



Revista Hispanoamericana de Hernia

www.elsevier.es/rehah



Nota clínica

Hernia inguinal como presentación rara de metástasis pancreática[☆]



María Victoria Vieiro Medina *, David Díaz Pérez, Alberto Marcacuzco Quinto, Iván Domínguez Sánchez, Marta de la Fuente Bartolomé, Alejandro Moreno Bargueiras, Manuel Abradelo de Usera y Luis Carlos Jiménez

Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid (España)

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 17 de febrero de 2016

Aceptado el 5 de marzo de 2016

On-line el 8 de abril de 2016

Palabras clave:

Hernia inguinal

Metástasis pancreática

Tumor intrasacular

Tumor inguinal

RESUMEN

Los tumores en las hernias inguinales son raros, con una incidencia entre el 0.07 % y 0.5 % de las hernias reparadas quirúrgicamente. Se clasifican según su localización respecto al saco herniario en intrasaculares, saculares y extrasaculares. Cuando estos tumores son de origen metastásico, en general tienen un mal pronóstico porque sugieren enfermedad avanzada. Dicho pronóstico va a estar determinado por la localización del tumor primario y las complicaciones asociadas al mismo. Presentamos el caso de un paciente con metástasis intrasacular de adenocarcinoma de páncreas en una hernia inguinal.

© 2016 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Inguinal hernia as rare presentation of pancreatic metastases

ABSTRACT

Tumours in inguinal hernias are rare, with an incidence between 0.07 and 0.5 % of surgically repaired hernias. They are classified according to their location with regards to the hernial sac into intrasacular, sacular and extrasacular. When these tumours have a metastatic origin their prognosis is usually bad because they suggest an advanced stage of the disease. This prognosis will be determined by the location of the primary tumour and its complications. A case of a patient with intrasacular metastasis of a pancreatic adenocarcinoma in an inguinal hernia is presented.

© 2016 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Inguinal hernia

Pancreatic metastases

Intrasacular tumor

Groin tumor

[☆] Parte del original ha sido presentado previamente como comunicación tipo póster en el XIII Congreso Nacional de Cirugía de Pared Abdominal en Madrid los días 10-12 junio de 2015.

* Autor para correspondencia. Avenida de Córdoba, s/n, planta 1, Servicio de Cirugía General y Digestivo. 28041 Madrid. España. Correo electrónico: vickyvieiro@gmail.com (M.V. Vieiro Medina).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehah.2016.03.002>

2255-2677/© 2016 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Los tumores en las hernias inguinales son raros, con una incidencia entre el 0.07% y 0.5% de las hernias reparadas quirúrgicamente¹⁻⁴. Algunos autores han reportado neoplasias ocultas en la evaluación histopatológica del saco herniario macroscópicamente normal, por lo que recomiendan la evaluación microscópica rutinaria de este^{2,5}. Frente a esta visión, otros apoyan que el examen microscópico de rutina no es costo-efectivo y solo debe llevarse a cabo en casos seleccionados o con apariencia macroscópica sospechosa^{1,3}.

Presentamos el caso de un paciente con metástasis de adenocarcinoma de páncreas en un saco herniario inguinal.

Caso clínico

Paciente varón de 68 años con nódulo en cuerpo pancreático que producía dilatación retrograda de Wirsung, tratado en junio de 2013 mediante pancreatoesplenectomía corporocaudal y linfadenectomía celiaca y de arteria hepática mediante anatomía patológica de adenocarcinoma ductal pancreático G2 pT3NO (0/23)MOR0, seguido de 6 ciclos de gemcitabina adyuvante, que completó en octubre de 2013. Durante su seguimiento no se evidenciaron datos de recidiva tumoral, pero sí la aparición de un bultoma inguinal derecho compatible con hernia inguinal que se confirmó mediante tac (fig. 1). Se reparó quirúrgicamente mediante hernioplastia según técnica de Lichtenstein el 13 de marzo de 2015, y en el interior de su saco se encontró una lesión sólida redondeada blanquecina de 1 cm de diámetro, que se reveló en estudio histopatológico como un adenocarcinoma compatible con primario pancreático (fig. 2). El paciente fue dado de alta al primer día posoperatorio sin complicaciones. Después de esto se le realizó PET-TAC que reveló datos sugestivos de recidiva tumoral a nivel de LOE hepática en segmento VI y en nódulos localizados en cadena iliaca externa derecha. Tras esto, al considerarse un estadio IV de carcinoma pancreático, se inició tratamiento paliativo con capecitabina/nab-paclitaxel, que fue sustituido por gemcitabina/erlotinib por toxicidad hepática y mala tolerancia gastrointestinal. Presentó progresión peritoneal, ganglionar y hepática en estudios de imagen. En enero de

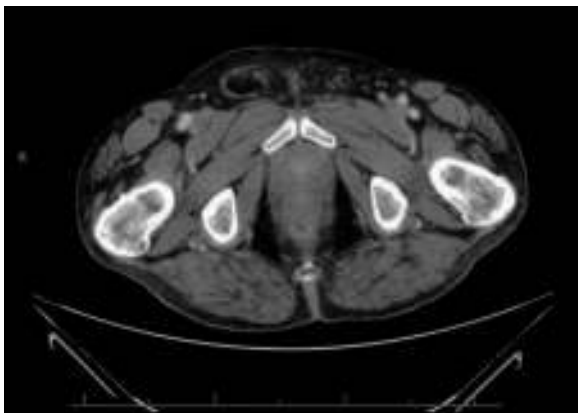


Figura 1 – Tac que evidencia una hernia inguinal derecha.

