

CASOS CLINICOS

Invaginación intestinal por hemangio pericitoma cecal

Dres. Artigas Xavier, Isabel Lizaso,
Haydée Klempert y Carlos Altieri

Los autores presentan un caso de invaginación intestinal en un niño de 13 años, cuya causa fue un hemangiopericitoma, tumor muy poco frecuente.

Hacen breves consideraciones clínicas y una reseña anatomopatológica sobre dicho tumor, concluyendo que las invaginaciones del niño mayor y del adulto suelen ser sintomáticas, requiriendo siempre tratamiento quirúrgico. Si la causa es un tumor, por ser en general conjuntivos malignos, se actuará con criterio oncológico.

Palabras clave (Key words, Most clés) MEDLARS:
Intestinal obstruction / Intestinal neoplasm.

Es frecuente que la invaginación intestinal en el niño mayor o el adulto, sea ocasionada por una tumoración intestinal que actúa como cabeza de invaginación.

Al ciclo de Fevre "La invaginación intestinal es a menudo una complicación feliz; ya que revela, con relativa precocidad, el tumor intestinal".

Aquí presentamos un caso cuya causa de invaginación fue un hemangiopericitoma de ciego.

HISTORIA CLINICA

C.A.O. 13 años. Sexo masculino. Hospital Pereira Rossell. Procedente de Las Piedras (Canelones). Ingresó el 2/II/76.

Comienza una semana antes del ingreso con dolor tipo cólico, intenso, en epigastrio, irradiado a F.I.D. concomitantemente, vómitos profusos de alimentos, diarrea fétida y fiebre.

Internado en ese momento en el Servicio de Emergencia, en observación, fue dado de alta a los 2 días.

Reingresa en el día de la fecha, por cuadro similar, más intenso.

Es un paciente dolorido, lúcido, con gran repercusión general, muy adelgazado. Febril: 38º Rectal.

En el abdomen se observa tumefacción redondeada en epigastrio. Duele a la palpación. Abdomen tenso,

Presentado al XXVII Congreso Uruguayo de Cirugía. Paysandú, noviembre, 1976.

Cirujano de Guardia del Hosp. Pereyra Rossell y Méd. Colaborador de la Clínica Quirúrgica Infantil, Prof. Adj. Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina de Montevideo y Médico Colaborador M.S.P.

Domicilio: Punta de Rieles 3288 (Dra. I. Lizaso).

Servicio de Emergencia. Hospital Pereira Rossell.

doloroso en epigastrio y F.I.D. Se palpa tumefacción ovoidea, en epigastrio, a diámetro mayor transversal, de consistencia blanda, dolorosa.

Tacto Rectal: No viene sangre al guante.

El cirujano de guardia, Dr. Xavier, diagnostica invaginación intestinal con palpación del boudin en epigastrio.

Se le hace radiografía simple de abdomen y enema baritado que confirma el diagnóstico clínico comprobándose stop a nivel del tercio distal del transversal.

Luego de reposición se interviene.

Descripción operatoria (2/2/76)

Cirujano: Dr. Xavier. Anestesia: General.

Mediana supraumbilical.

Invaginación ileocecolica que se desinvagina fácilmente. Tumoración de ciego ulcerada y exteriorizada en la serosa, que constituía la cabeza de la invaginación. Conglomerado ganglionar en la raíz del mesenterio. En el resto del mesenterio hay abundantes ganglios de aspecto banal. No hay adenopatías látero-aórticas ni retropancreáticas. Hígado y bazo normales.

Hemicolectomía derecha. Procedimiento de Peyton-Barnes. Anastomosis término-terminal. Cierre en dos planos de la herida operatoria con lino. Puntos de retención de nylon.

El post-operatorio fue bueno en general, cursando con discretos trastornos.

Fue dado de alta en buenas condiciones a los 20 días de la intervención.

Informe anatomopatológico (Dra. Klempert)

Examen macroscópico: Pieza quirúrgica que comprende última asa ileal, ceco-colon, ascendente con apéndice vermiforme. El ceco-colon viene abierto por su eje longitudinal, observándose en el fondo del ciego, que está evertido, una lesión redondeada de 40 mm. de diámetro, ulcerada, de borde neto y policíclico de fondo grisáceo, brotante, parduzco. Al corte se observa constituido por un tejido húmedo, pardo-violáceo, que ocupa la mucosa y submucosa, macroscópicamente limitado de la capa muscular.

