

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "A" — Prof. Abel Chifflet

HEMANGIOMA DE MUSCULO INTERCOSTAL (*)

Dr. Luis Alberto Praderi

(Colaboración anatomopatológica Dr. V. Gardiol)

Relataremos los datos de interés de un caso clínico de tumoración de la pared torácica, intercostal, (hemangio-lipoma) y luego anotaremos algunas consideraciones diagnósticas y terapéuticas de esta clase de tumores.

Caso Clínico.

C. S. R. - Reg. 115217 - 36 años. Ingreso 29-IX-59. Alta 12-X-59. — Enfermo enviado por imagen de aspecto quístico en el hemitórax derecho. Esta imagen se descubrió en examen de rutina y se interpretó como un Q. H., por habersele encontrado una eosinofilia (3%) y por la noción epidemiológica pues hace 5 años vivió en ambiente rural. Este proceso es totalmente asintomático y no se acompaña de antecedentes patológicos.

Examen. — Conformación torácica normal; en la cara posterior del hemitórax derecho, por dentro y debajo del ángulo inferior de la escápula, sobresale una tumoración sesil de 8 por 5 cms. ovoidea, a eje mayor paralelo a las costillas, su superficie lisa, firme, sobre el 8º espacio intercostal. Los planos superficiales deslizan sobre ella y forma cuerpo con los planos profundos, siendo totalmente independiente de la escápula. Se borra al contraer el dorsal ancho y en determinadas actitudes (sentado, flexionando la cintura y llevando los brazos adelante) la tumoración se hace más evidente, dando la impresión que corresponde al plano intercostal. Es indolora espontáneamente a la palpación. El resto del examen físico del tórax muestra anormalidades.

Hemograma, V. E. S. normales.

Radiografía de tórax. El informe dice: da la impresión de corresponder a un proceso quístico de la pared costal que hace hernia en la cavidad torácica. Borde interno bien definido.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la media hora previa el día 29 de junio de 1960.

Con estos datos era necesario comprobar si la tumoración que levantaba la piel correspondía o no a la sombra visible radiográficamente. Visto a radioscopia se confirma que es una masa única, con crecimiento en reloj de arena a partir del espacio intercostal. El estudio radiográfico de costillas no muestra lesiones.

Operación. - Dres. L. A. Praderi, L. Bonavita, Pte. Bianchi.

Anestesia general. Incisión de 20 cms. posterolateral sobre el 8º espacio intercostal, se secciona el dorsal ancho que está libre. Los músculos intercostales se observan levantados, convexos en una extensión de 8 cms. de longitud. Se seccionan los músculos descubriendo una masa polilobulada amarillenta, con aspecto lipomatoso que se reseca parcialmente.



Fig. 1. — La superficie externa de la porción endotorácica del tumor y el fragmento de costilla reseca-do.



Explorando más profundamente se comprueba que la masa tumoral tiene un sector interpuesto entre pleura parietal y costilla, de 5 por 7 cms. aproximadamente, unida firmemente a la costilla y los músculos intercostales que aparecen disgregados y friables. Se libera de la pleura a la que adhiere laxamente y se reseca la parte endotorácica del tumor con el fragmento costal adherido. La liberación del tumor fue sumamente sangrante, hecho que con la apariencia de lipoma no lográbamos explicar totalmente. Comprobada la exeresis completa y la hemostasis correcta se cubre el área de pleura que ha quedado al descubierto con los músculos intercostales vecinos y dorsal ancho. En el bolsillo pleural se deja una sonda Nelaton fina, que se exterioriza por contra-abertura.

Evolución postoperatoria buena; drenó durante 3 días serosidad sanguinolenta. Controles radiográficos bien. Alta a los 5 días. Actualmente a 8 meses de la intervención se encuentra bien y sin evidencia de recidiva local.

