

Clínica Quirúrgica del Prof. Abel Chifflet

HEMANGIOENDOTELIOMA MALIGNO DE PIERNA (*)

Dres. Carlos Ormaechea y Alberto R. Aguiar

La base de esta comunicación la constituye un caso visto y tratado en la Clínica Quirúrgica del Prof. Chifflet en el Hospital Pasteur.

El objeto de la presentación radica en la rareza de la lesión y en los problemas que presentan estos tumores en el momento actual, problemas que abarcan desde su concepto y significación anatómica, hasta su correcto tratamiento.

Fuera de duda el principal interés lo constituye el problema de su exacta naturaleza histogenética, discutida aún en la actualidad y en consecuencia es un interés anatomo - patológico predominante; pero variando el concepto de dichos tumores en forma radical en el momento actual, surge también un cambio proyectado a su evolución y tratamiento, y en consecuencia la observación adquiere interés anatómico y clínico a la vez.

Por juzgarlo así, hemos creído útil su presentación a esta Sociedad.

La historia de nuestro caso es la siguiente:

F. F., 60 años. Durazno. — Ingresa a la Clínica el 16 de Febrero de 1954.

Hace 1 año comenzó a notar un dolor en la planta del pie izquierdo, intenso, continuo, que no calmaba con el reposo y que le hacía renguear al caminar. Hace dos meses notó la aparición de una tumoración en la parte interna, 1/3 inferior de la pierna izquierda. La enferma es categórica al decir que la tumoración le apareció bruscamente. Con el transcurso del tiempo la tumoración fué aumentando de tamaño, apareciendo también una sensación de hormigueo en la planta del pie. En el momento actual tiene intenso dolor al caminar, pero que desaparece con el

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía, el día 4 de agosto de 1954.

reposo. Dice haber adelgazado más de 5 kilos en el transcurso de los últimos 5 meses. Presenta discreta anorexia sin astenia.

Antecedentes personales y familiares s/p.

Examen: Buen estado general. Piel y mucosas algo decoloradas. Apirética. Garganta s/p.

MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO.

Inspección: Se observa una tumefacción que ocupa el 1/3 inferior de pierna, parte interna, que se extiende hacia atrás y algo hacia el lado externo.

La tumoración tiene 15 cms. de diámetro vertical. La piel de esta zona está tensa, brillante, de coloración violácea, edematosa, sin circulación colateral. Están borradas las goteras retromaleolares.

Palpación: La tumoración ocupa la parte inferior de la pierna llenando las goteras retromaleolares sobre toda la interna, la superficie es irregular, de consistencia firme, fija a los planos profundos, deslizando la piel por encima de ella. Haciendo contraer los músculos de la pierna y moviendo el pie no hay mayores modificaciones.

Es completamente indolora.

El resto del miembro es normal. No hay adenopatías.

Miembro inferior derecho: s/p. Cardiovascular: P. A. 13 ½ - 8. Pulso 88, regular, tenso. Tonos Cardíacos normales. Pleuro pulmonar s/p. Abdomen s/p.

Exámenes complementarios: Orina, normal. Hemograma: G. R. 4.100.000, G. B. 10.700, V. G. 0.9, Hb., 80 %. Urea: 0.35 %. T. de sangría: 2'. T. de coagulación: 5'. Hematocrito: 41 %. Proteínas: 670 %. Velocidad de Sedimentación: 1ª h.: 65 mm., 2ª h.: 104 mm. In ice de Katz: 58.

ESTUDIO RADIOLOGICO.

Radiog. de tórax: normal.

Radiog. simple de pierna y pie. Zona enrarecida en 1/3 medio de peroné, de límites difusos. Tumoración de partes blandas que ocupa las regiones internas y posterior de 1/3 inf. de pierna.

ARTERIOGRAFIA.

Los huesos de la pierna presentan pocas alteraciones.