En el meso del confluente ileo-cecal se observan ganglios linfáticos de diverso tamaño, cuyo diámetro mayor oscila entre 5 y 10 mm. blanquecinos, blandos-elásticos.



Fig. 1.— Vista de la cabeza. Invaginación luego de abrir el ciego; abajo se ve el ileon terminal.

Examen microscópico: Secciones de pared del ciego en los que se observa ulceración de la capa mucosa ocupada por un exudado fibrino-leucopiocitario, con colonias bacterianas.

Por debajo se observa una neoformación de células redondas y ovales, surcada por múltiples luces vasculares de tamaño variable, tapizadas por una capa de células endoteliales, separadas por la membrana basal, teñida con coloración argéntica, de las células tumorales. Las células tumorales muestran aspecto uniforme con escasas figuras mitóticas. La neoformación penetra la capa muscular y en la submucosa crece en pequeñas masas. Los ganglios linfáticos examinados mostraron hiperplasia folicular reactiva, sin otros elementos a señalar.

En suma: Hemangiopericitoma de crecimiento difuso expansivo localmente, con células bien diferenciadas y escaso índice mitótico.

COMENTARIO

La invaginación intestinal tiene su mayor incidencia en los niños menores de 2 años, presentándose sólo en menos del 20 % en niños mayores y adultos.

Es bien sabido que la invaginación intestinal del lactante no reconoce causa orgánica evidente que la provoque, siendo consideradas idiopáticas, en la casi totalidad de los casos (92-98 % Benson).

No ocurre lo mismo con el niño mayor o el adulto en que el porcentaje de las sintomáticas se invierte, habiendo en la mayoría (90 % Maingot), una causa mecánica que la ocasiona.

En estos casos suelen observarse formas de invaginación sub-agudas o crónicas con episodios sintomáticos que ceden y se reiteran en una o varias oportunidades antes del episodio que decide la intervención quirúrgica.

Como causantes del cuadro, se enumeran una serie de procesos orgánicos tales como: El Divertículo de Meckel, lo más frecuente 74 %, dentro de las lesiones causales. Le siguen las neoformaciones benignas (pólipos) o malignas (diversos tumores), las duplicaciones, placas linfáticas y otros procesos mucho menos fre-

cuentes tales como hematoma intraparietal y otros, muñón apendicular con encapuchamiento, etc.

Veremos los tumores que se localizan en la región ileoceccólica y que son el punto de origen de las invaginaciones secundarias.

Los linfosarcomas, de mayor incidencia en el niño y de localización predominante en el ileon distal (Opitz) (8).

En ellos, la invaginación aguda o crónica es una de las formas comunes de presentación.

También es el sitio de elección para los carcinoides, ubicados especialmente en el apéndice, e ileon, viéndose los primeros a edades más tempranas.

Pueden manifestarse como cuadro oclusivo por invaginación.

Los carcinomas de ciego, si bien son comunes en el adulto y raros en el niño o joven, no suelen dar invaginación.

El Hemangiopericitoma fue descrito por primera vez por Stout y Murray en 1942. Demostraron su origen celular en los pericitos, exigiendo dos elementos para su diagnóstico: 1) Que esté constituido por la proliferación de células originadas en los pericitos de Zimmerman. 2) El endotelio vascular es normal e independiente del tumor.

Se observan en cualquier parte pero predominan en las partes blandas. Son tumores en general pequeños, color amarillo pardo.

Microscópicamente está formado por conglomerados de células ovales o redondas, situadas por fuera de la membrana basal vascular, lo que se demuestra con técnicas argénticas. Entre las masas celulares hay luces vasculares.

Habría transición entre las células tumorales (pericitos) y las células musculares lisas o las células glómicas, con las que guarda cierta semejanza.

Pueden ser benignos o malignos, aunque serían siempre potencialmente malignos (10). Son metastasiantes 6 % de ellos y la aparición de metástasis puede ocurrir muchos años después de la extirpación del tumor primitivo (4). Además se ha demostrado que en el niño es agresivo y debe ser tratado con extirpación quirúrgica radical (14).

