si, y se aumentó la dosis de esteroides comenzando a mejorar el paciente, tanto la clínica como la gasometría arterial. A los 30 días de la intervención el paciente estaba mejor, con disnea a esfuerzos moderados, la Po2 era de 61 mm y en la radiología de tórax los infiltrados pulmonares habían disminuidos.

La NID aunque algunos la relaciona con el tabaco, se conoce poco de su mecanismo patogénico. Nuestro caso tuvo una relación de agravamiento de su enfermedad con la intervención quirúrgica de videotoracoscopia, ya que el paciente el día antes de la intervención para la práctica de biopsia pulmonar estaba bien, solo presentaba disnea a esfuerzos grado II, y después de la intervención quirúrgica y sin causa alguna distinta a la pulmonar, y sin estar relacionado con ninguna complicación de la intervención, el paciente empeoró gravemente presentando franca insuficiencia respiratoria. Revisando la literatura, hemos encontrado un solo caso similar al nuestro, también diagnosticado de NID y agravamiento de la enfermedad tras la práctica de la videotoracoscopia (4), también hay descrito un caso de neumonitis intersticial subaguda que se exacerbó tras dicha práctica (5). Nosotros queremos hacer énfasis en que la NID se puede exacerbar de forma aguda tras un severo insulto pulmonar.

J. M. Sánchez Varilla, M. Vázquez Martín, H. García Dante, J. Peñas del Castillo, T. Domínguez Plata

Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

1. Xaubet A, Ancochea J, Blanquer R, Montero C, Morell F, Rodríguez E, et al, Grupo de Investigación en Enfermedades Pulmonares Intersticiales Difusas. Área de Técnicas y Trasplante. SEPAR. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades pulmonares intersticiales difusas. Arch Bronconeumol 2003; 39: 580-600.
2. Consenso American Thoracic Society/European Respiratory Society International Multidisciplinary Consensus Classification of the Idiopathic Interstitial Pneumonias Am J Respir Crit Care Med 2002; 165: 277-304.
3. Fraser R. S. Neumonitis Intersticial y fibrosis pulmonar. En Fraser-Paré. Diagnósticos de las Enfermedades del Tórax, 4ª ed. 1999; p.1589-94.
4. Yogo Y, Oyamada Y, Ishii M, Hakuno H, Fujita A, Yamauchi T, et al. A case of acute exacerbation of desquamative interstitial pneumonia after vide-assisted thoracoscopic surgery. Nihon Kokyuki Gakkai Zasshi 2003; 41: 386-91.
5. Tasaka S, Kanazawa M, Komune Y, Soejima K, Hirakata M, Yamaguchi K, Naruke M, Mukai M, Kawabata Y, Kobayashi K. Acute exacerbation of subacute interstitial pneumonia after thoracoscopic lung biopsy. Nihon Kokyuki Gakkai Zasshi 1998; 36: 182-6.

Hematoma peritoneal secundario a sangrado arterial en paciente con fractura pélvica

Sr. Director:

En ocasiones las fracturas del anillo pélvico se asocian a lesión de estructuras vasculares adyacentes que pueden quedar enmascaradas debido a que la propia fractura ósea origina una considerable pérdida sanguínea. A continuación presentamos nuestra experiencia en este caso.

Paciente de 50 años de edad sin enfermedades previas que es ingresada en UCI tras sufrir un accidente de tráfico. A su llegada se encuentra intubada y muestra un bajo nivel de conciencia con

Fig. 1.

un GCS de 6. Se aprecia una importante hematuria microscópica por la sonda vesical, y en la exploración física destaca la existencia de un gran globo vesical, comprobándose la permeabilidad de dicha sonda. Se realiza ecografía abdominal urgente que es compatible con la normalidad. Por otra parte, se realiza una TAC cerebral con hallazgos sugerentes de lesión axonal difusa, y hemorragia subaracnoidea. En las diversas proyecciones radiográficas se aprecia además, fractura de la rama isquiopubiana derecha, iliopubiana e isquiopubianas izquierdas. En la muestra de sangre inicial extraída existe una anemia importante, con una Hb de 9 mg/dl y un hematocrito de 27%. Posteriormente ante inestabilidad hemodinámica, se realiza otro análisis donde existe una Hb de 7 mg/dl con hematocrito de 25%. Pese a haber iniciado transfusión desde el primer instante, la paciente continúa en situación de shock hipovolémico, por lo que dos horas más tarde se practica una TAC abdominal urgente donde existe un gran hematoma subperitoneal de 12 cm que desplaza y comprime la vejiga (véase figura 1, donde la flecha indica la localización del hematoma, y contiguo a éste se encuentra la vejiga urinaria desplazada). Se decide la realización de una arteriografía descubriendo un importante punto de sangrado en una rama de la arteria ilíaca externa izquierda que mediante intervencionismo se emboliza con la finalización del sangrado activo.

