

Hemangiopericitoma de parótida

Dres. Alfredo Armand Ugón, Hugo Sáez, Carlos Cagno
y Pierre Gibert

Los autores presentan un hemangiopericitoma de parótida, tumor vascular originado en los pericitos de Zimmermann, de extremada rareza en esta topografía. Existen formas clínicas benignas y malignas, sin correlación con la histología. La cirugía es el tratamiento de elección, con ulterior estricto control clínico.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Parotid neoplasms.

Traemos hoy a consideración de esta Sociedad una forma extremadamente rara de tumor parotídeo. En nuestro medio no existen comunicaciones previas al respecto, y en la revisión de Sarroca sobre 80 tumores de parótida del H. de Clínicas entre 1953 y 1971, no se hace mención al mismo (8).

En la revisión de la literatura mundial, sólo hemos hallado 1 caso similar a localización parotídea comunicado por Gerner y cols. en 1974 (4).

OBSERVACION CLINICA

A. B. 47 años, sexo masculino. Hospital Maciel. Nº Reg. 21.234.

Consulta por tumefacción parotídea izquierda, de dos años de evolución, a crecimiento lento y progresivo. No se acompaña de trastornos de la motilidad facial, elementos auditivos, oculares, o de la fonación. No ha presentado episodios inflamatorios, y no se ha acompañado de repercusión general.

Al examen físico la tumefacción parotídea eleva el lóbulo de la oreja, es de límites netos, ovoídea, de unos 6 cms por 4 cms. Su consistencia es firme, homogénea, a superficie lisa. Indolora a la palpación, presenta discreta motilidad en sentido vertical. No compromete los planos de cubierta. No existen adenopatías. La glándula controlateral es normal.

Dentro de los exámenes complementarios destacamos:

Sialografía: Stenon normal. Los canaliculos de la mitad superior de la glándula aparecen abiertos y dislocados por proceso expansivo intraglandular

Punción citológica: Abundantes eritrocitos. Células ovaladas, homogéneas, sin atipias.

Clinica Quirúrgica "2" (Prof. Lorenzo Mérola). Hospital Maciel. Montevideo.

En base a la semiología y a los resultados de la paraclínica, se establece diagnóstico de tumor benigno de parótida, presumiblemente un adenoma pleomorfo.

Se efectúa una parotidectomía superficial, que cursa sin incidentes técnicos ni postoperatorios, otorgándose el alta al 4º día.

Actualmente lleva 17 meses de intervenido, y no presenta alteraciones locales, regionales, ni generales.

Anatomía patológica

Macroscopía: Masa ovoídea de 40 mm por 30 mm por 20 mm, rojiza, elástica. Se visualiza y reconoce tejido parotídeo en cierto sector de la pieza.

Microscopia: Proliferación celular con abundantes capilares redondeados y englobados por nidos y masas de células redondeadas, ovales y fusiformes. El tamaño celular es uniforme, y las células se disponen en capas en torno a los espacios vasculares. No se observan atipias celulares. Resto del parénquima normal.

En suma: Hemangiopericitoma benigno histológicamente.

CONSIDERACIONES

Los hemangiopericitomas son tumores vasculares originados en los pericitos de Zimmermann, descritos por Stout y Murray en 1942(9).

Los vasos sanguíneos están tapizados por células endoteliales normales, y las células tumorales se encuentran en su totalidad por fuera de la vaina de reticulina (2).

Son, siguiendo a Cassinelli, una variedad de angiosarcomas, que se desarrollan en cualquier sector del organismo donde existan capilares, y de esto se desprende que causan grandes problemas de orden diagnóstico y terapéutico (4).

Pueden manifestarse a cualquier edad, y no tienen preferencia por sexos. Existen comunicaciones sobre localizaciones retroperitoneales, partes blandas, miembros, peritoneo, etc. (1,5, 10).

