

HEMANGIOPERICITOMA DE LOCALIZACIÓN INFRECUENTE, RESECCIÓN REPARACIÓN CON DOBLE MALLA. TRANSPOSICIÓN MÚSCULOS SARTORIO Y RECTO ABDOMINAL

JUAN CARLOS CHACÍN, AXEL TAVARES, GLERISETH ACURERO

SERVICIO DE CIRUGÍA ONCOLÓGICA. HOSPITAL COROMOTO MARACAIBO. SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL PEDRO GARCÍA CLARA CIUDAD OJEDA, VENEZUELA

RESUMEN

El hemangiopericitoma maligno es un tumor raro, típico del adulto y originado a partir de los pericitos de Zimmerman. Representa el 1 % de los tumores vasculares y puede localizarse en casi todas las regiones anatómicas. Su comportamiento biológico puede ser benigno o maligno y las recidivas y metástasis no son raras. El diagnóstico, pronóstico y la conducta son aún controversiales. Se presenta un caso clínico de una paciente con hemangiopericitoma de localización partes blandas en región inguinal izquierda, discutiendo técnica de resección y de reparación del defecto en pared abdominal posterior a la extirpación quirúrgica del mismo, el cual se realizó con doble malla y transposición de músculos sartorio y recto abdominal.

PALABRAS CLAVE: Hemangiopericitoma, pared abdominal, resección, neoplasia.

SUMMARY

The malignant hemangiopericytoma is a rare tumor of the adult; his originate on the Zimmerman pericitos and represent about 1 % of all vascular tumors. It could be located in all most all part of the body and his course could be benign or malignant with frequent recurrences and metastases. The prognosis, the diagnostic and therapy are still controversial. We present a thief of a patient with hemangiopericytoma of soft tissue localization in the left inguinal region, we discussing the technique of resection and repair of the abdominal wall defect after the surgical removal of the same, which was performed with double mesh and the transposition of the Sartorius muscle and rectus abdominal.

KEYWORDS: Hemangiopericytoma, abdominal wall, resection, neoplasia.

INTRODUCCIÓN

El hemangiopericitoma (HGPT) es una rara neoplasia que fue descrita por primera vez por Stout y Murray en 1942. Se trata de un tumor de origen vascular poco frecuente y potencialmente maligno. Representa el 1 % de todos los tumores vasculares y su diagnóstico y pronóstico son controvertidos ⁽¹⁻⁵⁾.

El 50 % se presenta en las partes blandas y se localiza principalmente en los miembros inferiores. Un 25 % se localiza en el abdomen, en especial en el retroperitoneo, y su localización en partes blandas (tejido celular subcutáneo) es muy

Recibido: 20/03/2014 Revisado: 18/06/2014

Aceptado para publicación: 12/09/2014

Correspondencia: Dr. Juan C Chacín. Calle San Fernando, Sector Corito Casa # 156 Cabimas, Estado Zulia. Tel: 04146866617. E-mail: asclepiox@hotmail.com.

rara y en región inguinal aún más infrecuente⁽⁶⁻⁸⁾.

El HGPT se desarrolla a partir de los pericitos de Zimmerman, células mesenquimales primitivas con capacidad contráctil relacionadas con las células endoteliales capilares. En el microscopio óptico, los pericitos son difíciles de distinguir de las células endoteliales, los fibroblastos y los histiocitos, por lo que el diagnóstico del HGPT se basa principalmente en el reconocimiento del patrón de su arquitectura celular.

CASO CLÍNICO

Paciente de 63 años de edad sin antecedentes de importancia, quien refiere presentar desde aproximadamente 3 años, tumor sólido a nivel de región inguinal izquierda que ha tenido un crecimiento progresivo por tal motivo acude al servicio de cirugía oncológica del Hospital Coromoto de Maracaibo donde se realiza tomografía abdominopélvica con doble contraste evidenciándose en región abdomino-inguinal izquierda tumor de densidad sólida de contornos bien definidos de 15 cm x 10 cm aproximadamente, sin infiltrar paquete vascular (Figura 1), por tal motivo se realiza toma de biopsia por aguja gruesa demostrando tumor maligno mesenquimal de tipo hemangiopericitoma maligno, asimismo, se lleva a inmunohistoquímica corroborando el diagnóstico antes mencionado. Se lleva a mesa operatoria para realización de resección amplia del tumor en región abdomino-inguinal izquierda, que compromete músculos oblicuo y transversal abdominal, ligamento de Cooper y Gimbernant, más linfadenectomía pélvica superficial y profunda, debido a la resección amplia de tumor de 20 cm x 15 cm aproximadamente, se produce defecto de pared abdominal de región inguinal de 15 cm x 10 cm aproximadamente, sin comprometer cavidad (solo espacio pre-peritoneal), exposición de paquete vascular inguinal, se procede a realización de reparación con técnica de doble malla, primera malla, colocada en región pre-

