

Informes SIIC

DESCRIBEN EL MANEJO ENDOSCOPICO DE LA HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL ALTA NO PRODUCIDA POR VARICES

Análisis de las variables que deben ser consideradas antes y después del procedimiento

Sydney, Australia:

En el manejo de los pacientes con hemorragia gastrointestinal alta no producida por várices, la endoscopia representa la primera línea de intervención en el diagnóstico y tratamiento. Ciertas variables presentes al inicio permiten predecir el riesgo de recurrencia o persistencia de la hemorragia e incluso el riesgo de muerte, como la edad mayor de 65 años o la presencia de presión arterial sistólica <100 mm Hg.

Fuente científica:

[*ANZ Journal of Surgery* 77(4):222-230, Abr 2007] – aSNC

Autores

Kwan V, Norton ID

La hemorragia gastrointestinal alta (HGA) no producida por várices representa una entidad frecuente y potencialmente fatal, que puede ser manejada a través de la intervención endoscópica. Las causas más frecuentes de HGA no varicosa comprenden las úlceras pépticas, la enfermedad de *Mallory-Weiss*, la lesión de *Dieulafoy* y la angioectasia. En el primer caso, la hemorragia se produce como consecuencia de la ruptura de la pared vascular, la cual frecuentemente muestra cambios compatibles con arteritis o dilatación aneurismática. La enfermedad de *Mallory-Weiss* comprende la presencia de laceraciones longitudinales en la unión cardioesofágica, y la hemorragia aparece como resultado de la afectación de los vasos submucosos. La lesión de *Dieulafoy* consiste en una arteria anormal que atraviesa la capa submucosa en ausencia de una úlcera asociada, la cual no reduce su diámetro al atravesar la superficie mucosa. Cuando esta arteria erosiona dicha superficie aparece la hemorragia. Por último, la angioectasia comprende la presencia de pequeños vasos ectásicos en la mucosa y submucosa, los cuales se encuentran dilatados y presentan paredes delgadas. En la evaluación clínica inicial de los pacientes con HGA, el aspecto que presenta mayor importancia es la estratificación del riesgo, es decir, la determinación de la necesidad de ser sometido a endoscopia en forma inmediata o a una intervención quirúrgica, así como también el riesgo de muerte. Los factores clínicos que permiten predecir en forma significativa el riesgo de hemorragia persistente o recurrente y de muerte incluyen la edad >65 años, la tensión arterial sistólica <100 mm Hg, la presencia de comorbilidades, la concentración inicial de hemoglobina <100 g/L, la observación de sangre fresca en el examen rectal y un bajo puntaje en el sistema de clasificación de *American Society of Anesthesiologists*. La aspiración por tubo nasogástrico también funciona como una herramienta de diagnóstico y pronóstico, ya que la observación de sangre en el aspirado confirma la localización de la fuente de la hemorragia y predice un peor pronóstico, con necesidad de endoscopia de emergencia. En el manejo médico previo a la intervención, se debe priorizar la adecuación del volumen intravascular, con normalización de la tensión arterial, recuperación de la hemoglobina y corrección de la disfunción de los órganos "blanco". Se define como endoscopia temprana a aquella realizada entre las 2 y 24 horas posteriores al comienzo del cuadro. En los pacientes con hemorragia masiva, la endoscopia debe ser llevada a cabo tan pronto como se alcance la estabilización hemodinámica, mientras que en aquellos en los

cuales la hemorragia es de menor gravedad (con vómitos porráceos, melena y compromiso hemodinámico poco importante o ausente), el procedimiento debe realizarse dentro de las primeras 12 a 24 horas.

La terapia endoscópica puede consistir en los tratamientos de inyección, termal, la combinación de los anteriores y la colocación de dispositivos. El agente más empleado en la terapia de inyección es la adrenalina, la cual ejerce un efecto directo sobre el vaso y un efecto de "tapón" a partir de la expansión del tejido local. La aplicación de calor produce coagulación de proteínas, edema, vasoconstricción y activación de plaquetas. Al respecto, la aplicación termal puede ser realizada a través de dispositivos de contacto o la terapia con láser. El tratamiento que combina ambas estrategias representa el procedimiento más frecuentemente implementado en las lesiones de alto riesgo. Por último, la colocación de dispositivos mecánicos como ganchos, presillas o bandas, representa una estrategia reciente, la cual parece ser efectiva en vasos >2 mm.

