

Hemangioma muscular

Dres. José Galarraga, Daniel Cassinelli y Ruben Varela Soto

Los autores presentan un caso de hemangioma muscular en una paciente de 18 años que implicó problemas diagnósticos.

Se insiste sobre la sintomatología dolorosa y la posición viciosa del miembro afecto.

Se realizó tratamiento quirúrgico conservador con excelente evolución postoperatoria.

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

A propósito de una paciente operada de un hemangioma muscular en la Clínica Quirúrgica "2", efectuamos una revisión bibliográfica de sus formas clínicas y tratamiento. Algunas características definidas que se presentaron en nuestra enferma, que creemos de interés, justifica traer la presente comunicación a esta Sociedad.

HISTORIA CLINICA

D.F. 18 años. Sexo femenino.

Ingresó por tumefacción y dolor en tercio medio y cara posterior de pierna izquierda.

Comenzó hace diez meses con exacerbación de dolores (que ya presentaba hace tres años) localizados en tercio medio, cara posterior de pierna izquierda. De aparición brusca, al comienzo de la marcha o durante ella; tipo calambre, intensos, sin irradiación y de duración irregular, desde minutos a horas. Calmaba en ocasiones con el reposo con pierna elevada; últimamente ha notado que los dolores aparecen en el reposo y con más frecuencia. Es tratada con analgésicos y vitamioterapia A, B-12 y C.

Hace ocho meses es enviada al Instituto de Traumatología, donde comprueban en tres consultas sucesivas (setiembre, octubre y noviembre 1974), un acortamiento progresivo de 3 cms. de su miembro inferior izquierdo. Dicho acortamiento fue apreciado por la paciente, que manifestaba dificultades en la marcha.

En febrero de 1975, consulta nuevamente en Traumatología donde comprobaron acentuación del acortamiento.

En dichas consultas notan la presencia de una tumefacción en tercio medio de pierna en cara posterior, por lo cual es enviada al Servicio para su estudio y tratamiento.

Relata desde hace tres años, dolor de similares características a las ya descritas, pero de menor intensidad y frecuencia.

Presentado en la Sociedad de Cirugía el 10 de noviembre de 1976.

Residente de Cirugía, Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica y Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica. Facultad Medicina, Montevideo.

Dirección: Edison 4422 (Dr. R. Varela Soto).

Clínica Quirúrgica "2" (Dir. Prof. Lorenzo Mérola). Hospital Maciel. Montevideo, Uruguay.

En algunas oportunidades, sensaciones parestésicas en todo el miembro inferior izquierdo. Desde hace algún tiempo, no precisa cuánto, notó en la zona dolorosa una tumefacción que se palpaba en la contracción muscular, que ha crecido algo hasta el momento actual.

Nunca notó cambios en el diámetro de la pierna, alteraciones tróficas ni signos fluxivos locales.

Pequeñas adenopatías banales en región inguinal.

Examen cardiovascular, pleuropulmonar y abdominal, normal.

Miembros inferiores: miembros en genu varum. Trofismo normal.

Inspección de pie: franca disminución de masas musculares en pierna izquierda. Imposibilidad de asentar el talón, impresionando como un acortamiento del miembro. Pie en equino. No se observan deformaciones en cara posterior de pierna. No alteraciones de la piel a ese nivel.

A la palpación se comprueba que la espina iliaca superior izquierda está más elevada que su homónima derecha. Discreta lordosis lumbar.

En cara posterior de pierna izquierda, tercio medio, se palpa tumefacción de límites imprecisos, de forma ovoidea a eje mayor longitudinal, de unos 10 x 5 cms., dura, móvil, subaponeurótica, impresionando como perteneciente a la logia muscular.

Dolorosa en toda su masa, con puntos de dolor exquisito en la parte interna de la pierna y en la zona media. La tumoración se fija durante la contracción muscular. A la movilización del pie, se aprecia una marcada limitación para la dorsiflexión.

Miembro inferior derecho: normal.

Exámenes complementarios:

Rx simple: muestra independencia del plano óseo, y discretos signos de periostitis.

Arteriografía: en tercio medio de la pierna y sobre su parte posterior interna, en la región correspondiente al sóleo y al gemelo interno, se observa una evidente neovascularización con capilares neoformados, y un encharcamiento del medio de contraste en la masa, sin retorno venoso precoz (Dr. Nuchowich).

Punción citológica: el citograma está constituido por muy escasos elementos de tipo conjuntivo. No se observan otros elementos.

Rx de tórax: normal.

Con diagnóstico de tumor de partes blandas sin evidencia de su naturaleza, se decide la intervención quirúrgica.

Operación.— Incisión curvilínea en cara posterior de pantorrilla. Liberación del tríceps sural. Se observa tumoración muy vascularizada que comprende sóleo y gemelo interno, respetando en parte el gemelo externo.