Se visualiza la tumoración de partes blandas que ocupa la región póstero-interna de 1/3 inf. de pierna. Llama la atención la poca vascularización que presenta el tumor, a pesar de haberse rellenado muy bien todos los vasos de la región. La arteria tibial anterior sigue su trayecto normal, no sufre ninguna modificación. La arteria peronea es desplazada hacia adelante por la tumoración a la cual circunscribe en una curva de concavidad posterior. La arteria tibial posterior llega al límite superior del tumor se hace más flexuosa y disminuye progresivamente de calibre, hasta desaparecer por completo a nivel de la parte media de la tumoración.

Diagnóstico Completado el estudio clínico-radiológico, arteriográfico y de Laboratorio, el diagnóstico planteado fué el de un tumor de partes blandas de la pierna. Por sus caracteres de rápida evolución, repercusión sobre el estado general y algunos caracteres semiológicos propios, se pensó que se trataba de un tumor maligno, sin descartar de-

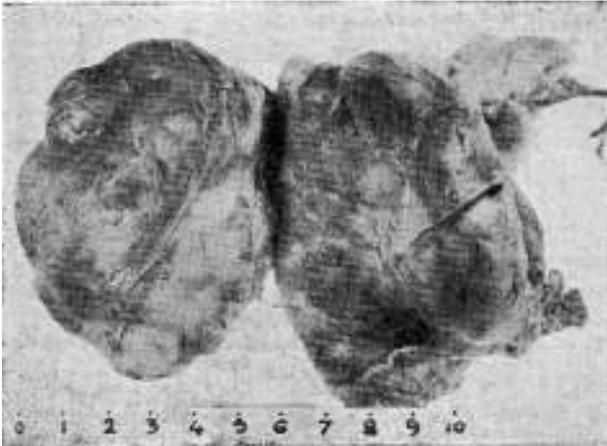


Fig. 1. Pieza macroscópica seccionada y vista por su cara externa.

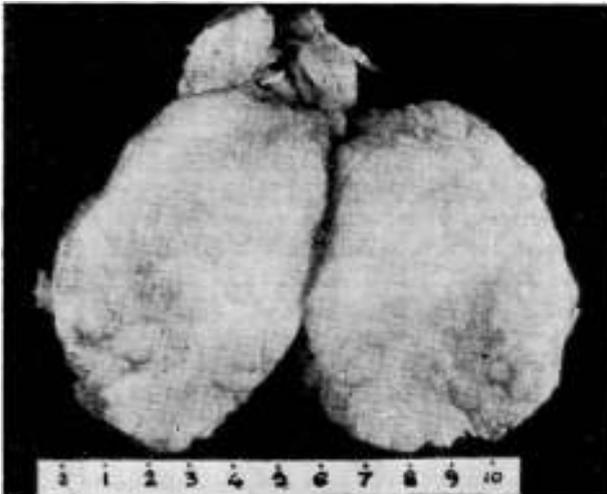


Fig. 2. — Aspecto macroscópico de las caras de sección.

finitivamente la posibilidad de una formación tumoral benigna sub-aponeurótica.

En estas condiciones se intervino.

Diagnóstico preoperatorio: sarcoma de partes blandas.

Operación: Dr. Ormaechea, Dr. Praderi. Anest. Gral.

Incisión longitudinal en parte interna de pierna, sobre la tumoración.

Tumoración subaponeurótica situada entre los huesos de la pierna y el tendón de Aquiles, que invade las 2 goteras retromaleolares sobre todo la interna. Tiene un pedículo superior en el cual están englobados los vasos y los nervios tibiales posteriores.