Los pacientes que presentan un riesgo elevado de recurrencia del sangrado y de mortalidad en forma posterior al procedimiento endoscópico deben ser controlados en una unidad de cuidados intensivos. Durante 72 horas, estos pacientes deben ser tratados con algún inhibidor de la bomba de protones. La tasa de recurrencia de la hemorragia es de 10% a 20%, y los factores que permiten predecir dicha evolución incluyen la hipotensión, la hemoglobina <100 g/dL, la presencia de sangre fresca en el estómago, la hemorragia activa y la observación de úlceras >2 cm.

La endoscopia representa en la actualidad la primera línea de intervención en los pacientes con HGA, aunque su realización debe ser considerada en el contexto del manejo general de estos pacientes.

DESCRIBEN LOS REQUISITOS EN LA OBTENCION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO FRENTE A CIRUGIAS ELECTIVAS

La firma del paciente sólo debe ser el resultado de un adecuado procedimiento en la provisión de información

Eastbourne, Reino Unido:

La obtención del consentimiento informado por parte de pacientes que deben ser sometidos a procedimientos programados comprende la provisión de información por parte del profesional referida al procedimiento propiamente dicho, sus riesgos y beneficios y los potenciales resultados frente a la falta de intervención, sin apurar al paciente en su decisión ni recurrir al empleo de términos del lenguaje médico.

Fuente científica:

[**Journal of the Royal Society of Medicine** 100(2):97-100, Feb 2007] – aSNC

Autores

Anderson WA, Wearne IMJ

El consentimiento informado representa el proceso mediante el cual los pacientes que van a ser sometidos a una cirugía electiva consienten la realización de ésta frente a la explicación completa por parte del profesional de sus riesgos y beneficios, los tratamientos alternativos y los potenciales resultados de la falta de intervención.

La toma de decisiones por parte de los pacientes con respecto a su propio tratamiento requiere que éstos reciban información apropiada. Esta última es obtenida a través de diversos medios que incluyen la discusión con el personal de salud, otras personas que han sido sometidas al mismo procedimiento o los medios de comunicación. Sin embargo, la principal fuente de información relacionada con la intervención propuesta comprende el consentimiento informado, en el cual se explica a los pacientes los riesgos y beneficios asociados con el procedimiento en cuestión.

Usualmente, el consentimiento informado es obtenido durante las evaluaciones prequirúrgicas o en el mismo día de la intervención. En el Reino Unido, país de los autores del presente artículo, se

establece que quien obtiene el consentimiento informado debe tener la capacidad de realizar el procedimiento o haber recibido la preparación específica necesaria para el asesoramiento de los pacientes con relación a éste. Muchas veces esto no se cumple, ya que el consentimiento frecuentemente es obtenido por personal joven con poca experiencia.

Por su parte, el paciente que firma el consentimiento informado debe ser competente para tomar dicha decisión en particular, haber recibido suficiente información para ello y no proceder bajo coacción. Esto último puede tener lugar cuando el consentimiento es obtenido el mismo día de la realización del procedimiento, ya que, aún frente al surgimiento de dudas, el paciente puede percibir cierta presión ante la inminencia del acto. Por ello, resulta más conveniente que el paciente reciba las explicaciones pertinentes en el momento en el que la cirugía es programada, de manera de contar con tiempo suficiente para aclarar las dudas que puedan surgir. El consentimiento debe incluir una explicación breve de la operación, con inclusión del proceso de anestesia, los tratamientos alternativos y los riesgos y beneficios asociados con la falta de intervención.