Informe anatomo-patológico. - Dr. W. Gardiol. - Material quirúrgico constituido por un fragmento de costilla de 5,5 cms. y varios trozos de tejido blando. La costilla presenta adherida a su cara profunda una masa tumoral, blanco-amarillenta, aparentemente adiposa, encapsulada en forma irregular y que adhiere intimamente al periostio de la cara endotorácica. (fig. 1-2). **Ex. microscópico.** - El tumor tiene una estructura de naturaleza predominante vascular. Intensa proliferación de células endoteliales con marcada tendencia a formar vasos capilares con y sin luz aparente. Esta proliferación infiltra el tejido muscular (que pertenece a los

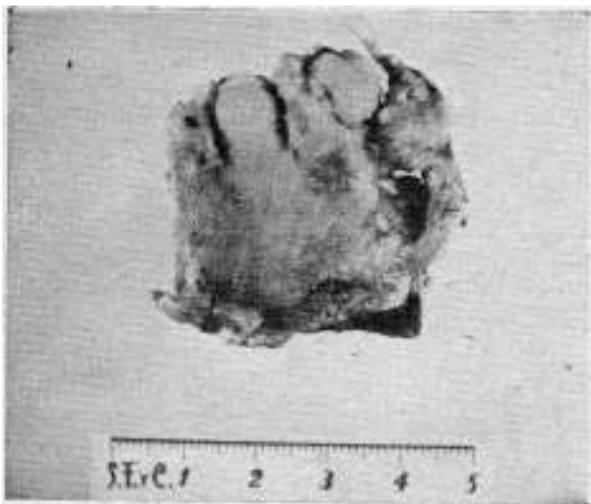


Fig. 2. — La masa tumoral vista por su cara pleural.

intercostales) y en ninguna zona hay cápsula aparente. También hay numerosos vasos de mayor calibre de tipo sobre todo venosos, con sangre en su interior. En algunas zonas, bastante extensas, predomina el tejido adiposo, de modo que la mitad aproximadamente del tumor es de este tejido.

El angioma corresponde por su estructura al **hemangioendotelioma**. Se trata pues de un **lipo-hemangioendotelioma, benigno**.

En la casuística nacional ya existe un caso de hemangioma de los músculos de la pared torácica, de los Dres. Larghero y Vizziano, publicado en el año 1952.

De la lectura de ese trabajo y de bibliografía que anotamos al fin, hemos recogido informaciones de interés sobre el tema.

Según Shallow, Eger y Wagner en un estudio sobre hemangiomas de músculos esqueléticos, los de pared torácica representan el 11,6% (39 en 335 casos) y los intercostales a su vez el 1% de ellos. Son tumores congénitos, originados en secuestros anormales de tejido vascular del músculo o en su perimio, y pueden modificar su crecimiento por traumas o infecciones.

Como señalan los Dres. Larghero y Vizziano, la extensión del proceso se hace en los intersticios musculares, desplazando pero sin involucrar los vasos propios del músculo. Las fibras de los músculos estriados son des-

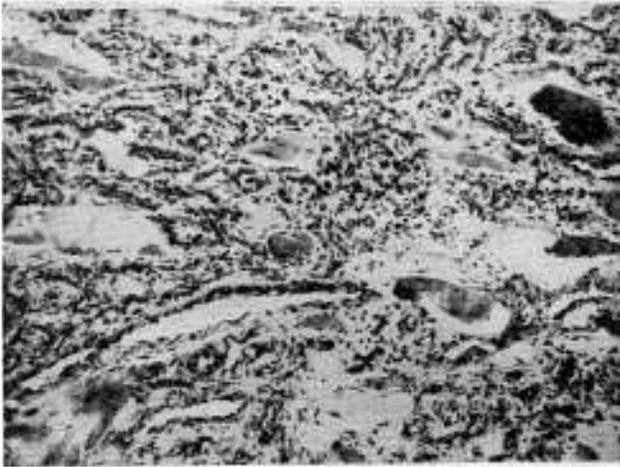


Fig. 3. — Aspecto de la zona vascular del tumor; entre áreas oscuras que corresponden a fibras musculares se observan vasos de gran calibre y predominando en el campo, vasos capilares con y sin luz aparente.



Fig. 4. — Preparado para estudiar la reticulina. Se observa ésta disponiéndose en anillos (memb. basal) que encierran las células del endotelio capilar; se diferencia así el hemangiendotelioma del hemangiopericitoma.

plazadas, atrofiadas y reemplazadas por tejido adiposo. Estos caracteres del crecimiento explican su extensión en reloj de arena e incluso a través del agujero de conjugación raquídeo, como los tumores nerviosos.

Hay diversos tipos histológicos, cavernoso, capilar, venoso y arterial; el nuestro corresponde a un tipo complejo, mezcla de tejidos de estirpe conjuntiva.

Antes de terminar puntualizaremos algunas consideraciones de interés diagnóstico y terapéutico.