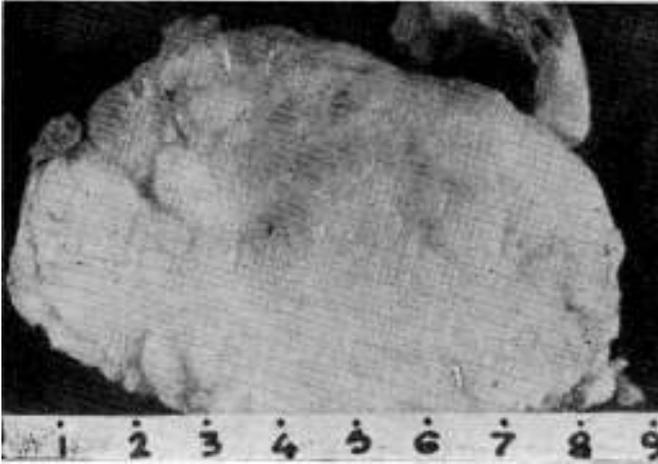


Fig. 3. Superficie de sección, otro aspecto.

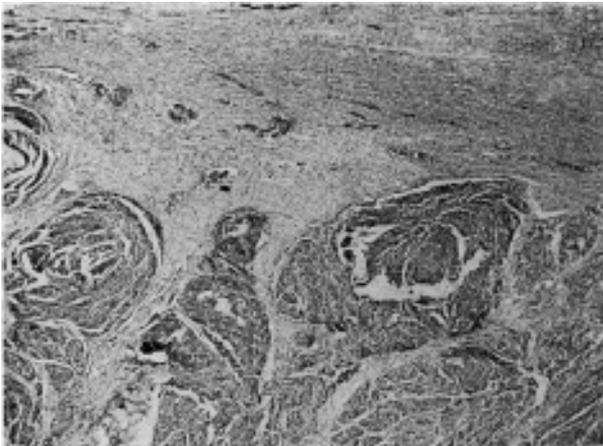


Fig. 4. Microfotografía. Topográfica, mostrando la cápsula y la invasión por nódulos tumorales.

Está completamente encapsulada siendo muy fácil su separación de los planos profundos y del plano aponeurótico.

Se hace extirpación total de la tumoración seccionando el pedículo de su polo superior que está constituido por la arteria tibial posterior y algunos filetes nerviosos. Se deja drenaje de goma de guante en el lecho

del tumor. Cierre de la aponeurosis con catgut. Vendaje compresivo.

Postoperatorio. La herida evoluciona en buenas condiciones. Se da de alta a los 6 días de operada.

EXAMEN ANATOMO-PATOLOGICO.

Descripción Macroscópica. Formación tumoral ovoidea de 8 x 6 x 4

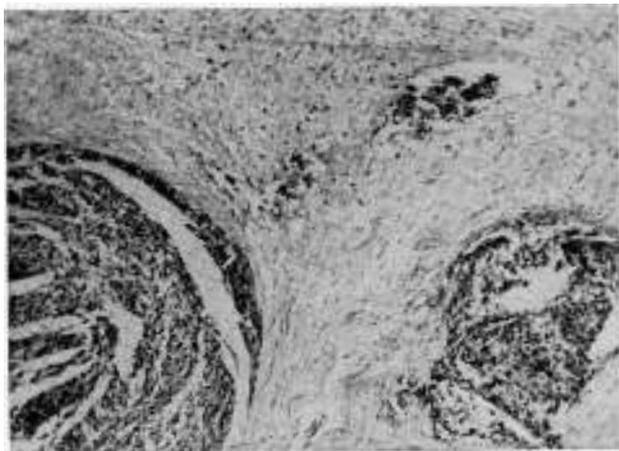


Fig. 5. — Mismo aspecto anterior a mayor aumento.