La existencia de daño vascular debe ser considerada en los pacientes que presentan fracturas severas del anillo pélvico (1). La existencia de hemorragia pélvica se descubre mediante la TAC abdominal, sin embargo el control y resolución de la hemorragia activa únicamente se logra mediante la embolización selectiva de la arteria lesionada, puesta en evidencia gracias a la realización de una arteriografía (2). El empleo de angiografía con embolización es extremadamente útil y altamente efectiva en el control del sangrado y en la restauración de la estabilidad hemodinámica (3-8). Por este motivo, en ocasiones se propone la arteriografía como exploración complementaria inicial ante la existencia de dichas fracturas en el paciente politraumatizado (9). Las fracturas severas del anillo pélvico requieren por tanto una aproximación interdisciplinar, y la posibilidad de lesión vascular importante debe ser considerada en los pacientes que presentan este tipo de fracturas, sobre todo si se acompañan de inestabilidad hemodinámica (5,9,10).

B. Obón Azuara, B. Villanueva Anadón, I. Gutiérrez Cía, A. Cárcamo Merino, R. Montoiro Allué, L. Martín Villeg

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza

1. Charny CK, Stanziale SF, Khilnani NM, Helfet DL, Ezchempati SR, Barie PS. Unstable pelvic fracture and massive retroperitoneal hematoma from transection of the superior gluteal artery. *J Trauma* 2000; 48: 359.
2. Chen AL, Wolinsky PR, Tejwani NC. Hypogastric artery disruption associated with acetabular fracture. A report of two cases. *J Bone Joint Surg Am* 2003; 85-A: 333-8.
3. Velmahos GC, Toutouzas KG, Vassiliu P, Sarkisyan G, Chan LS, Hanks SH, et al. A prospective study on the safety and efficacy of angiographic embolization for pelvic and visceral injuries. *J Trauma* 2002; 53: 303-8.
4. Kimbrell BJ, Velmahos CG, Chan LS, Demetriades D. Angiographic embolization for pelvic fractures in older patients. *Arch Surg* 2004; 139: 728-32.
5. Velmhaos GC, Chahwan S, Hanks SE, Murray JA, Berne TV, Asensio J, Demetriades D. Angiographic embolization of bilateral internal iliac arteries to control life-threatening hemorrhage after blunt trauma to the pelvis. *Am Surg* 2000; 66: 858-62.
6. Wong YC, Wang LJ, Ng CJ, Tseng IC, See LC. Mortality after successful transcatheter arterial embolization in patients with unstable pelvic fractures: rate of blood transfusion as a predictive factor. *Trauma* 2000; 49: 71-5.
7. Holting T, Buhr HJ, Richter GM, Roeren T, Friedl W. Diagnosis and treatment of retroperitoneal hematoma in multiple trauma patients. *Arch Orthop Trauma Surg* 1992; 111: 323-6.
8. Pieri S, Agresti M, Morucci M, De Medici M, Galluzzo M, Oransky M. Percutaneous management of hemorrhages in pelvic fractures. *Radiol Med* 2004; 107: 241-51.
9. Cook RE, Keating JF, Gillespie I. The role of angiography in the management of haemorrhage from major fractures of the pelvis. *J Bone Joint Surg Br* 2002; 84: 178-82.
10. Sriussadaporn S, Sirichindakul B, Pak-Art R., Tharavej C. Pelvic fractures: experience in management of 170 cases at a university hospital in Thailand. *J Med Assoc Thai* 2002; 85: 200-6.

