

## BIBLIOGRAFÍA

- Kim EA, Yoon KH, Jeon SJ, Cai QY, Lee YW, Yoon SE, et al. Peliosis hepatitis with hemorrhagic necrosis and rupture: a case report with emphasis on the multi-detector CT findings. *Korean J Radiol.* 2007;8:64-9.
- Wang SY, Ruggles S, Vade A, Newman BM, Borge MA. Hepatic rupture caused by peliosis hepatitis. *J Pediatr Surg.* 2001;36:1456-9.
- Cereceda N, Solís Herruzo J, Muñoz-Yagüe M, de Blas C. Peliosis hepática. Revisión de la literatura. *Rev Esp Enf Digest.* 1989;75:205-11.
- Van Erpecum KJ, Janssens AR, Kreuning J, Ruiter DJ, Kroon HM, Grond AJ. Generalized peliosis hepatitis and cirrhosis after long-term use of oral contraceptives. *Am J Gastroenterol.* 1988;83:572-5.
- Radin DR, Kanel GC. Peliosis hepatitis in a patient with human immunodeficiency virus infection. *AJR.* 1991;156:91-2.
- Dourakis SP, Tolis G. Sex hormonal preparations and the liver. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 1998;3:7-16.
- Yanoff M, Rawson AJ. Peliosis hepatitis. An anatomic study with demonstration of two varieties. *Arch Pathol.* 1964;77:159-65.
- Zak FG. Peliosis hepática. *Am J Pathol.* 1950;26:1-15.
- Kleinig P, Davies R, Maddern G. Peliosis hepatitis: central "fast surge" ultrasound enhancement and multislice CT appearances. *Clin Radiol.* 2003;58:995-8.
- Choi SK, Jin JS, Cho SG, Choi SJ, Kim CS, Choe YM, et al. Spontaneous liver rupture in a patient with peliosis hepatitis: a case report. *World J Gastroenterol.* 2009;15:5493-7.

Pilar Veguillas Redondo\*, Jose Manuel Ramia Angel, Andree Kuhnhart Barrantes, Jose María Cobos Mateos y Jorge Garcia-Parreño

Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática, Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [pilarveguillas@hotmail.com](mailto:pilarveguillas@hotmail.com) (P. Veguillas Redondo).

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.2012.10.020>

## Rotura de aorta torácica descendente afectada por un angiosarcoma

### Rupture of descending thoracic aorta due to angiosarcoma

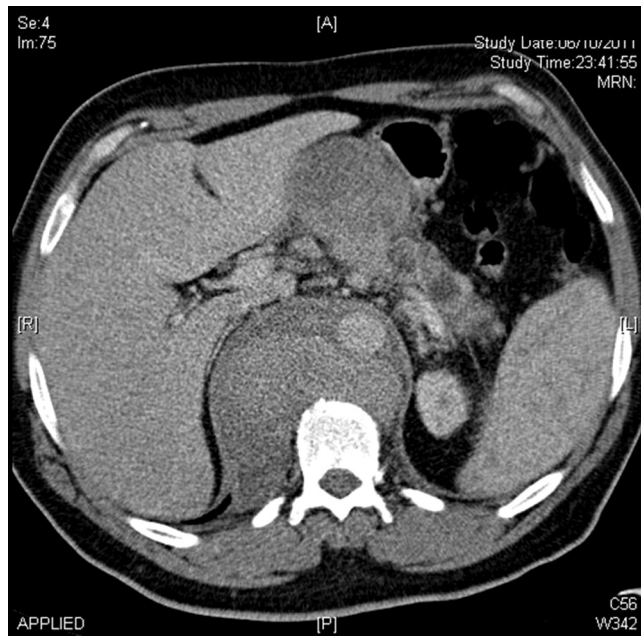
Los tumores malignos de aorta son extremadamente raros, estableciéndose el diagnóstico en la mayoría de las ocasiones de forma tardía, por lo que su supervivencia es de solo unos pocos meses<sup>1,2</sup>. Presentamos el caso de un paciente con un angiosarcoma de aorta que se inicia como un pseudoaneurisma roto y que se diagnostica tras cirugía de sangrado digestivo por infiltración duodenal.