Es un tumor raro, y dentro de las localizaciones viscerales se citan sólo casos aislados: corazón (15), tiroides (14), pulmón (10), estómago (14), recto (6), parótida (1), desconociéndose publicaciones sobre localización cecal.

CONCLUSIONES

El hecho de que las invaginaciones del niño mayor y del adulto son casi siempre sintomáticas, implican un tratamiento quirúrgico de entrada, no utilizándose por lo tanto, maniobras de desinvaginación mecánica como el enema.

Cuando la causa es tumoral, como en nuestro caso, éstos son en su mayoría conjuntivos malignos por lo que deben ser resecados con criterio oncológico.

RESUME

Invagination intestinale par hemangiopericitome

On présente un cas d'invagination intestinale dans un enfant de 13 ans, dont la cause a été un hémangiopericitome, tumeur très peu fréquent.

On fait des brèves considérations cliniques et une description anatomopatologique sur ce tumeur, soulignant les suivantes conclusions: les invaginations dans l'adolescent et l'adulte sont souvent symptomatiques ayant besoin de traitement chirurgical. Si la cause est un tumeur, généralement conjonctifs malignes, on devra procéder avec des critères oncologiques.

SUMMARY

Intestinal invagination due to cecal hemangiopericytoma

A 13 —year— old child had to be treated for intestinal invagination caused by a hemangiopericytoma which is a rare tumor.

After clinical considerations and a review of the pathological anatomy of this tumor, the authors conclude that invaginations in older children and adults are generally symptomatic and always require surgical treatment. If the cause is a tumor, the latter is generally malignant and consequently the criteria applied should be oncological.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ARMAND UGON A, SAEZ H, CAGNO C y GIBERT P. Hemangiopericitoma de Parótida. *Cir Uruguay*, 47: 1977.
2. BENSON C, MUSTARD W, RAVITCH M, SNYDER W, WELCH K. Cirugía Infantil. Barcelona, Salvat, 1967.
3. BRIZON J, BENATRE A et GRANGEPONTE MC. Sarcoma ostéogénique des parties molles. En fait, hémangiopericytome avec ostéogénese métablasique. *Press Med*, 77: 1908, 1969.
4. ENZINGER F and SMITH BH. Hemangiopericytoma: An Analysis of 106 cases. *Human Pathology*, 7: 61, 1976.
5. GROSS R. Cirugía Infantil. Barcelona, Salvat, 1956.
6. KAY S and WARTHEN HJ. Hemangiopericytoma of the rectum. *Cancer*, 6: 167, 1953.
7. MAC CORMACK LJ and GALLIVAN WF. Hemangiopericytoma. *Cancer*, 7: 597, 1954.
8. OPITZ H y SCHMID F. Tumores en la infancia. Enciclopedia Pediátrica. Madrid, Morata, 1974.
9. O'BRIEN P and BRASFIELD RD. Hemangiopericytoma. *Cancer*, 18: 249, 1965.
10. PADILLA JM, LAIN A, MARTINEZ R, RODRIGUEZ PADILLA F y MARTINEZ MUÑOZ J. Hemangiopericitoma de pulmón. *Rev Cl Esp*, 125: 81, 1972.
11. STOUT AP. Hemangiopericytoma. A study of twenty-five new cases. *Cancer*, 2: 1027, 1949.
12. STOUT AP, LATTES R. Tumors of the soft tissues. Atlas of Tumor Pathology, Second Series. Fasc. I. Washington. Armed Forces Institute of Pathology. 1967.
13. STOUT AP and MURRAY MR. Hemangiopericytoma. A vascular tumor featuring Zimmerman's pericytes. *Ann Surg*, 116: 26, 1942.
14. TANO ASSINI MT, OLIVA OTERO G y GOMEZ SC. Hemangiopericitoma visceral. *Prensa Med Argent*, 55: 997, 1968.
15. WAREMBOURG A, DUPONT M, PAUCHANT G, DUCLOUX H, DELBECQUE H et GOSSELIN B. Une tumeur primitive exceptionnelle du coeur. L'Hémangiopericytome malin. *Presse Med*, 77: 2137, 1969.