El Departamento de Salud del Reino Unido establece que la decisión final acerca del contenido de la información provista a los pacientes recae sobre el cirujano. Sin embargo, se aclara que ésta debe incluir la advertencia sobre los potenciales riesgos sustanciales del procedimiento que puedan afectar la decisión de cada paciente. Además, el profesional tiene la obligación legal de responder la verdad frente a la formulación de preguntas directas. Usualmente se mencionan las complicaciones cuya incidencia es mayor del 1%. Sin embargo, algunas complicaciones de menor frecuencia revisten tal gravedad que muchos profesionales optan por no mencionarlas. En la práctica, la provisión de un listado de las posibles complicaciones puede no ser de utilidad en muchos pacientes que no comprenden el significado de los términos, por lo cual se aconseja explicar directamente cómo dichas complicaciones pueden afectar la vida del paciente en el futuro. Algunos pacientes prefieren no conocer nada acerca de la intervención a la cual van a ser sometidos o recibir sólo un poco de información acerca de ésta, pero esto no debe ser una presunción por parte del profesional. Sin embargo, frente al deseo expreso del paciente con respecto a lo anterior, éste debe ser debidamente documentado.

El consentimiento informado representa la oportunidad de asesorar al paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica, para que éste participe activamente en la decisión de la realización de ésta. La explicación brindada debe incluir información acerca del procedimiento propiamente dicho, sus riesgos y beneficios, los tratamientos alternativos y los resultados potenciales frente a la falta de intervención, con evitación de uso de jerga médica. La decisión no debe apresurarse, sino que se debe respetar el tiempo requerido en cada caso. Por último, los autores sostienen que si bien la firma por parte del paciente representa la finalización del proceso, ésta sólo debe ser obtenida a partir de la discusión entre las partes.

DESCRIBEN LA EVOLUCION DE UNA SERIE DE PACIENTES SOMETIDOS A RESECCION HEPATICA

Investigación en 241 casos

Nueva Delhi, India:

En los pacientes sometidos a resecciones hepáticas, las tasas de morbilidad y mortalidad son de 44.8% y 6.6%, respectivamente. Al respecto, ambas tasas son afectadas frente a la presencia de ciertos factores como la cirrosis subyacente, la necesidad de transfusión de más de 3 unidades de sangre durante el procedimiento o la condición maligna de las lesiones reseçadas.

Fuente científica:

[HPB 9(1):29-36, Ene 2007] – aSNC

Autores

Marwah S, Mustafizur M, Nundy S

La resección hepática se asocia con tasas de morbilidad y mortalidad de 44.8% y 6.6%, respectivamente, las cuales aumentan frente a la presencia de ciertos factores de riesgo. En los últimos años se ha producido una notable mejoría en los resultados de la cirugía hepática. Sin embargo, las tasas de morbilidad y mortalidad aún resultan elevadas luego de la resección hepática de pacientes con cirrosis e ictericia, lo cual indica que la selección de los candidatos a ser sometidos al procedimiento debe ser realizada meticulosamente. En el presente trabajo, sus autores analizan 241 casos de resecciones hepáticas llevadas a cabo en un centro de referencia de su país, India, entre los años 1996 y 2005. Su objetivo fue analizar los factores de riesgo asociados con la morbilidad y la mortalidad del procedimiento.

En todos los casos, el procedimiento fue llevado a cabo a través de una incisión subcostal derecha o bilateral, con una extensión vertical en la línea media. Durante la primera mitad del período estudiado (1996-2000), se empleó con frecuencia la maniobra de *Pringle* (pinzamiento de la tríada portal durante 15 minutos y períodos alternados de 5 minutos de liberación de ésta), mientras que entre los años 2001 y 2005 ésta sólo se empleó en forma esporádica. En el presente análisis se evaluaron en cada caso las variables intraquirúrgicas y los procedimientos asociados con la resección hepática que podrían afectar la evolución de la cirugía. A su vez, se analizaron variables posquirúrgicas como la aparición de complicaciones, la duración de la estadía hospitalaria y la mortalidad dentro de los siguientes 30 días al procedimiento o durante la internación.

