

CASO CLINICO

CARCINOMA DE CELULAS EN ANILLO DE SELLO. Hallazgo casual al intervenir una hernia inguinal
A. Carbonell-Tatay (1), F. Sevilla (2), C. Manzanares (1), V. Casp (1), F.J. Landete (1)

1. Servicio de Cirugía General y Digestiva . Hospital de Ontinyent. Valencia (Spain)

2. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Ontinyent-Hospital de Xàtiva. Valencia

RESUMEN

Se trata de un caso de un paciente de 48 años , que acude a consulta para ser intervenido de una hernia inguinal, sin historia previa de s. Neoplásico.

HISTORIA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA

Paciente de 48 años de edad que remite su médico de cabecera al servicio de cirugía de nuestro Hospital, por presentar molestias en región inguinal bilateral.

No refiere antecedentes de interés excepto intolerancia a los antiinflamatorios.

EXPLORACIÓN

Visto por el cirujano en consulta (16-dic.2002), previa hª clínica, se explora la región inguinal, apuntando: " No se aprecia hernia inguinal con claridad. El paciente refiere dolor en la parte izquierda al intentar explorar el anillo inguinal, y zona testicular. Se aprecia ligero cambio de consistencia de los tejidos a ese nivel ".

Ante dicha exploración se decide solicitar una ecografía abdomino inguinal y testicular, para descartar proceso herniario o testicular, que no se palpaba como tal.

La ecografía informa (27-dic.2002) : " Parece existir hernia en ambos canales inguinales justo hasta la entrada del escroto. Las hernias parecen contener grasa en sus zonas distales y asa intestinal en su zona proximal.

Engrosamiento de las cubiertas de ambos testículos por posible edema de las mismas, secundario a la compresión de las hernias. Testículos y epidídimos normales ".

Ante los hallazgos ecográficos , se decide intervención quirúrgica.

ESTUDIO PREOPERATORIO

El estudio preoperatorio estándar, no muestra alteraciones significativas , excepto una disminución del Fe sérico , con ligera disminución de la Hgb , pero con un recuento normal. El resto de los parámetros analíticos es normal tanto la hematología como la bioquímica. Las enzimas normales. No se solicitaron antígenos carcinoembrionarios. La rx de torax normal . No se sospechó un proceso maligno.

Es revisado por el servicio de Anestesia que da su vº Bº (31-ener.2003), para que lo intervengamos.

INTERVENCION

Se interviene el 20-02-03 ,(se toma como un caso de cirugía programada normal, no preferente, en nuestro servicio no existe lista de espera), practicando una incisión habitual para la herniorrafia, Comenzando por el lado izquierdo.

Los hallazgos son los siguientes: " Se objetiva importantísima fibrosis de todas las estructuras , de tacto duro. Se individualizan los elementos del cordón , NO APRECIANDOSE HERNIA, se evidencia latido de la arteria espermática. Se extrae teste izquierdo, apreciándose pequeño hidrocele, que se evacua con eversión de la capa testicular. SE TOMA BIOPSIA DE LA ZONA INGUINAL QUE PRESENTA FIBROSIS. Se avisa al urólogo correspondiente, quien aprecia los mismos hallazgos, comentando que la fibrosis llega hasta la raíz del pene. Se revisa hemostasia y se cierra por planos ".

El postoperatorio cursa con normalidad. Se da de alta al paciente al día siguiente, explicándole la realidad de los hallazgos y diciéndole que estamos pendientes del resultado anatómico patológico, para llegar a un diagnóstico de las lesiones. Se remite a consulta de urología previo acuerdo con el urólogo que asistió durante la intervención , para completar estudio.

ANATOMIA PATOLOGICA

El informe de A. Patológica (25-feb.2003) : " Fibrosis de canal inguinal, biopsia de fascia y tejido celular subcutáneo : Tejidos blandos con pequeños grupos de células con atipias.

Adjunta nota aconsejando el estudio del paciente, para confirmar o destacar la existencia de neoplasia, al haber sido las células positivas a marcadores tumorales, entre ellos el CEA .

EVOLUCION Y DIAGNOSTICO

El paciente es visitado en consulta de urología y de medicina interna, evolucionando a peor, practicándose TAC y apareciendo adenopatías peritoneales, retroperitoneales, y líquido ascítico, aproximadamente a los 20 días de la intervención.

Se remite un frotis de líquido ascítico a A. Patológica que informa de : Citología de líquido peritoneal (28-3-03) : Carcinomatosis peritoneal. Carcinoma de células en anillo de sello.

Actualmente el paciente está en el servicio el Servicio de Oncología recibiendo tratamiento. Aunque se piensa en un origen intestinal, todavía no se ha localizado el tumor primitivo.

DISCUSION

Según publicaciones, (Perez Cabañas) se puede asegurar que en la mayoría de los casos de carcinoma de células en anillo de sello el diagnóstico será un hallazgo anatomopatológico. Estamos de acuerdo.

En el caso que nos ocupa, el diagnóstico fue debido a la biopsia tomada a raíz de una intervención de hernia inguinal, inducida por la ecografía, pero en la que no existía tal hernia. En este paciente, es lógico pensar que el error nos condujo a un diagnóstico más temprano. ¿ Es suficiente la exploración física, para el diagnóstico de la hernia inguinal?. ¿ Hasta que punto puede la ecografía de la zona inguinal ayudarnos ?. ¿ Qué debemos valorar más, la exploración física o las imágenes ecográficas ?. ¿ Hicimos lo correcto al, programar a un paciente, para intervenirlo de hernia inguinal, cuando la exploración realizada por un cirujano no coincidía en absoluto con los hallazgos ecográficos?. ¿ Debimos agotar otros medios diagnósticos? ¿ Se hubiese llegado al diagnóstico ?.

El carcinoma de células en anillo de sello puede provenir de distintos lugares (piel, próstata, mama, tubo digestivo...) . En este paciente, el primer análisis anatomopatológico, apuntaba que las células eran positivas con CEA, queratinas CAM +5,2 y CK 7 Y CD 15 ,lo que apuntaba a un origen digestivo, mesotelial o epitelial, que posteriormente se confirmó con la existencia de una carcinomatosis peritoneal.

Hospital de Ontinyent

Servicio Cirugía general y Digestiva

A. Carbonell-Tatay, C. Manzanares, V. Casp, F.J. Landete

Servicio de Anatomía Patológica Hospital de Ontinyent

Y Hospital de Xativa

F. Sevilla

BIBLIOGRAFIA

Torbenson M, Dhir R, Nangia A. Prostatic carcinoma with signet ring cells : a clinicopathologic and immunohistochemical analysis of 12 cases, with review of the literature. Mod Pathol 1998 Jun; 11 (6) :552-9.

2. CARCINOMA DE CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO PRIMARIO DE PIEL. González Lois C., Serrano-Pardo R., López-Ríos F., Rodríguez-Peralto J. L. Departamento de Anatomía Patológica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid, España. IV-CVHAP 2001 PÓSTER-E – 106

3.. Silverman JF. Effusion cytology of metastatic malignancies of unknown primary. Pathol. Case Rev. 6(4): 154-160, 2001.

4.. Ascitis en mujer de 69 años Dr. Antonio Félix Conde Martín Servicio de Anatomía Patológica Hospital Can Misses. C/ Corona S/N I biza. 07800 Baleares España

5 . Carcinoma de colon de células en anillo de sello. I. Perez-Cabañas, F. Dominguez, P. Armendariz, N. Moras, M. Montes. HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO. PAMPLONA