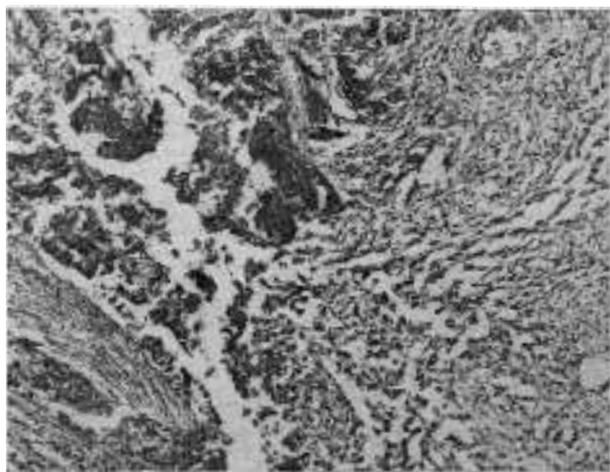


Fig. 6. — Parénquima tumoral; focos de necrosis y hemorragia.

cms. en sus tres diámetros mayores. En uno de sus polos, el superior de acuerdo a la referencia operatoria, aparece prolongada por un pedículo delgado, constituido por tejido conjuntivo fibroso y algunos vasos delgados que se pierden hacia el tumor.

Formación encapsulada, a cápsula fibrosa, nítida, íntegra en toda

la superficie. Consistencia firme, presenta al corte numerosas bandas blanquecinas, de aspecto fibroso, que partiendo de la cápsula surcan la masa tumoral en distintas direcciones. En sus intervalos se observa una masa tisular firme, de color gris amarillento, sólido, en partes friable, con focos de necrosis y hemorragia. Este aspecto se repite en todos los cortes, y en toda la extensión del tumor. (Fotos 1 - 2 y 3).

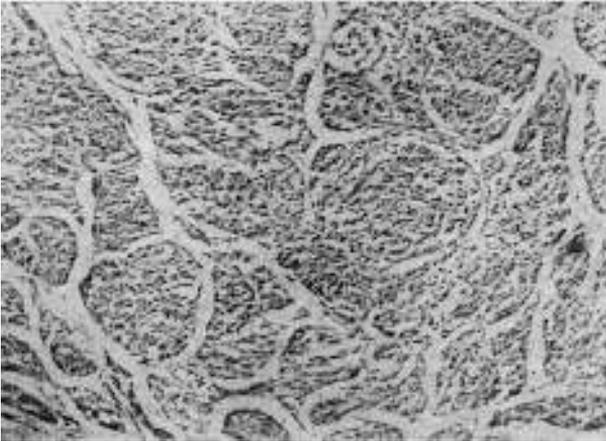


Fig. 7. — Parénquima tumoral, aspecto topográfico.

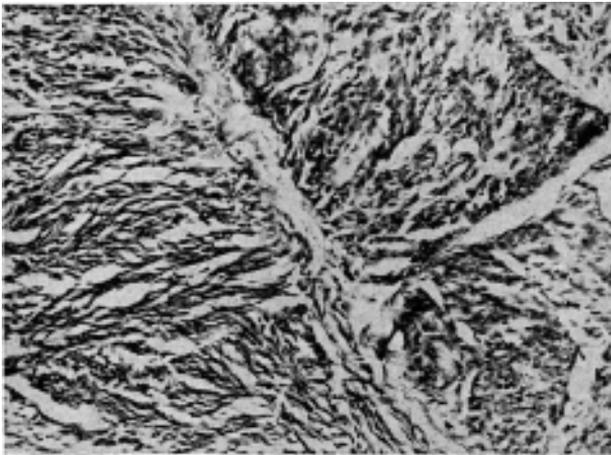


Fig. 8. — Mismo aspecto, mediano aumento.

Estudio histológico. Los distintos fragmentos examinados muestran un tumor celular infiltrante, limitado en su periferia por una cápsula fibrosa bien constituida, invadida en algunos puntos por la masa celular tumoral. En el espesor de la misma se reconocen algunos espacios claros, tapizados, por endotelio, con el aspecto de vasos sanguíneos, que contienen en su interior acúmulos de células tumorales. (Fotos N° 4 y 5).

El tumor es celular denso, con focos de necrosis y pequeños focos de hemorragia. (Foto N° 6).