1) Los tumores de la pared costal, de tipo conjuntivo, benignos, de estructura compleja (mezcla de tejidos), gracias a su componente vascular, pueden adoptar un crecimiento en forma de reloj de arena y aun penetrar en el canal raquídeo, creando un síndrome neurológico como el caso señalado por Carlson y Adams.

2) El lipo-hemangioendotelioma es un tumor raro, a incluir en el

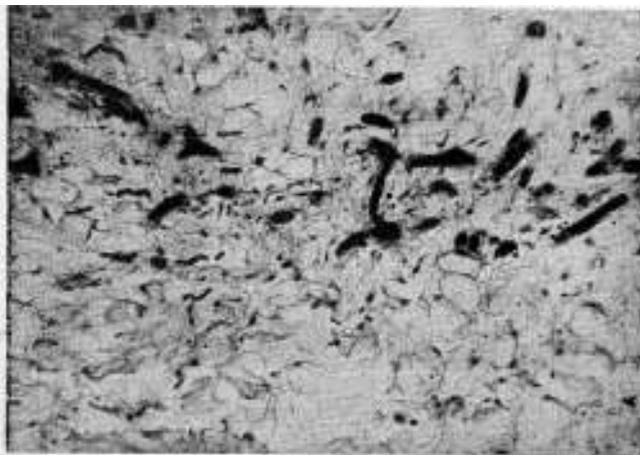


Fig. 5. — Enfoque de la zona lipomatosa del tumor.

difícil diagnóstico diferencial de los procesos tumorales e inflamatorios de la pleura y pared costal.

3) Hacemos resaltar que todos los tumores de este grupo que se citan en la bibliografía ocupan la parte posterior de la pared del tórax, son periescapulares.

4) La búsqueda de calcificaciones (flebolitos) visibles en estudio radiográfico, permiten diferenciar en ciertos casos, los hemangiomas de los neurofibromas intercostales que no las poseen.

5) La conducta terapéutica correcta, consiste en la exeresis completa del tumor, incluyendo todas las estructuras a las que adhiere, en este caso músculos intercostales y costilla para evitar la recidiva local.

6) La participación de tejido vascular en estos tumores conjuntivos complejos le confiere potencial evolutivo en cuanto a 3 hechos: a) crecimiento progresivo, que puede ser compresor, b) transformación maligna y c) hemorragia.

7) Los dos caracteres macroscópicos que ayudan a definirlo en el acto operatorio son: a) coloración amarillenta, polilobulado de lipoma (Carlson, Adams, Elkin y otros), b) sangran abundantemente al desprenderlos de las estructuras adyacentes.

RESUMEN. — Se describe un caso de tumor conjuntivo benigno complejo, tipo-hemangioendotelioma, de la pared torácica. Se hacen breves consideraciones diagnósticas, precisando los caracteres macroscópicos habituales para su reconocimiento y tratamiento quirúrgico adecuado.

BIBLIOGRAFIA

- 1 CARLSON, R. F. - W. E. ADAMS.: (1952) Hemangioma of Chest wall with extension into mediastinum and extrapleural space. Report of a case. Arch. Surg. 64-777.
- 2 DORNER, R. A. - D. S. MARCY: Primary Rib Tumours. J. of Thoracic Surg. (1948). 17-690.
- 3 EARLAND, L. D.: Diffuse and Localized pleural mesotheliomas. - Arch. Chir. Neerl. (1956). 8-353.
- 4 ELKIN, D. C. - F. W. COOPER: Extensive Hemangioma. Surg. Gyn. Obst. (1947). 84-897.
- FEIJOO, OSORIO J. J.: Endotelioma solitario de pleura. Cirugía Panamericana (1958). II-1-53.
- 6 LARGHERO P. - J. VIZZIANO PIZZI: Hemangioma de los músculos de la pared torácica. - El Torax (1952), 343.
- 7 SHALLOW, T. A. - S. A. EGER - S. B. WAGNER: Primary Hemangiomatous Tumours of Skeletal Muscle (1944). 119-700.
- 8 STOUT, A. R.: Tumours of the Soft Tissues, Ann. For. I of Pathology (1953) II-5.
- TAKARO, T. - T. CLEGGETT: Cavernous Hemangioma of the Thoracic Wall Associated with Clinical evidence of Arteriovenous Fistulas. Journ. of Thor. Surg (1951). 21-445.
- 10) TOBIAS, J.W.: Tumores primitivos de la pleura. El Ateneo, B. A. 1928 - 435.