Se decide realizar biopsia extemporánea, resecaando pequeño trozo.

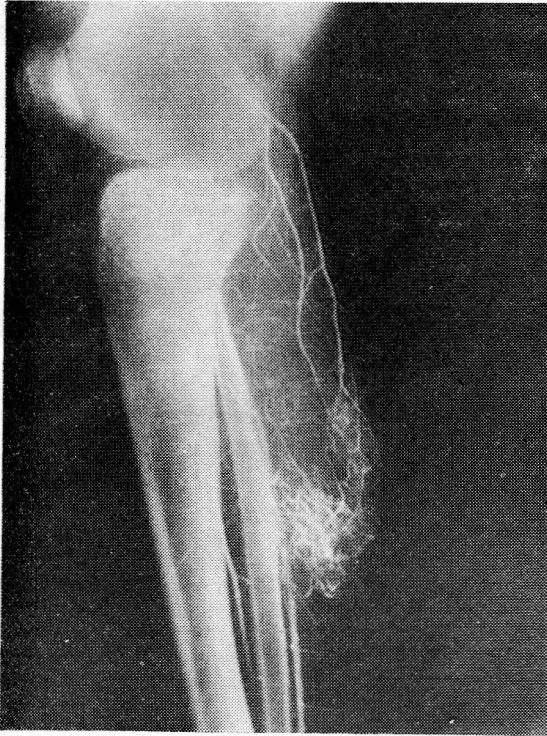


FIG. 1.—Arteriografía. Masa tumoral con evidente encharcamiento del medio de contraste (neovascularización).

El informe indica que se trata de un Sarcoma de Partes Blandas, pero no existe un diagnóstico absoluto en cuanto a la naturaleza de la lesión.

Se decide, debido a tal ambigüedad, y a la edad de la paciente, una terapéutica no radical, a la espera del estudio anatomopatológico exhaustivo.

Se realiza entonces miomectomía parcial, resecano músculos sóleo y gemelo interno, previa ligadura de su pedículo superior. El límite inferior de la resección se realiza a nivel del tendón de Aquiles.

No existía adherencia del tumor al tabique intermuscular.

Cierre con lino y drenaje por contrabertura.

La anatomía patológica definitiva mostró que se trataba de un hemangioma muscular sin caracteres de malignidad.

Evolución postoperatoria: excelente. Funcionalmente no presenta dolor a nivel de la pantorrilla. Movilidad y fuerzas normales al año y medio de operada.

DISCUSION

Los hemangiomas son tumores malignos de estirpe vascular, que según la mayoría de los autores se originan en restos embrionarios de tipo mesodérmico, que crecen proyectando brotes de tejido de tipo endotelial (13).

Según Aschoff (6), estos hemangiomas de estirpe muscular no pertenecen a los tipos puros de hemangiomas simples capilar y cavernoso: éstos, tanto el uno como el otro, se

originan en la parte capilar de los vasos sanguíneos, mientras que en el hemangioma de los músculos estriados, si bien la estructura capilar y cavernosa existen, pueden asociarse a ellos o existir en estado puro, las cavidades de origen arterial y venoso (6).

Se pueden localizar en cualquier tejido del organismo, siendo más frecuentes en la cara, cuello, extremidades, hígado y hueso (2).

Según Watson y McCarthy (13), sobre 1056 casos, en el 0,8 % se localizaron en el músculo estriado. De éstos, 44 % en la musculatura de los miembros inferiores; 18 % en el cuádriceps; 13 % en la pantorrilla; 4 % poplíteo, y 20 % en la musculatura de los miembros superiores.

Esto demuestra que los hemangiomas a nivel del músculo estriado, sin ser excepcionales, son bastante raros; fluctúa entre un 0,8 y un 18 %.

Representan a su vez, el 2 al 3 % de todos los tumores de partes blandas, y el 7 % de todas las neoplasias benignas (13).

En la estadística racional hemos encontrado un caso, presentado por el Prof. Larghero en 1952, de un hemangioma muscular localizada en la pared torácica (6).

Todas estas estadísticas coinciden en la mayor frecuencia de presentación en el sexo femenino, 65 % contra un 35 % en el sexo masculino (7, 13).

A causa de esto, se ha dicho que podría tener relación con el ciclo hormonal femenino; tanto es así, que se han visto algunos hemangiomas que varían de tamaño de acuerdo al ciclo menstrual.

Otros autores sostienen que el tumor deja de crecer cuando se completa el crecimiento del cuerpo.

La mayoría de los autores están de acuerdo en considerar esta lesión como originada en restos embrionarios que luego crecen y se desarrollan.

Casi todas las comunicaciones dan asimismo suma importancia al traumatismo como factor de crecimiento, o como punto de partida de la manifestación clínica del tumor (7).