Diagnóstico simultáneo de adenocarcinoma y GIST gástricos

Sr. Director:

El 60% de los tumores del estroma gastrointestinal (*gastrointestinal stromal tumors* –GIST–) se originan en el estómago, si bien sólo suponen el 2% de las neoplasias gástricas. Recientemente se han publicado casos de pacientes en que el GIST ha aparecido de manera sincrónica o sucesiva a otros tumores diges-

tivos con diferente grado de agresividad (1-3). A los casos publicados hasta la fecha concretamente de diagnóstico simultáneo de afectación gástrica por GIST y adenocarcinoma (4-8), añadimos nuestra experiencia con una paciente.

Mujer de 77 años, sin antecedentes de interés, que ingresó para estudio de anemia crónica (hemoglobina 5,2 g/dl, VCM 62 fl). La gastroscopia mostró una lesión ulcerada de bordes irregulares en la cara anterior del estómago. La biopsia resultó compatible con adenocarcinoma. No se encontró evidencia de afectación a distancia. En la laparotomía se apreció una neoplasia en el antro y una pequeña tumoración mesenquimal subserosa de un centímetro de diámetro. Se practicó una gastrectomía subtotal. El informe histológico fue de adenocarcinoma de tipo intestinal bien diferenciado intramucoso ulcerado. La lesión mesenquimal resultó ser un tumor del estroma gastrointestinal (GIST) con marcada positividad para CD-117 y CD-34 y con menos de cinco mitosis por cada 50 campos de gran aumento (CGA). Se aislaron cuatro ganglios, todos ellos libres de infiltración neoplásica. No se encontraron signos de infección por *Helicobacter pylori*. A los seis meses de la intervención la paciente continúa viva y sin evidencia de recidiva.

El interés por el estudio de los GIST ha crecido desde que se demostró la eficacia del imatinib en el tratamiento de estos tumores. En los últimos años se han publicado nueve casos, incluido el que presentamos, todos ellos de pacientes de edad superior a 70 años, en que coincidió el diagnóstico de GIST (confirmado mediante al menos una técnica inmunohistoquímica: CD 34 y/o CD117), con el de adenocarcinoma gástrico (4-8) (Tabla I). En uno de ellos se apreciaba incluso una imbricación (“colisión”) de las dos histologías tumorales (6). Hay autores que han especulado con un origen biológico común de los diferentes tumores gástricos: adenocarcinoma, linfoma tipo MALT e incluso GIST (4,6). Sin embargo, esta posibilidad, por ahora, no ha pasado de ser una mera hipótesis. De hecho, es probable que la presencia simultánea de GIST y adenocarcinoma gástricos sea tan solo un mero hallazgo incidental. Esta posibilidad viene respaldada por el hecho de que la mayoría de los GIST que se han encontrado en estos casos han sido tumores de buen pronóstico (9), es decir, de pequeño tamaño y con bajo número de mitosis, algo que se traslada en un comportamiento relativamente indolente. De hecho, en clasificaciones antiguas estos tumores del estroma gástrico eran catalogados como “benignos” por su crecimiento lento y su escasa tendencia a diseminarse a distancia (4,10). En todo caso, es probable que el empleo de técnicas de inmunohistoquímica relativamente específicas facilite el diagnóstico de más casos de presencia simultánea de GIST y adenocarcinoma gástricos. Esto puede ayudar a conocer si realmente existe alguna asociación o si la coincidencia de dos tumores se trata tan sólo de un hallazgo incidental.

TABLA I

CASOS DE DIAGNÓSTICO SIMULTÁNEO DE ADENOCARCINOMA Y GIST GÁSTRICOS

Ref.	Paciente		Adenocarcinoma		GIST		H. pylori	Otros tumores
	Sexo	Edad	Grado	Estadio	Tamaño (cm)	Mitosis (50 CGA)		
4	Mujer	79		T1N0	6,0	> 5	Sí	Adenocarcinoma de vesícula biliar
4	Mujer	79		T2N1	5,0	< 5	Sí	
4	Varón	79		T2N0	0,6	< 5	No	
5	Varón	72		T2N0	2,5	< 1	Sí	
6	Varón	70		T3N1		0	No	
7	Varón	78	G3	T1N0	1,5	0	Sí	Linfoma gástrico MALT
8	Varón	71	G3	T3N+	0,5	0	No	
8	Varón	77	G2	T2N1	0,6	0	No	
Actual	Mujer	77	G1	T1N0	1,0	< 5	No	

Adenocarcinoma de vesícula biliar
Linfoma gástrico MALT