La masa tumoral está formada por células alargadas, irregulares, fusiformes en partes, más redondeadas en otras zonas, con núcleo grande,

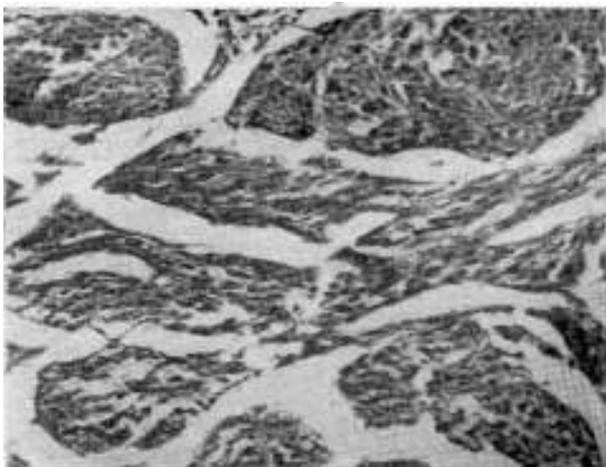


Fig. 9. — Mayor aumento. Distribución de las células tumorales. Ver descripción en el texto.

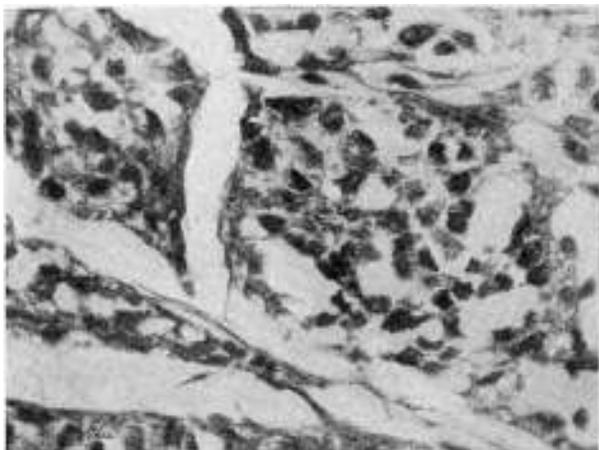


Fig. 10. — Mayor aumento. Igual a la anterior.

hipercromático; limitan cavidades o espacios claros, muy irregulares en su distribución y morfología, cuya pared la constituyen las propias células tumorales, que tienden a aplanarse a este nivel. En otras partes el tumor es más denso, con escasos espacios claros, casi sólido, con mayor densidad celular.

Hay zonas con franco atipismo morfológico y tintorial y algunas figuras de mitosis atípicas. (Fotos 7-8-9-10 y 11).

La tinción por el Muci-Carmín es negativa.

Los caracteres histológicos permiten afirmar que se trata de un tumor maligno, de naturaleza conjuntiva, a especial distribución celular

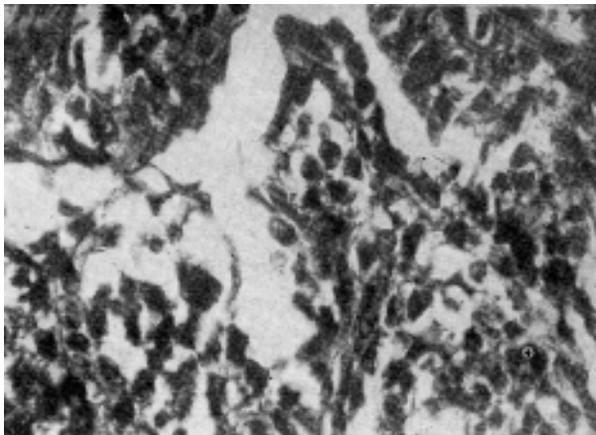


Fig. 11. — Otro aspecto. Igual a la anterior.

formando y limitando cavidades y espacios claros de tipo vascular.