Los pacientes comprendieron 119 hombres y 122 mujeres, con un promedio de edad de 47.83 años. El 7.1% de la población presentaba >2 condiciones comórbidas como hipertensión, diabetes mellitus o cardiopatía. La indicación más frecuente de resección hepática fue el carcinoma de vesícula biliar (36.1%). A su vez, en el 53.9% de los casos se indicó una resección de <2 segmentos del hígado, mientras que el promedio del tiempo de realización de la intervención fue de 330 minutos. La cantidad media de sangre transfundida durante la cirugía fue de 2 a 4 unidades, cada una de las cuales equivalía a 450 ml. Durante la primera mitad del período estudiado se realizaron 21 hepatectomías mayores y 27 hepatectomías complejas, mientras que durante la segunda mitad, los respectivos valores fueron de 90 y 59. La tasa de morbilidad general fue de 44.8%, mientras que la frecuencia de complicaciones graves fue de 12.4%. Las complicaciones más comunes fueron la ascitis, la insuficiencia hepática y las pérdidas en la vía biliar. En los pacientes con cirrosis subyacente, la tasa de morbilidad fue de 85%, mientras que ésta fue de 41.2% en los casos sin la mencionada entidad. La mediana de la estadía hospitalaria fue de 10.2 días; durante la primera mitad del estudio, dicha variable fue de 10.8 días, mientras que durante la segunda mitad, ésta fue de 9.9 días. Por su parte, la tasa de mortalidad general fue de 6.6%, la cual fue mayor luego de la resección de una lesión maligna (8.3%) con respecto a la observada luego de la resección de una lesión benigna (3.6%). A su vez, esta tasa fue mayor en los pacientes con cirrosis (30%) que en aquellos sin dicha entidad (4.5%). Las complicaciones que produjeron la muerte con mayor frecuencia fueron la insuficiencia renal posquirúrgica, la insuficiencia hepática y el fallo multiorgánico. El análisis multivariado referido a los factores de riesgo de morbilidad general señalaron como factores independientes y significativos a la transfusión intraquirúrgica de >3 unidades de sangre, la presencia de comorbilidades, la hepatectomía de emergencia, la cirugía de lesiones malignas y la gravedad de la resección. Por su

parte, los factores asociados con la mortalidad fueron la presencia de cirrosis y las entidades comórbidas.

Los resultados del presente trabajo demuestran que en los pacientes sometidos a resección hepática, la presencia de cirrosis subyacente aumenta el riesgo de mortalidad posquirúrgica, mientras que el diagnóstico de malignidad de las lesiones reseçadas y la transfusión de más de 3 unidades de sangre durante el procedimiento, entre otras variables, se asocian con un mayor riesgo de morbilidad.

PRESENTAN EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL

Serie de casos examinados entre 1989 y 2004 en un solo centro

Sabadell, España:

Para los tumores del estroma gastrointestinal (GIST), la cirugía de resección completa es aún el tratamiento curativo por excelencia, aunque la administración de imatinib podría prolongar la supervivencia de los enfermos con metástasis o de aquellos que no poseen indicación quirúrgica, a quienes ofrecería la posibilidad de cirugía de rescate posterior.

Fuente científica:

[**Clinical & Translational Oncology** 8(8):594-598, Ago 2006] – aSNC

Autores

Artigau Nieto E, Luna Aufroy L, Pericay Pijaume C

Aunque la resección quirúrgica completa es aún el tratamiento de elección para los tumores del estroma gastrointestinal (GIST), el imatinib constituye actualmente una alternativa terapéutica para las metástasis y para las lesiones que no pueden reseccarse, al ofrecer la posibilidad de cirugía de rescate. El manejo interdisciplinario de este tipo de neoplasias puede, por lo tanto, mejorar la expectativa de vida de los pacientes.

Los GIST son los tumores mesenquimatosos más frecuentes del tracto gastrointestinal y constituyen aproximadamente el 5% de todos los sarcomas. Aunque inicialmente se consideraba que dichas neoplasias se originaban en las células musculares lisas, estudios más recientes han confirmado que derivan del mesénquima del tubo digestivo, en particular, de las células intersticiales de Cajal, localizadas en el plexo mientérico, o las células madre ("stem cell") pluripotenciales de otras localizaciones.