Paciente varón de 49 años que ingresa en el hospital por cuadro de 2 meses de evolución de dolor abdominal progresivo acompañado de náuseas, estreñimiento y pérdida de > 15% de su peso basal. Se le realiza un estudio endoscópico que resulta normal y una CT de abdomen donde se identifica pseudoaneurisma aórtico, con rotura contenida, a 4 cm del origen de la arteria mesentérica superior, adyacente a primera rama duodenal, que mide 9 × 8 mm de diámetro, y un cuello aneurismático de 4 mm (fig. 1). Se decide la colocación de endoprótesis en aorta de 31 mm × 15 cm, quedando el extremo distal de la misma situado a un cm del tronco celíaco, realizándose sellado de la misma con balón trilobulado (fig. 2).

El paciente es dado de alta a su domicilio una semana después, ingresando de nuevo 10 días más tarde por un

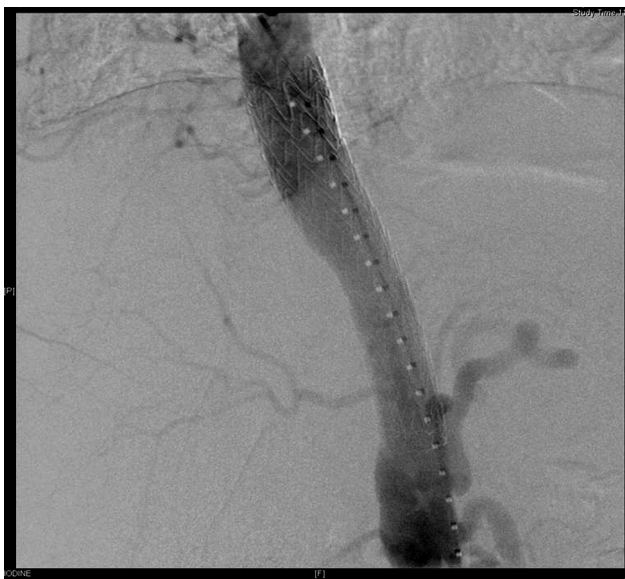
episodio de hemorragia digestiva alta, realizándose una endoscopia alta donde se objetiva sangrado a nivel duodenal que no se puede esclerosar por lo que se realiza CT de tórax y abdomen, con contraste, que objetiva hematoma en región duodenal con signos de sangrado activo, por lo que se procede a embolización de la arteria gastroduodenal. Por persistencia del sangrado digestivo, se decide llevar a cabo una laparotomía exploradora donde se objetiva sangrado a nivel de 1.<sup>a</sup> y 2.<sup>a</sup> porción de duodeno, por lo que se realiza una gastrectomía subtotal, se mandan muestras a anatomía patológica y se deja un packing en duodeno que se retira 72 h más tarde. El resultado del informe anatomopatológico mostró que la pared del intestino delgado estaba infiltrada por una neoplasia maligna poco diferenciada, compatible con sarcoma de alto grado tipo angiosarcoma de grandes vasos, de probable origen en la arteria aorta. Una semana más tarde, el paciente seguía anemizándose con sangrado a nivel digestivo y por drenajes, falleciendo.

El angiosarcoma aórtico es una entidad muy rara y difícil de diagnosticar preoperatoriamente. Además, aunque se lleve a cabo una resección quirúrgica completa, la supervivencia a largo plazo es poco probable<sup>3</sup>.