El modo de presentación de los hemangiomas musculares es el dolor, síntoma cardinal que se presenta en un 60 % de los casos.

Puede ser: sordo, con sensación de distensión; relacionado sobre todo en su aparición al ejercicio, y en la marcha en las localizaciones de los miembros inferiores.

En las localizaciones musculares pueden presentarse dolores tipo neuralgias o parestesias, por compresión o elongación de los nervios periféricos (7).

Frecuentemente la aparición del dolor en las formas musculares está, como ya vimos, relacionado a un traumatismo reciente.

En la serie de Shallow (7, 12), 17 % de los casos relacionaron su aparición o se manifestaron por un traumatismo previo (3, 6, 11).

Es elemento a destacar, como el caso que nos ocupa, el dolor como primer síntoma, en los músculos que realizan ejercicio intenso (sóleo).

El dolor puede aumentar al descender la pierna, y disminuir al elevarla, elemento semiológico a considerar.

En segundo lugar TUMOR PALPABLE: se observa en un 91 % al 98 % de los casos una tumoración dolorosa que lleva a la impotencia funcional relativa, sobre todo en lo relacionado con el ejercicio (11).

La consistencia es variable, puede aumentar si se trombosa o si aumenta el componente fibro-conjuntivo.

En un 13 % son encapsulados; 5 % parcialmente encapsulados; 39 % son difusos: crecen por infiltración, y no como los benignos por expansión.

En los angiomas musculares de crecimiento invasor pueden apreciarse lesiones óseas de reacción secundaria, como en nuestro caso.

En las formas musculares similares a la que presentamos, se manifiesta como una masa palpable, de tensión elástica, dolorosa a la palpación, con aumento de tamaño y de consistencia a la contracción muscular, que disminuye al elevar el miembro y aumenta con el ortostatismo y la maniobra de Valsalva (2, 3).

Puede llevar al pie equino, en la localización en el sóleo, lo cual se presentó en nuestra paciente (3, 8).

La extremidad puede estar agrandada, y ser irregular el tamaño de la circunferencia. No suele haber edema.

Como tercer elemento, la IMPOTENCIA FUNCIONAL: ésta puede deberse a la retracción muscular o al dolor.

En un 3 % de los casos, dichas tumefacciones presentan latidos; en un 1,8 % presentan soplos; y en un 39 % de las localizaciones musculares no se observan alteraciones de la piel, pudiendo estar en algunos casos caliente o presentar telangiectasias (13).

Pueden dar las siguientes complicaciones:

1) Trombosis: pueden llevarlo a la regresión espontánea, en las formas cavernosas relativamente pequeñas.

2) Infección.

3) Hemorragia: sobre todo relacionado al tratamiento (inyecciones esclerosantes, radioterapia).

4) Crecimiento invasor: pueden en determinado momento invadir y destruir tejidos vecinos (cartilago, hueso), a pesar de lo cual conserva los caracteres histológicos de benignidad.

5) Malignización: es muy rara, no da metástasis.

6) Rotura muscular, sobre todo en localizaciones en sartorio o Tendón de Aquiles.

El diagnóstico diferencial, se plantea prácticamente con todos los tumores de partes blandas (lipomas, fibromas, hematomas, miositis osificante, sarcoma de partes blandas). Imposible a veces de diferenciar de éstos, aun contando con exámenes complementarios, como en nuestro caso elemento fundamental a destacar con miras al tratamiento.

El diagnóstico positivo se obtiene con los siguientes exámenes:

1) R.X. simple: permite descartar el origen óseo, da idea de extensión del proceso, y pre-

senta en un 4 % de los casos, flebolitos: es sólo cuando existe éstasis, elemento éste no patognomónico.

2) Punción: de escaso valor en este tipo de tumores; no siempre permite obtener datos, como sucedió en nuestro caso.

3) Arteriografía; muestra la naturaleza vascular, presencia de pedículos vasculares. Permite en algunos casos, de acuerdo a su riqueza vascular y a su manera de distribución una orientación hacia su naturaleza benigna o maligna.

4) Biopsia: elemento a discutir y a valorar qué tipo debe realizarse en esta clase de tumores.

Hay autores que sostienen que no debe realizarse biopsia por congelación por su valor discutido y relativo, como nosotros pudimos ver en nuestro caso (1).

La biopsia diferida es de manejo más común y da mayores seguridades y posibilidades de diagnóstico con índice de certeza en cuanto a su naturaleza.

Es posible, en casos especiales con tumor bien limitado, en localizaciones que permitan una amplia exéresis sin sacrificio de la función, realizar extirpación completa con estudio de la lesión, para un nuevo planteo en caso de ser necesario (replanteo terapéutico), como en el caso al cual nos referimos (1).