Con anterioridad a la introducción del mesilato de imatinib, en 2001, la exéresis completa del tumor constituía el único tratamiento curativo de estas neoplasias, que son generalmente resistentes a la quimioterapia y la radioterapia. En la actualidad, el fármaco mencionado se ha autorizado para el tratamiento de aquellos pacientes con metástasis o con lesiones no pasibles de resección quirúrgica, que expresen marcadores para ciertos genes que codifican la síntesis de tirosina cinasa.

Los autores de este trabajo presentan su experiencia en el manejo de los GIST, durante el período comprendido entre 1989 y 2004. El único requerimiento para la inclusión de los casos en este estudio fue el resultado positivo de la tinción inmunohistoquímica para CD117, un receptor para tirosina cinasa. De este modo, la presente serie de casos incluyó 49 sujetos de ambos géneros, con diagnóstico confirmado de GIST, cuya edad promedio correspondió a 64.1 años (intervalo de 36 años a 90 años).

Los tumores se localizaron principalmente en intestino delgado y estómago (45% y 39%, respectivamente). Los síntomas de presentación más habituales fueron la hemorragia digestiva (26.5% de los casos), el dolor abdominal (26.5% de los sujetos) y la obstrucción intestinal (8% de los pacientes).

En relación con el tratamiento, la cirugía representó el tratamiento inicial para 43 pacientes

(87.7% de los individuos), en la mayoría de los cuales consistió en resección radical. Dos pacientes a quienes se realizó cirugía paliativa, recibieron tratamiento complementario con imatinib, y 1 sujeto recibió terapia de inducción con dicho agente farmacológico, seguida de cirugía radical. Entre el grupo de enfermos sin indicación de cirugía, 4 de ellos recibieron tratamiento sintomático y 2, quimioterapia.

La supervivencia promedio de esta serie de pacientes, acorde con el índice pronóstico calculado en base al número de mitosis en la pieza quirúrgica, fue: 5 meses cuando el riesgo era muy bajo, 114 meses para las neoplasias de bajo riesgo, 112 meses cuando el riesgo era intermedio, y 30 meses, si aquel era elevado.

En el momento de finalización de este estudio, el 57.14% de los enfermos se encontraban vivos, y 47% de ellos estaban curados. Cuatro de los 6 pacientes a quienes se realizó cirugía paliativa habían fallecido, entre los 3 meses y los 18 meses posteriores a la intervención. El individuo tratado con imatinib como terapia de inducción permanecía con vida, 18 meses después del tratamiento.

En resumen, si bien la cirugía de resección completa es aún el tratamiento curativo por excelencia para los GIST, el imatinib ofrece una alternativa terapéutica para los enfermos que presentan metástasis o quienes no poseen indicación quirúrgica, ya que podría prolongar su supervivencia

DESCRIBEN LOS FACTORES DE PREDICCIÓN PARA ESTADIAS HOSPITALARIAS PROLONGADAS LUEGO DE LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

Investigación en 267 pacientes

Hong Kong, China:

Entre los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica, aquellos mayores de 60 años que en forma posterior al procedimiento requieren más de 8 horas para la reanudación de la dieta o consumen más de dos tabletas analgésicas, presentan un riesgo incrementado de permanecer internados durante más de 24 horas.

Fuente científica:

[*Asian Journal of Surgery* 30(1):23-28, Ene 2007] – aSNC

Autores

Tsang YY, Poon CM, Lee KW, Leong HT

En pacientes seleccionados, la colecistectomía laparoscópica (CL) representa una intervención factible y segura. La presencia de ciertos factores, como la edad mayor de 60 años o la intolerancia a la dieta después de las primeras 8 horas posteriores al procedimiento, aumentan la probabilidad de requerir una estadía hospitalaria prolongada.