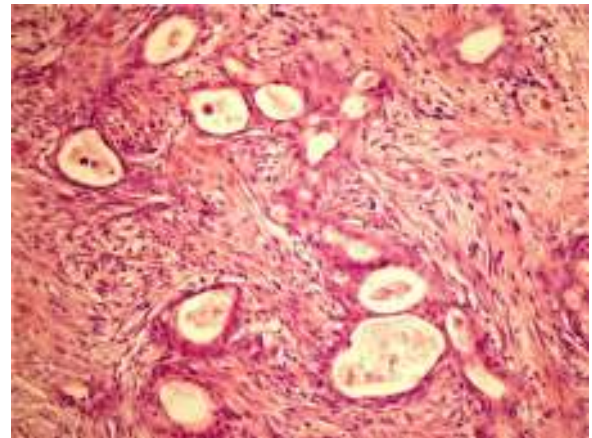


Figura 2 – Corte histológico (40x, tinción con hematoxilina-eosina) que muestra tejido fibroso infiltrado por neoplasia que se dispone formando estructuras ductales revestidas por epitelio cúbico de citoplasma eosinófilo y núcleos vesiculosos.

2016 se suspendió el tratamiento quimioterápico por deterioro funcional, y el paciente falleció un mes después.

Discusión

El primer caso de un tumor en una hernia fue publicado por Arnaud⁶ en 1749, y posteriormente Lejars^{7,8}, en 1889, desarrolló una clasificación de estos tumores según su localización respecto al saco herniario, diferenciándolos en 3 grupos⁷: 1) los intrasaculares, la variedad más frecuente, que incluyen tumores de los órganos encarcelados en la hernia, como vejiga, intestino y epiplón (por ejemplo, el fibrosarcoma intestinal y el lipoma submucoso apendicular descritos por Le Fort y Nové-Josserand, respectivamente⁸); 2) los saculares, que engloban las lesiones primarias o secundarias que implican el peritoneo, como el mesotelioma primario y las metástasis peritoneales de próstata, ovario, colon, páncreas y otros órganos (Raoult⁸ fue quien documentó por primera vez un caso de carcinomatosis peritoneal en una hernia), y 3) los extrasaculares, que incluyen los tumores que sobresalen a través del defecto de la hernia, pero que están por fuera del saco (por ejemplo, un ganglio linfático inguinal metastásico).

Las metástasis en el saco herniario provienen principalmente de tumores localizados en el tracto gastrointestinal (sobre todo del colon), ovario, próstata, mesotelio, mama y, en algunos casos, de origen desconocido^{1,2}. Estos tumores sugieren enfermedad avanzada y corta expectativa de vida, la cual dependerá de la localización del tumor primario y las complicaciones resultantes del crecimiento de este. El carcinoma pancreático es el que presenta una supervivencia más corta (entre 4 y 5 meses)^{1,9}, seguido del carcinoma rectal y el mesotelioma (7-11.5 meses, respectivamente). Los que tienen un mejor pronóstico son los carcinomas de apéndice, ovario y próstata, con supervivencias más largas (entre 53 y 115 meses)¹. El adenocarcinoma pancreático puede ser una causa subyacente de metástasis en el saco herniario; sin embargo, es una presentación muy infrecuente^{1,9}. Sea

selectivo o no, el estudio histopatológico del saco herniario no deja de ser una valiosa oportunidad para acceder a una biopsia peritoneal¹⁰.

Conclusión

La metástasis de adenocarcinoma pancreático en un saco herniario inguinal es una presentación rara. Esta condición puede influir en la conducta que se ha de tomar sobre estos pacientes, y en cualquier caso tiene un mal pronóstico, pues la supervivencia es entre 4 y 5 meses posterior a su aparición. Acorde con otros autores, este caso muestra el énfasis en el estudio del saco herniario, sobre todo cuando hay afectación macroscópica de este y más aún en paciente con antecedentes oncológicos.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nicholson CP, Donohue JH, Thompson GB, Lewis JE. A study of metastatic cancer found during inguinal hernia repair. *Cancer*. 1992;69:3008-11.
2. Roberts JA, Ho D, Ayala AG, Ro JY. A study of metastatic carcinoma found in hernia sacs between 2006 and 2012 at one institution. *Ann Diag Pathol*. 2014;18:71-3.
3. Kassan MA, Muñoz E, Laughlin A, Margolis IB, Wise L. Value of routine pathology in herniorrhaphy performed upon adults. *Surg Gynecol Obstet*. 1986;163:518-22.
4. Wang T, Rajkumar Vajpeyi R. Hernia sacs: Is histological examination necessary? *J Clin Pathol*. 2013;66:1084-6.
5. Yoell JH. Surprises in hernial sacs: Diagnosis of tumors by microscopic examination. *Calif Med*. 1959;91:146-8.
6. Arnaud G. *Traite des herniaes ou Descentes*, 2. París: Le Mercier; 1749.
7. Lejars J. Neoplasmes herniaires et peri-herniaires. *Gaz de Hop Par*. 1889;62:801-11.
8. Jaboulay M. Hernies. En: Binaud JW, Braquehaye J, Guinard A, Jaboulay M, editors. *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, 7. París: Imprimerie créte Corbeil; 1901. p. 552-827.
9. Lowenfels AB, Ahmed N, Rohman M, Lefkowitz M. Hernia-sac cancer. *Lancet*. 1969;1:651.
10. Roslyn JJ, Stabile RE, Rangenath C. Cancer in inguinal and femoral hernias. *Am Surg*. 1980;46:358-62.