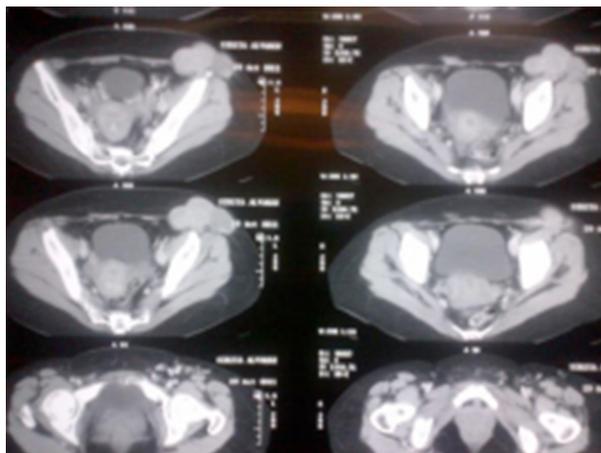


Figura 1. TAC.

peritoneal marca Proceed[®], por técnica de Rives modificada, posteriormente transposición de músculos sartorio y recto abdominal mediante la fusión de dos técnicas de colgajos musculares para cubrir primera malla y paquete vascular, luego colocación de malla pre-aponeurótica de Prolene[®], se deja dren de Portovac en subcutáneo, con verificación de hemostasia y cierre por planos hasta piel. Reporte de anatomía patológica a diagnóstico final de hemangiopericitoma maligno con resección total de tumoración (márgenes libres) (Figura 2-4).



Figura 2. Paciente.



Figura 3. Resección.



Figura 4. Paciente después de intervención.

DISCUSIÓN

El hemangiopericitoma es un tumor mesenquimal poco frecuente que suele tener una distribución similar entre ambos sexos. Suele observarse en adultos y raras veces en niños. En todas las series consultadas, la localización en los miembros inferiores es la más frecuente,

seguida por la localización retroperitoneal. Estos 2 tipos de ubicación se dan mayoritariamente en adultos, mientras que en los niños el HGPT tiene predilección por la cabeza, el cuello y los miembros inferiores, por este orden de frecuencia. Los HGPT de localización inguinal en partes blandas son extremadamente raros. La sintomatología en la mayoría de los casos es inespecífica y depende de su localización. La palpación de una masa es el signo encontrado con más frecuencia (96 %); esta suele tener un crecimiento indoloro, lento y progresivo ⁽¹⁻⁹⁾.

Los aspectos radiológicos son inespecíficos y únicamente se observa un efecto masa sobre estructuras vecinas. La calcificación es muy rara (10 %). Los estudios ecográficos abdominales suelen mostrar imágenes de masa única o lobulada con contenido heterogéneo (focos de hemorragia y necrosis). La angiografía muestra un cuadro más característico, pero tampoco lo suficientemente típico como para permitir un diagnóstico certero.

Macroscópicamente se suele presentar como masas voluminosas bien delimitadas y muy vascularizadas. El tamaño medio de estos tumores es de 4 cm - 8 cm de diámetro. Histológicamente, el HGPT debe diferenciarse de otros tumores vasculares y mesenquimales con patrón hemangiopericitoma, como el sarcoma sinovial, el condrosarcoma, el fibrosarcoma, el histiocitoma maligno, el schwannoma, el liposarcoma e incluso metástasis de adenocarcinomas ⁽⁷⁾. El patrón histológico vascular es uniforme, al igual que la celularidad, constituida por células ovoides o fusiformes que rodean los canales vasculares y se encuentran inmersas en una red de fibras reticulínicas. Nuestro caso confirma la dificultad diagnóstica de los tumores mesenquimales de la pared abdominal.

