

Hemangiopericitoma maligno de pared toracica

Dres. José Perrier, Caren Somma,
Luis Bergalli y Bruno Rinaldi.

Los tumores primitivos de la pared torácica son excepcionales. Determinan problemas diagnósticos que en la mayoría de los casos terminan con la biopsia extemporánea o el estudio histológico por inclusión en parafina.

Los autores presentan un caso de hemangiopericitoma maligno de pared de tórax. Se solucionó con la resección en bloque del mismo más la pared torácica sobre el sector en que asentaba y cierre de la brecha con malla de marlex. No se le asoció otro tratamiento.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Hemangiopericytoma / Thorax.

SUMMARY: Thoracic wall malignant hemangiopericytoma.

Primitive tumors in the thoracic wall are exceptional. The arise diagnostic problems that in most cases must be met through extemporaneous biopsy or the histologic study by inclusion in paraffin.

Authors present a case of malignant hemangiopericytoma in the thoracic wall. The solution was complete resection of same plus the thoracic wall adjacent to the area where it was set and closing of the opening with Marlex mesh. No other treatment was administered.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 26 de setiembre de 1984.

Cirujano, Residente y Cirujanos del Dpto. de Cirugía.
Dirección: Canelones 1370, apto. 001. Montevideo (Dr. J.P. Perrier).

Dpto. de Cirugía del H.C.F.F.AA. (Director Dr. B. Rinaldi).

RÉSUMÉ: Hemangiopericitome maligne de la paroi thoracique.

Les tumeurs primitives de la paroi thoracique sont exceptionnelles. Elles entraînent des problèmes diagnostiques, qui la plupart des fois doivent se résoudre à travers la biopsie extemporaine ou l'étude hystologique par inclusion en paraffine.

Les auteurs présentent un cas de hémangiopéricitome maligne de la paroi du thorax. On a effectué la résection en bloc de la tumeur plus le secteur de la paroi thoracique sur lequel elle siègeait avec fermeture de la brèche avec une maille de Marlex. On n'a associé aucun autre traitement.

Se entiende por tumores de las paredes torácicas los que se originan en cualquier sector de ellas; ya sea en las partes blandas, esqueleto o diafragma, excluyendo los de asiento vertebral o mamario, las invasiones parietales y las metastásicas.⁽¹⁾

No son frecuentes. Ochsner en 1966 juntó 134 casos y encontró 84 (63%) primitivos y 50 metastásicos. De los primitivos el 43% eran malignos.⁽²⁾

Martínez Apezteguía en nuestro medio, presentó 14 observaciones del Instituto de Enfermedades del Tórax clasificándolos según la histología y la topografía: 9 (0,64) se originaban en el esqueleto; 4 (0,28) en las partes blandas y 1 (0,07) en el diafragma.⁽¹⁾

La siguiente es una nueva observación que resultó de un hallazgo radiológico y requirió de la toracotomía exploradora y la biopsia extemporánea para hacer diagnóstico.

CASUÍSTICA

62 años. Mujer (M.S.R. DE I.) HCFFAA N° Reg. 112.592.

Dos meses antes del ingreso, durante un cuadro bronquial exudativo, inespecífico, que retrocedió con tratamiento sintomático, se le realizó un estudio radiológico de tórax que fue patológico obligando a su estudio. (Fig. 1)

Como antecedentes a destacar había sido colecistectomizada 9 años antes y tenía episodios de bronquitis aguda esporádicos de rápida remisión.

El examen físico orientado por la imagen radiológica fue negativo. Solo se destacaba obesidad y la cicatriz transversa de hipocondrio derecho continente.

La radiografía de tórax y el estudio tomográfico mostraron una imagen densa, homogénea, polilobulada, de contornos regulares y netos paracardiaca derecha, prehiliar, superpuesta al pericardio (sumación de imágenes) en contacto con el mediastino y con la pared anterior del tórax; sin evidencias de adenopatías hiliares o carinales.

La fibrobroncoscopia encontró el bronquio del lóbulo medio disminuido de calibre y desviado, al parecer por compresión extrínseca.

Ni el cepillado bronquial ni la biopsia endoscópica transbronquica mostraron elementos sugestivos de cáncer.

La valoración general por exámenes complementarios, el electroencefalograma y el funcional respiratorio fueron normales.

