer G. Primary adenocarcinoma arising in a vitello-intestinal duct remnant at the umbilicus. *Br J Surg*. 1973;60:247-9.
9. Al-Mashat F, Sibiany AM. Sister Mary Joseph's nodule of the umbilicus: is it always of gastric origin? A review of eight cases at different sites of origin. *Indian J Cancer*. 2010;47:65-9.
10. Lee CK, Chang YW, Jung SH, Jang JY, Dong SH, Kim HJ, et al. A case of Sister Mary Joseph's nodule as a presenting sign of gastric cancer. *Korean J Gastroenterol*. 2008; 51:132-6.

Beatriz Febrero<sup>a,\*</sup>, David Ruiz de Angulo<sup>a</sup>, M. Ángeles Ortiz<sup>a</sup>, M. José López<sup>b</sup> y Pascual Parrilla<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España, Centro de Investigación Biomédica en Red en el Área temática de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD)

<sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España, Centro de Investigación Biomédica en Red en el Área temática de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD)

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [beatrizfebrero@hotmail.com](mailto:beatrizfebrero@hotmail.com) (B. Febrero).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2012 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.06.002>

## Metástasis hepática y pancreáticas de un tumor fibroso solitario

### Liver and pancreatic metastasis of a solitary fibrous tumour

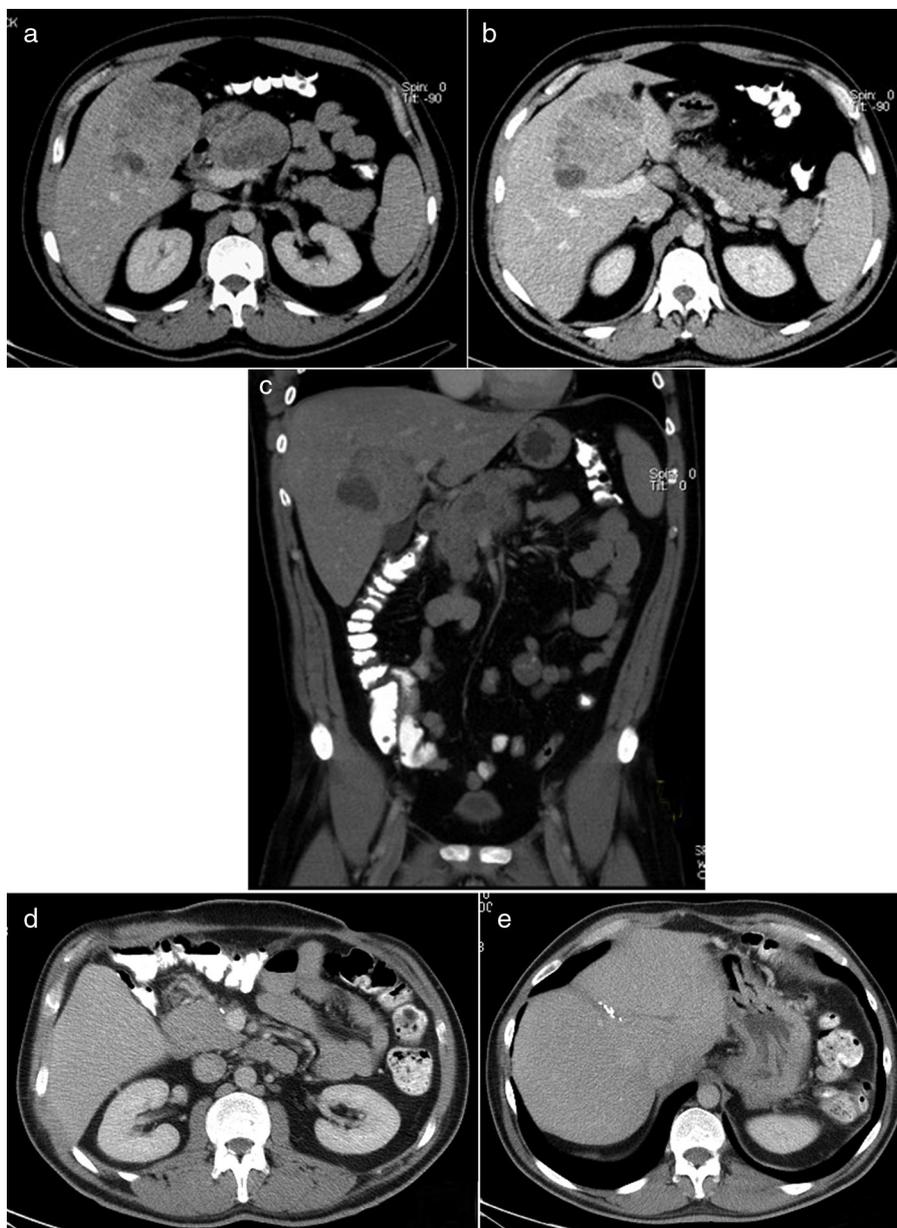
El tumor fibroso solitario (TFS) es una rara neoplasia de origen mesenquimal que aparece fundamentalmente en la pleura, meninges, etc. Más infrecuente es su localización en el hígado<sup>1</sup> y en el páncreas<sup>2</sup>. Los síntomas son inespecíficos, y se relacionan con la localización anatómica y el tamaño tumoral<sup>3</sup>.