Otro de los problemas que surgen tras el diagnóstico del HGPT es su benignidad o malignidad. Enzinger y col., establecieron que la presencia de necrosis, atipias celulares

y un alto índice mitótico (más de 4 mitosis x campo) condicionan una evolución más agresiva del tumor ⁽⁷⁾. Sin embargo, en ausencia de estos criterios, será la evolución clínica, con la presencia de metástasis o recidiva, lo que determinará el pronóstico de la enfermedad, que es maligno en el 50 % de los casos. Las metástasis aparecen en un 37 %-65 % de casos y se distribuyen, por orden de frecuencia, en pulmonares, óseas y hepáticas.

El tratamiento de estos tumores es sobre todo quirúrgico, mediante una amplia resección. Se han utilizado métodos como la embolización preoperatoria con gelfoam, esponjas de ivalon y esferas de silastic para facilitar la exéresis quirúrgica. El índice de recurrencias tras la exéresis es del 20 %-50 %. Se han descrito recurrencias transcurridos 20 años de la exéresis primaria, por lo que es necesario realizar un seguimiento de estos pacientes a largo plazo.

No hay acuerdo en cuanto a la efectividad de la radioterapia y la quimioterapia. Mira y col., ⁽⁸⁾ informaron de una respuesta satisfactoria a la radioterapia con remisión completa en el 47 % de una serie de 29 pacientes con recurrencia local; asimismo, las mejores respuestas las obtuvieron en tumores de 5 cm de diámetro y con dosis altas de radioterapia.

La adriamicina sola o combinada se muestra como el agente citostático más efectivo donde se describe una remisión completa en el 50 % de casos. Ortega y col., consiguieron una regresión temporal en un niño con metástasis óseas mediante la combinación de actinomicina D, ciclofosfamida y vincristina ⁽⁹⁾.

Podemos concluir que nos encontramos ante un tumor de difícil diagnóstico clínico y anatomopatológico cuya evolución y su pronóstico son inciertos, lo que hace necesario un seguimiento de los pacientes a largo plazo y, al igual que para otros tumores, disponemos de cirugía sola o combinada con la radioterapia de alto voltaje y quimioterapia para su tratamiento.

Otra discusión que salta a la vista en dicho

caso clínico es la reparación de dicho defecto aponeurótico producto de la resección amplia del tumor, por lo cual la técnica de doble malla con colocación de malla Proceed[®] pre-peritoneal y Prolene[®] pre-aponeurótica, con transposición de músculos sartorio y recto abdominal mezcla de dos técnicas denominadas Baronesky y Albanesse respectivamente, sería la mejor elección debido a la complejidad de la zona y a estructuras vasculares descubiertas (paquete vascular inguinal), pero aún no hay evidencias de otras series o casos reportados con dicha presentación.

REFERENCIAS

1. Villalba V, I García R, Gibert J, Salvador JL. Hemangiopericitoma de localización intestinal. *Cir Esp*. 2005;77(1):48-50.
2. Iljri K, Yuasa S, Yone K, Matsunaga S, Ryoki T, Taniguchi N, et al. Primary epidural hemangiopericytoma in the lumbar spine: A case report. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2002;27(7):E189-192.
3. Lema Grille JI, García CA, Rodríguez NH, Tonder DC, Blanco PM. Hemangiopericitoma retroperitoneal gigante. *Actas Urol Esp*. 2001;25(9):672-675.
4. Marievoet C, Thomas T, Bertrand M. Hemangiopericytome: A propos d'un cas. *Acta Urol Belg*. 1993;61(3):25-30.
5. Satoh Y, Ocumura S, Tsuchiya S, Nakagawa K. A case report of primary malignant hemangiopericytoma of the chest wall. *Nihon Kyobu Geka Gakkai Zasshi*. 1993;41(11):2210-2215.
6. Kibar Y, Uzar AI, Erdemir F, Ozcan A, Coban H, Seckin B. Hemangiopericytoma arising from the wall of the urinary bladder. *Int Urol Nephrol*. 2006;38(2):243-245.
7. Enzinger FM, Smith BH. Hemangiopericytoma: An analysis of 106 cases. *Hum Pathol*. 1976;7(1):61-68.
8. Mira J, Chu F, Fortner J. The role of radiotherapy in the management of malignant hemangiopericytoma: Report of eleven new cases and review of the literature. *Cancer*. 1977;39(3):1254-1259.
9. Ortega JA, Finklestein JZ, Isaacs H Jr, Hittle R, Hastings N. Chemotherapy of malignant hemangiopericytoma of childhood: Report of a case and review of the literature. *Cancer*. 1971;27:730-735.