No se consiguieron radiografías de tórax previas. La descripción operatoria de hace 9 años refería un hígado normal.

Planteándose la posibilidad de una hidatidosis, mientras se esperaban los resultados de la inmunología (que fueron negativos) se hizo una fibrolaparoscopia que fue normal.

Con diagnóstico de proceso sustitutivo de pulmón derecho sin orientación etiológica se hizo el 29/6/83 una toracotomía posterolateral derecha de carácter explorador.

Se encontró escaso líquido pleural, pulmón totalmente sano y lóbulo medio comprimido por una tumoración parietal a la que estaba unido por laxas adherencias, fácilmente liberables con la mano.

La tumoración apoyaba sobre la pared torácica, en la cara posterior del sector anterior de las costillas 4, 5 y 6 y sus cartílagos de unos 12 cm de diámetro, groseramente redondeada, superficie regular pero con dos vegetaciones que le daban aspecto macroscópico de malignidad. Una de ellas se extirpó para estudio histológico extemporáneo. De color gris blanquecino pálido, con zonas rosadas, firme, dura, de consistencia homogénea. Sobre pasaba la línea media y se situaba por delante del pericardio y ventrículo derecho y cara posterior del esternón, sin adherir a ellos. La pleura vecina a la zona de nacimiento no impresionaba como invadida.

La biopsia extemporánea fue informada como un Histiocitoma Fibroso Maligno grado I bien diferenciado con anaplasia y mitosis de grado mínimo.

Se realizó entonces una extirpación en bloque del tumor con la parrilla condrocostal desde el 4° al 6° arco incluíse y con la pleura parietal correspondiente. (Fig. 2).

La brecha parietal se cerró con una malla de marlex que quedó inmediatamente retromamaria.

Se dejó un drenaje de tórax y se cerró la toracotomía.

Del postoperatorio inmediato se señala la formación de un linfocele retromamario que se drenó por la herida operatoria, manteniendo la linforragia por 15 días, agotándose luego y cerrando en esa zona la piel por segunda.

Anat. Patol.: El estudio por inclusión en parafina de toda la pieza modificó el diagnóstico inicial, en cuanto al tipo y no a la naturaleza, siendo clasificado como un Hemangiopericitoma Maligno diferenciado con índice mitótico bajo.

Se decidió hacer control clínico-radiográfico evolutivo de la enferma que ha sido normal hasta el momento (9 meses).

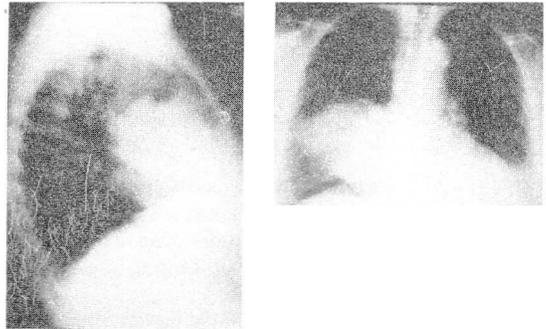


Fig. 1. Par radiológico de tórax que demuestra la presencia de una imagen densa, homogénea, polilobulada, paracardiaca, derecha, prehiliar, con contacto mediastinal y la pared anterior del tórax.

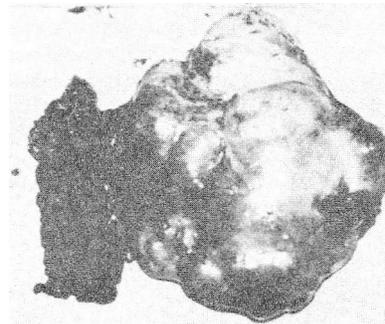


Fig. 2. Pieza de resección que incluyó a la tumoración y la pared costal sobre la cual asentaba, incluyendo a la 3ª, 4ª, 5ª y 6ª costillas.

COMENTARIO

No cabe duda que en esta situación como en muchas otras, frente a tumores de topografía o de origen infrecuente, el acto quirúrgico explorador es un procedimiento diagnóstico más y la biopsia extemporánea fundamental para poder aclarar la naturaleza y ajustar el tratamiento quirúrgico.

Los hemangiopericitomas malignos son tumores realmente excepcionales. Pueden originarse en cualquier lugar del organismo donde existan capilares, pero más frecuentemente se presentan como tumores blandos superficiales⁽³⁾.