Existen formas clínicas benignas y malignas, pero no existe una correlación estricta con la histología. En efecto, tumores encapsulados, sin atipias celulares, que respetan estructuras vecinas, tienen en su evolución ulterior franca malignidad, recidivando localmente y dando metástasis. Según Stout un tercio

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 29 de setiembre de 1976.

Residentes de Cirugía, Asistente de Clínica Quirúrgica y Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Tacuarembó 1587 (Dr. A. Armand Ugón).

de estos tumores son malignos, y el 50 % dan metástasis, hecho que no se puede predecir por la histología (4, 9).

Es entonces fundamental la actitud del médico tratante, que debe efectuar un muy estrecho y correcto "follow up" de los pacientes para tomar así gestos terapéuticos que pueden ser decisivos.

Vemos que no existe un criterio histológico que pueda realmente diferenciar los hemangiopericitomas benignos de los malignos. Su catalogación definitiva depende del curso clínico (1, 4).

La cirugía es el arma de elección en la lucha contra esta entidad. Pero ocurre que, como en otros tumores de partes blandas, es muy difícil la curación definitiva por exéresis limitadas. Como las células de otros sarcomas, se multiplican y forman cordones celulares a lo largo de las vainas musculares y nerviosas, de los vasos y otras fascias. De ello se deduce que son de elección las resecciones amplias a todo nivel, con cirugía de mutilación si la topografía y el compromiso de otras estructuras así lo reclamase (4).

El uso de la radioterapia en este tipo de neoplasmas no está bien definida. El consenso general es que este tipo de tumores son radiorresistentes. Se recomiendan altas dosis (7.500-9.000 r) durante 60 días, con resultados que no salen de lo paliativo (3). De todas maneras su uso puede convertir en resecable una lesión inicialmente muy extendida.

En lo que respecta a la quimioterapia, las comunicaciones son muy escasas como para sacar conclusiones, pero las respuestas no son muy alentadoras.

SUMMARY

Stout-Murray syndrome of parotid gland

Authors describes a case of site where this vascular tumor, which originates in Simmermann's pericytes, is most rare. Its clinical form may be either benign or malign, bearing no correlation to histology. Treatment chosen was surgery, with strict clinical follow-up.

RESUME

Hémangio-péricytome de la parotide

Présentation d'un casse tumeur vasculaire qui a son origine dans les péricytes de Zimmermann et qui est extrêmement rare dans cette région. Il en existe de formes cliniques bénignes et malignes, sans rapport avec l'histologie. La chirurgie est le traitement de choix et le contrôle clinique ultérieur est indispensable.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BACKWINKEL K, DIDDAMS J. Hemangiopericytoma. Report of a case and review of the literature. *Cancer*, 25: 896, 1970.
2. BUENO L. Tumores vasculares. *Cir Urug*, 43: 24, 1973.
3. FRIEDMAN M, EGAN J. Irradiation of hemangiopericytoma of Stout. *Radiology*, 74: 724, 1960.
4. GERNER R, MOORE G, PICKREN J. Hemangiopericytoma. *Ann Surg*, 179: 131, 1974.
5. GOLDBERG R, SCHEIN C. Hemangiopericytoma of the omentum. Report of a case and review of the literature. *Ann Surg*, 34: 291, 1968.
6. JOFFE N. Hemangiopericytoma: Angiographic findings. *Br J Radiol*, 33: 614, 1960.
7. O'BRIEN P, BRASHFIELD R. Hemangiopericytoma. *Cancer*, 18: 249, 1965.
8. SARROCA C. Tumores de la glándula parótida. *Cir Urug*, 45: 343, 1975.
9. STOUT A, MURRAY H. Hemangiopericytoma: vascular tumor featuring Zimmermann's pericytes. *Ann Surg*, 116: 26, 1942.
10. VIDRINE A, WEISH R. Hemangiopericytoma: 5 cases. *Surgery*, 56: 912, 1964.