La mayoría son benignos, pero pueden tener un comportamiento agresivo debido a la posibilidad de recurrir localmente<sup>4,5</sup> y metastatizar a distancia<sup>1,6-9</sup>, siendo el tratamiento de elección la resección quirúrgica<sup>3-10</sup>. Nosotros presentamos el primer caso descrito en la literatura de resección quirúrgica de metástasis hepática y 2 pancreáticas de un TFS meníngeo.

Presentamos un varón de 40 años a quien en 1998 se le realizó extirpación completa de un TFS frontal izquierdo. Fue reintervenido en 2009 por recidiva al mismo nivel, realizán-

dose una reextirpación completa. En el postoperatorio de esta última intervención el paciente comenzó con dolor abdominal, realizándose una tomografía axial computarizada (TAC) abdominal que evidenció una masa hepática de 8 cm sugestiva de metástasis y 2 tumoraciones a nivel pancreático, una de 7 cm en la cabeza-cuerpo (fig. 1a y 1c) y otra de 4 cm en la cola (fig. 1b). Se realizó punción-aspiración con aguja fina de las 2 lesiones, siendo compatibles con metástasis de TFS. Se intervino al paciente, encontrando una gran masa central hepática apoyada en la bifurcación portal, que infiltraba el conducto hepático izquierdo; otra lesión en la cabeza-cuerpo del páncreas fija a la vena porta y otra tumoración en la cola pancreática. En la misma intervención realizamos una pancreatectomía total seguida de una hepatectomía central. Se realizó primero una pancreatectomía caudal, seguida de pancreatectomía de cabeza y cuerpo, debido a la proximidad de la vena porta con la lesión, siendo posible su disección bajo oclusión vascular total. A continuación se realizó una hepatectomía central de los segmentos IV, V y VIII, con resección parcial de la vía biliar izquierda y reconstrucción termino-terminal con tubo de Kehr. La anatomía patológica

\* Se presentó un vídeo con relación al caso clínico presentado en el XXVIII Congreso Nacional de Cirugía. Madrid, 11 de noviembre de 2010, titulado: «Pancreatectomía corporocaudal y hepatectomía central simultánea por metástasis de un tumor fibroso solitario cerebral».



**Figura 1 – TAC abdominal. a) Corte transversal: metástasis hepática y en cabeza-cuerpo de páncreas. b) Corte transversal: metástasis hepática y en cola pancreática. c) Corte sagital: se observa la metástasis hepática y la proximidad de la metástasis en cabeza-cuerpo de páncreas con vena porta. d-e) TAC abdominal de control: no existe evidencia de recurrencia ni de metástasis en región abdominal.**

de ambas lesiones fue positiva para metástasis de TFS (fig. 2).

Como única complicación postoperatoria presentó una colección subhepática y otra en el lecho de la pancreatomectomía, resolviéndose con 2 drenajes radiológicos, siendo alta al 29º día postoperatorio. Tras 14 meses desde la cirugía, el paciente se encuentra asintomático, sin evidencia de recurrencia ni de metástasis (fig. 1d y 1e).

En la literatura hay descritos menos de 100 casos de TFS que afectan al sistema nervioso central<sup>5</sup>. El diagnóstico se basa en pruebas inmunohistoquímicas, destacando la positividad muy marcada para vimentina y CD34 (antígeno descrito

originariamente en células madre hematopoyéticas), y la negatividad para antígeno epitelial de membrana (EMA)<sup>10</sup>. Acerca de la agresividad biológica del TFS meníngeo, en la literatura hay descritos pocos casos de recurrencia<sup>5</sup>, describiéndose como factor pronóstico más importante para la curación la resección completa del tumor primario<sup>5,10</sup>. Por otro lado, hay descritos 2 casos de metástasis a nivel pulmonar, apareciendo 10 y 25 años después de presentar el tumor meníngeo, respectivamente<sup>6,7</sup>, y otro caso que además de metástasis pulmonar, debutó con metástasis espinal y hepática, 9 años después de presentar el tumor meníngeo<sup>8</sup>. En nuestro caso, además de la recurrencia local, aparecen

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4252524>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4252524>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)