Pueden confundirse con los hemangioendoteliomas pero la impregnación argéntica los diferencia, demostrando que los elementos celulares se encuentran por fuera de la basal del capilar.

La diferencia histológica entre la biopsia extemporánea y la hecha por inclusión en parafina, se entiende por las dificultades que ofrecen estos grandes tumores sarcomatosos en donde por zonas pueden ofrecer diferentes aspectos, valiendo para su clasificación final el predominante.

De todas maneras, esa diferencia no significó modificar la conducta terapéutica, ya que en es-

tos tumores fundamentalmente invasores locales se impone la resección en bloque de la tumoración con los tejidos circundantes. En este caso pleura parietal, músculos intercostales y parrilla condrocostal.

El escaso conocimiento sobre el comportamiento evolutivo de estos tumores⁽⁴⁾, su gran tamaño con ausencia de secundarismos en los exámenes preoperatorios, su habitual carácter invasor local y la poca agresividad histológica determinó que se optara por el control clínico-radiológico de la enferma, sin asociar otras terapéuticas coadyuvantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MARTINEZ APEZTEGUIA J.L. — Tumores de las paredes torácicas. *El Tórax*, 21: 71; 1972.
2. OCHSNER A., LUCAS G.L. y Mc FARLAND G.B. — Tumors of the thoracic skeleton. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 52: 311; 1966.
3. STOUT A.P. & LATTES R. — Tumors of the soft tissues. *Atlas of Tumor Pathology*, I. Washington, Armed Forces Institute of Pathology; 1967.
4. ROBBINS S.L. — *Tratado de Patología*, México. Interamericana; 1968.

Lógicamente el caso presentado igualmente fue bien resuelto, pero con el inconveniente de tener que improvisar la conducta definitiva durante el acto quirúrgico.

Dr. SANJINES: El Dr. Perrier presenta una observación de mucho interés. Es un caso poco frecuente y diferente al que se refirió el Dr. Bertullo, que operara conmigo.

En mi opinión ha sido muy bien resuelto y la malla empleada que ya lleva tiempo colocada fue una buena solución.

Deseo formular una pregunta al Comunicante y es si se planeó en ese paciente, ante la posibilidad de recidiva, el empleo de alguna terapéutica complementaria.

Dr. PERRIER: Yo agradezco los comentarios. Evidentemente se sabe poco de la evolución de los hemangiopericitomas; nosotros consultamos con los oncólogos y en razón: primero de la baja malignidad que tenía desde el punto de vista histológico porque las formas mitóticas eran bastante infrecuentes; en segundo lugar, que la enferma no tenía ningún otro tipo de manifestación clínica o paraclínica ya que había sido estudiada con una serie de exámenes que demostraban que no tenía diseminación a distancia, lo que también es poco frecuente; se decidió que lo mejor era no hacerle nada y controlarla clínicamente. En el tiempo que lleva de control no ha tenido problemas ni con la malla, ni han aparecido recidivas u otras manifestaciones.

COMENTARIOS:

Dr. VALLS: Con respecto a hemangiopericitomas en la pared de tórax no tengo experiencia; pero cuando estuve en el Congreso de Oncología en Buenos Aires en el año 1978, lo escuché a En-singer, el anatómo patólogo que hizo la clasificación mundial de los sarcomas de partes blandas y al referirse a los sarcomas de origen vascular hablaba del diferente potencial evolutivo que tenía el hemangioendotelioma que es á en contacto con la circulación y son muy malignos; en cambio, los hemangiopericitomas que están por fuera de la basal son bastante menos malignos y tienen una tendencia a recidivar localmente.

Dr. CHIFFLET: El paciente al que se refirió el Dr. H. Bertullo, estuvo en policlínica hace un mes para control y ha tenido una buena evolución, aparentemente no ha tenido ninguna otra sintomatología, pero se trataba de una hemangiopericitoma benigno.

Lo que quería decir especialmente es que nosotros estamos haciendo punciones percutáneas transparietales de los nódulos, tanto parietales como intrapulmonares. Ya llevamos unas 40 punciones, en las cuales con aguja fina tenemos un índice de positividad bastante elevado que llega a un 70% y con esos nos manejamos en el preoperatorio para llegar al acto quirúrgico con una conducta predeterminada y preparados para resecciones más amplias si es necesario.