La CL representa un procedimiento quirúrgico mínimamente invasivo asociado con altos niveles de satisfacción por parte de los pacientes en quienes se implementa y con una óptima costoefectividad. Sin embargo, los autores del presente trabajo, realizado en Hong Kong, sostienen que allí la realización de CL no es común, aunque los factores causales de esta tendencia no son claros. En esta investigación, se buscó identificar los factores asociados con la prolongación de la estadía hospitalaria en los pacientes sometidos a CL.

El análisis, de diseño retrospectivo, incluyó 267 pacientes sometidos con éxito a CL entre los años 2002 y 2003. Los casos fueron divididos en dos grupos de acuerdo a la duración de la estadía hospitalaria. Al respecto, se consideraron prolongadas aquellas estadías de duración mayor de 24 horas. Ambos grupos fueron comparados en términos de 18 variables, las cuales incluyeron 5 variables correspondientes a los pacientes, 9 variables relacionadas con el procedimiento y 4 variables posquirúrgicas.

El 44.2% de los pacientes egresaron del hospital dentro de las primeras 24 horas siguientes a la

operación, mientras que el restante 55.8% de la población requirió una estadía hospitalaria prolongada. En el primer grupo la mediana de la estadía hospitalaria fue de 1 día, mientras que en el segundo este valor fue de 2. Las razones de la prolongación de esta variable incluyeron la presencia de fiebre (n=40), causas relacionadas con la cirugía (como dolor en la herida, remoción del drenaje, íleo o retención de cálculos en el conducto biliar común, entre otras, n=43), motivos médicos (n=19), náuseas o vómitos posquirúrgicos (n=19), preferencia del paciente (n=26) y causas sociales (n=2). A través del análisis univariado se identificaron 9 factores significativos en la comparación de ambos grupos. Estos incluyeron la edad >60 años (*odds ratio* -OR- de 2.64), el riesgo anestésico según la clasificación ASA (*American Society of Anesthesiologists*) de clase 2 o más (OR de 2.12), el antecedente de colangitis, pancreatitis o colecistitis (OR de 2.63), el tiempo de realización del procedimiento >60 minutos (OR de 2.01), el hallazgo quirúrgico de engrosamiento de la pared de la vesícula o adhesión (OR de 2.51 y 3.57, respectivamente), perforación vesicular incidental (OR de 18.10), la reanudación de la dieta en forma posterior a las primeras 8 horas (OR de 4.43) y el requerimiento de más de 2 tabletas analgésicas (OR de 2.82). Por su parte, los resultados del análisis de regresión logística permitieron identificar 3 factores independientes en la predicción del riesgo de prolongación de la estadía hospitalaria. Estos comprendieron la edad mayor de 60 años, la reanudación de la dieta después de las primeras 8 horas y el requerimiento de más de 2 tabletas de analgesia, con respectivos OR de 1.98, 4.37 y 3.24.

Los autores concluyen que los pacientes menores de 60 años, con riesgo anestésico ASA de clase 1 ó 2 y cálculos biliares no complicados representan candidatos adecuados para la realización de CL. A su vez, los pacientes en quienes la reanudación de la dieta requiere más de 8 horas a partir de la intervención o que consumen más de 2 tabletas analgésicas presentan un riesgo incrementado en más de 3 veces de requerir una internación hospitalaria prolongada.

CARACTERIZAN LA PRESENTACION DEL HIBERNOMA SEGUN RESONANCIA MAGNETICA

Descripción retrospectiva de una serie de casos

Stanmore, Reino Unido:

La presencia, en las imágenes por resonancia magnética, de una lesión tumoral de partes blandas, de bordes bien definidos y estrías internas delgadas, con señal hiperintensa respecto del músculo, e hipointensa en relación con la grasa subcutánea, en la secuencia con ponderación en T1, con ausencia de supresión de la señal para el tejido graso en las imágenes STIR o Fast Spin Echo en T2, debe plantear la posibilidad de un hibernoma como diagnóstico más probable.