Hay uniformidad de opiniones en cuanto a que el tratamiento ideal de los angiomas musculares es quirúrgico.

Pueden plantearse las resecciones o aún amputaciones cuando invade tejidos vecinos.

La idea general es la resección pasando por territorios o por zonas sanas, con lo cual la curación es la regla (8).

Se han planteado también la radioterapia y las inyecciones esclerosantes, como tratamiento de segunda instancia.

CONCLUSIONES

Del análisis de este caso podemos sacar las siguientes conclusiones de valor diagnóstico y terapéutico:

—La concomitancia de muchos hechos de la historia y el examen, sobre todo el DOLOR permanente (60 % de los casos), relacionado con el ejercicio como en nuestra paciente, y que nos podía haber llevado al diagnóstico preoperatorio de HEMANGIOMA.

—Llama la atención su APARICION TARDIA (18 años), cuando en un 98 % de los casos la mayor incidencia es antes del primer año de vida.

—El TIEMPO DE EVOLUCION, relativamente largo y durante el cual permaneció asintomático.

—El tipo de DOLOR SORDO, que algunos autores dan como una característica de estos tumores.

—La POSICION VICIOSA del miembro, "en EQUINO", elemento que como vimos es característico de este tipo de tumor cuando se localiza en el sóleo.

—El POCO VALOR DE LOS EXAMENES COMPLEMENTARIOS, valorando fundamentalmente la punción citológica; el escaso aporte de la Rx simple; la dificultad de sacar conclusiones sobre la naturaleza benigna o maligna de acuerdo a la arteriografía; el falso positivo de la biopsia extemporánea, haciendo la salvedad de la escasez del material disponible, a pesar de haber sido realizada por anatomopatólogo muy competente.

—Resaltar la CONDUCTA EXPECTANTE en este caso, a pesar de que había biopsia extemporánea, y teniendo en cuenta la premisa de que ante la duda diagnóstica, se deben tratar estos tumores como sarcomas de partes blandas.

Destacar también lo difícil del DIAGNOSTICO DIFERENCIAL como tumores de partes blandas, en nuestro caso sobre todo con sarcomas por la vascularización e invasión muscular (llevando a posición viciosa); las dificultades ya enunciadas de la paraclínica y lo difícil de una decisión quirúrgica.

—Finalmente, destacar la excelente evolución postoperatoria que ha tenido la paciente, con restitución funcional completa al año y medio de operada.

RESUME

Hemangiome musculaire

L'auteur présente un cas d'hémangiome musculaire chez une patiente de 18 ans, comportant des problèmes diagnostiques. Il met en évidence la symptomatologie douloureuse ainsi que la position défectueuse du membre atteint.

Traitement chirurgical conservateur et excellente évolution post-opératoire.

SUMMARY

Muscular hemangioma

An 18-year-old girl presented muscular hemangioma which was hard to diagnose. Conservative surgery was performed and post-operative evolution was excellent.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AGUIAR A, DELGADO B, ALIANO F. Sarcoma de partes blandas. *Cir Urug*, 40: 398, 1970.
2. ALLEN E, BARQUER M, HAINES E. Tumores de los vasos sanguíneos y linfáticos. Enfermedades vasculares periféricas. Barcelona. Salvat. 1952.
3. DE ALBUQUERQUE SOARES H, PORTO MARQUES A. Hemangioma cavernoso en músculo estriado. *Hospital Rio*, 58: 727, 1960.
4. DEGOS P. Les traitements des angiomes. *J Chir*, 90: 487, 1965.
5. GATEÑO YAFFE N. Sarcoma de partes blandas. Clínica y tratamiento. Estudio clínico. Datos estadísticos. *Cir Urug*, 43: Supl. 2, 1973.
6. LARGHERO P, VIZZIANO S. Hemangioma de los músculos de la pared torácica. *Tórax*, 1: 343, 1952.
7. LA SORTE AF. Cavernous hemangioma of striated muscle. *Am J Surg*. 100: 593, 1960.
8. PIULACHS P. Angiomas de los huesos. Lecciones de patología quirúrgica. Barcelona, Janes, 1948. V. 2.
9. ROBEINS S. Vasos sanguíneos, tumores. Tratado de patología. México, Interamericana, 1967.
10. SAPISOCHIN E. Tumores vasculares de las partes blandas. *Rev Arg Cir*, 16: 353, 1969.
11. SAPISOCHIN E. Angiomas subcutáneo-musculares. *Prensa Méd Argent*, 50: 938, 1963.
12. SHALLOW TA, EGER SA, WAGNER FB (jr.). Primary hemangiomatous tumours of skeletal muscle. *Ann Surg*, 119: 700, 1944.
13. WATSON W, Mc CARTHY W. Blood and lymph vessel tumors. A report of 1056 cases. *Surg Gynecol Obstet*, 71: 596, 1940.