Estos caracteres de su morfología corresponden al tipo clásicamente designado como hemangioendotelioma. No se encuentran en el espesor del tumor elementos que orienten hacia su origen especial (nervioso, tendinoso, etc.).

CONSIDERACIONES

Las principales surgen indudablemente del concepto anatómico de esta lesión.

Dada la índole de esta comunicacion, nosotros no vamos a ahondar en el problema fundamental que gira alrededor de la clasificación y naturaleza de estos tumores. Vamos, en cambio, a plantear brevemente la tendencia actual de la mayoría de los autores, norteamericanos, ingleses y franceses, que se refiere al problema general de los llamados Endoteliomas y dentro de ellos el caso particular que nos ocupa de los hemangioendoteliomas.

El concepto mismo de "endotelio" se discute y en la actualidad tiende a negársele individualidad histogenética. De origen mesodérmico, no serían nada más que formas especiales de las

células conjuntivas, adaptadas a una función de revestimiento y resultando su morfología de factores puramente mecánicos, pero conservando todos los caracteres y propiedades inherentes a su origen y naturaleza conjuntiva.

Sus tumores, entonces, no serían nada más que formas especiales de los tumores conjuntivos. Particularmente en el caso de las serosas, esos tumores en su gran mayoría tienen un origen secundario, pasando el primitivo inadvertido por su pequeñez o por falta de estudio correcto.

Por otra parte, las verdaderas neoplasias que se originan en ese tejido así modificado y llamado aún "endotelio", son siempre de carácter maligno y por ende son verdaderos sarcomas. Su propagación, difusión y metástasis, así como su evolución, siguiendo la regla general de los sarcomas, así lo confirman.

En nuestro caso particular, hemos designado la lesión como un hemangioendotelioma maligno, siguiendo la terminología clásica. De acuerdo a estos conceptos, repetimos actualmente seguidos por la mayoría de los autores, este tumor tiene que rotularse como un sarcoma angioblástico, significando con este nombre, la especial tendencia del mismo a formar cavidades y lagos sanguíneos delimitados y constituídos por el propio tumor.

Siendo así, este tumor seguirá en su difusión, la vía vascular sanguínea y se han descrito casos numerosos con metástasis pulmonares y óseas sobre todo.

Del punto de vista clínico, digamos que es un tumor absolutamente raro, que en general presenta una alta malignidad evolutiva. En una estadística de Arthur Stout, de 18 casos estudiados, más del 50% fallecieron con metástasis pulmonares y óseas. Solamente un caso sobrevivió más de 5 años, citándose también recidivas locales.

En cuanto al diagnóstico, él es fundamentalmente anatomopatológico, ya que no existen caracteres clínicos ni radiológicos que permitan diferenciarlos de otras variedades de sarcomas.

En cuanto a la arteriografía nosotros hemos comprobado en este caso, el hecho mencionado por algunos autores de que no se visualicen vasos sanguíneos dentro del tumor. Depende esto de la inmadurez de los vasos y lagos vasculares neoformados, que

son incompletos, irregulares, segmentados y aún a veces sólidos, comunicando muy poco o nada con la vascularización de la región.

Del punto de vista del tratamiento se aconseja la cirugía radical seguida de radioterapia. Hay autores que han presentado casos tratados sólo con radioterapia y fósforo-radioactivo, sin modificar mayormente la evolución general.

BIBLIOGRAFIA

- CONWAY, J. D. y SMITH, M. B. — Hemangioendotelioma originado en un nervio periférico. *Anales de Cirugía*, V. 10, N° 7, 1951.
- STOUT, A. D. — Hemangioendotelioma. *Anales de Cirugía*, V. 10 N° 9, 1943.
- EWING, J. — *Neoplastic Diseases*. 1940.
- WILLIS, R. A. — *Pathology of Tumors*. 1948.
- THOMAS, A. — *Vascular Tumors of Bone*. *Surg., Gyn. and Obst.* 1942.