Fuente científica:

[**Clinical Radiology** 61(12):1029-1034, Dic 2006] – aSNC

Autores

Lee JC, Gupta A, Cannon SR

De acuerdo con la literatura y con la experiencia de los autores de este trabajo, la presencia de una lesión tumoral en los tejidos blandos, que en las imágenes por resonancia magnética (IRM) posee contornos bien delimitados y estrías internas delgadas, y muestra señal hiperintensa respecto del músculo próximo en la secuencia con ponderación en T₁, pero resulta claramente hipointensa en relación con el tejido graso, sin supresión en las imágenes *STIR* o con saturación de ese último tejido, debe guiar la sospecha de un hibernoma como diagnóstico más probable. El hibernoma es un tumor benigno de los tejidos blandos, infrecuente, que se origina a partir de células remanentes de la grasa parda. Su denominación se relaciona con la semejanza histológica que presenta con la grasa parda de los animales que presentan ciclo de hibernación. Las descripciones iniciales indicaban que su localización coincide con las regiones corporales donde se encuentra esa variedad de tejido, es decir, zona interescapular, axila, pared torácica, mediastino y

retroperitoneo. Sin embargo, un trabajo reciente concluyó que los muslos son el sitio más frecuente de presentación de los hibernomas.

El presente artículo describe las IRM de 8 casos de tales tumores, confirmados mediante el examen histológico, y propone emplear esa técnica de imágenes para realizar el diagnóstico prequirúrgico de las masas lipomatosas.

A partir de la base de datos de la unidad de tumores óseos y de tejidos blandos de un centro de alta complejidad de Londres, en el Reino Unido, se seleccionaron aquellos casos de hibernoma confirmados según los estudios histopatológicos, tratados durante un periodo de 7 años (1998 - 2005). De modo retrospectivo, se revisaron los datos clínicos y las IRM de cada paciente, y se determinaron la ubicación, el tamaño, la homogeneidad y la intensidad de la señal de la lesión, en comparación con el tejido graso subcutáneo, en las diversas secuencias de resonancia magnética. El estudio incluyó 5 varones y 3 mujeres, con edad promedio de 36 años (intervalo de 16 a 53 años) en el momento de la consulta. Todos los participantes refirieron la presencia de una masa de lento crecimiento, de entre 2.5 años y 12 años de evolución. Uno de los tumores se localizaba en la región escapular y los restantes, en el muslo, a nivel proximal.

En las IRM, el tamaño de las lesiones osciló entre 7 cm y 11.33 cm (promedio de 8.33 cm) y los bordes de las mismas se observaron claramente definidos en todas las secuencias. Ninguna de las masas tumorales se extendió más allá de un solo compartimento.

En la secuencia *Spin Echo (SE)* con ponderación en T_1 , los tumores exhibieron hiperintensidad, con respecto al músculo, e hipointensidad en relación con el tejido graso subcutáneo. Las imágenes fueron levemente heterogéneas, con la interposición de bandas delgadas, irregulares, de señal de baja intensidad. En las secuencias *STIR* o *Fast SE*, con saturación para la grasa y ponderación en T_2 , se observó supresión variable del tejido graso, y las lesiones resultaron relativamente hiperintensas, comparadas con las estructuras subcutáneas circundantes.

Los autores comentan que en los últimos 10 años, las IRM han reemplazado a las técnicas empleadas previamente para el diagnóstico de los tumores de los tejidos blandos. El diagnóstico diferencial de una masa de tejido graso, mediante la resonancia magnética, incluye múltiples tipos de lesiones, tanto benignas (lipomas, angioliomas y hemangiomas) como malignas (liposarcoma). La distinción entre ellas es importante, ya que permitiría obviar la biopsia prequirúrgica, procedimiento contraindicado en el caso de los hibernomas debido al riesgo elevado de hemorragia.

En resumen, las características de los hibernomas en las IRM incluyen una masa tumoral de contornos bien delimitados y estrías internas delgadas, con señal hiperintensa respecto del músculo e hipointensa en relación con la grasa subcutánea en las imágenes en T_1 , pero con ausencia de supresión de la señal de tejido graso en las secuencias *STIR* o con saturación de ese tejido y ponderación en T_2 .