**Figura 1 – CT que muestra la rotura a nivel de la aorta torácica descendente.**

La mayoría de estos casos se presentan como aneurismas rotos a los que, en principio, se les confiere una etiología arteriosclerótica, de ahí su diagnóstico tardío en la casi totalidad de los casos revisados en la literatura<sup>4</sup>. Otras complicaciones más raras que se pueden presentar son el infarto cerebral, la paraplejía espontánea y la hemorragia gastrointestinal secundaria a metástasis<sup>5</sup>



**Figura 2 – Imagen arteriográfica donde se observa la endoprótesis en aorta.**

El diagnóstico definitivo lo da la anatomía patológica del fragmento de arteria afectado, de la posible embolización periférica que pueda provocar o, como en nuestro caso, por la infiltración a nivel local del tubo digestivo. Los hallazgos radiológicos son frecuentemente inespecíficos, por lo que no se puede hacer un diagnóstico radiológico preoperatorio de esta entidad<sup>6</sup>. La morfología y el segmento de la obstrucción de la luz aórtica sin aneurisma podrían ayudar al diagnóstico diferencial de las enfermedades malignas intravasculares<sup>7</sup>.

Estos tumores se clasifican, en función del tipo de patrón de crecimiento, en intimal, polipoidal (intraluminal) y adventicial (o mural). Los tipos intimal y polipoidal pueden tener tendencia a extenderse a lo largo de la superficie de la íntima y, frecuentemente, a formar pólipos intraluminales que pueden llegar a provocar fenómenos embólicos<sup>8</sup>.

Ya que la principal localización de las metástasis de este tipo de tumor es el hueso, se recomienda realizar una gammagrafía ósea para llevar a cabo, si no existe lesión metastásica, un recambio del fragmento afectado por una prótesis o una endoarterectomía con confirmación de resección en los márgenes de la pieza extirpada<sup>9,10</sup>.

En conclusión, esta entidad sigue siendo una enfermedad de muy difícil diagnóstico preoperatorio, por lo que habría que tenerla en cuenta ante cualquier caso de enfermedad aneurismática de aorta a la hora de hacer el diagnóstico diferencial de la misma, con el fin de poder realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento definitivo.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Thalheimer A, Fein M, Geissinger E, Franke S. Intimal angiosarcoma of the aorta: report of a case and review of the literature. *J Vasc Surg.* 2004;40:548-53.
2. Naughton PA, Wandling M, Phade S, Garcia-Toca M, Carr JC, Rodríguez HE. Intimal angiosarcoma causing abdominal aortic rupture. *J Vasc Surg.* 2011;53:818-21.
3. Nicotera SP, Simosa HF, Campbell DR. Postoperative outcomes in intimal aortic angiosarcoma: a case report and review of the literature. *J Vasc Surg.* 2009;50:186-9.
4. Ghanem N, Riede U, Uhrmeister P, Weigang E, Altheofer C. Epithelioid angiosarcoma of the aorta. *Vasa.* 2002;31:269-73.
5. Ramjee V, Ellozy S. Aortic angiosarcoma masquerading as a thoracic aortic aneurysm. *J Vasc Surg.* 2009;50:1477-80.
6. Hagspiel KD, Hunter YR, Ahmed HK, Lu P, Spinosa DJ, Angle JF, et al. Primary sarcoma of the distal abdominal aorta: CT angiography findings. *Abdom Imaging.* 2004;29:507-10.
7. Winter L, Langrehr J, Hänninen EL. Primary angiosarcoma of the abdominal aorta: multi-row computed tomography. *Abdom Imaging.* 2010;35:485-7.
8. Tanaka M, Tabata M, Shimokawa T, Takanashi S. The rupture of descending thoracic aorta due to the necrosis of aortic intimal sarcoma. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2010;10:462-3.
9. Majeski J, Crawford S, Majeski EI, Duttonhaver JR. Primary aortic intimal sarcoma of the endothelial cell type with long-term survival. *J Vasc Surg.* 1998;27:555-8.

10. Nakajima H, Kobayashi J, Matsuda H, Ishibashi-Ueda H. A primary angiosarcoma in the aorta. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2007;6:832-3.

Luciano Santana-Cabrera\*, Ricardo José Jaimes-Vivas, Miguel Galante Miliqua, Rosa Lorenzo Torrent y Manuel Sánchez-Palacios

*Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas, España*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [lsancabx@gobiernodecanarias.org](mailto:lsancabx@gobiernodecanarias.org) (L. Santana-Cabrera).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.08.010>