

Tumor hamartomatoso de partes blandas

A propósito de un caso

Dres. Aida Cresseri, María L. Iraola,
José Trostchansky, Joaquín Carzoglio.

A propósito de la presentación de un caso clínico de un tumor hamartomatoso de partes blandas, se hacen algunas consideraciones clínicas y terapéuticas, destacándose su rareza.

*Clinica Quirúrgica "1" (Prof. Director Dr. B. Delgado).
Hospital Pasteur. Fac. de Medicina. Montevideo.*

*PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Hamartoma / Soft Tissue Neoplasms.*

SUMMARY: Soft tissue hamartoma. Clinical case.

In view of the presentation of a clinical case of a soft tissue hamartoma, some clinical and therapeutics considerations are done. Its rarity is pointed out.

RÉSUMÉ: Tumeur hamartomateux des tissus mous. A propos d'un cas.

A propos de la présentation d'un cas clinique d'une tumeur hamartomateuse des tissus mous, on fait certaines considérations cliniques et thérapeutiques à ce sujet, en soulignant sa rareté.

El motivo de la presente publicación se basa en la observación de los autores de un caso de Tumor Hamartomatoso de partes blandas. La bibliografía consultada tanto nacional como extranjera^(1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9) destaca la rareza de esta localización de estos tumores, ya que, si bien sabemos se pueden encontrar en cualquier lugar de la economía; sus topografías más frecuentes son viscerales: hígado, bazo, páncreas y pulmón. No hemos encontrado fichas nacionales referentes a esta localización.

CASO CLINICO

F.F., Hospital Pasteur, N° Reg. 40.062. Paciente de 64 años, sexo masculino, procedente de Montevideo (Zona Urbana), sin antecedentes patológicos a destacar, que relata historia de tumoración de hemitórax derecho, 1/3 medio. De 6 años de evolución; de 2 cm de diámetro al inicio, alcanzando al ingreso 20 cm, redondeada, firme, móvil, indolora; de crecimiento lento, progresivo. Aparece últimamente aumento de temperatura local. No otras tumoraciones. No repercusión general.

EXAMEN: Buen estado general. L.G.: No se palpan adenopatías. A nivel de 1/3 medio de cara posterior de hemitórax derecho, invadiendo axila tumoración de 20 x 20 cm, redondeada, de límites netos, indolora, consistencia firme, sin adherencia a piel ni planos profundos. Se aprecia sobre su superficie aumento de temperatura local y circulación venosa aumentada.

De los exámenes complementarios, destacamos:

Punción citológica, en 2 exploraciones sucesivas, se obtuvo tejido adiposo, células histiodes y algunos macrófagos. No se observan otros elementos celulares con significación diagnóstica.

OPERACION: Anestesia local. Incisión transversa sobre la tumoración. Se aprecia rica vascularización que rodea la mis-

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 4 de julio de 1984.

Asistente Clínica Quirúrgica, Prof. Adjunto de Anat. Patológica. Prof. Agregado Clínica Quirúrgica, Asistente de Anat. Patológica.

Dirección: Presidente Batlle 2560 (Dra. Aida Cresseri).

ma. La tumoración resulta fácilmente enucleable. Se efectúa resección completa de la misma con el ambiente celuloadiposo peritumoral. Al corte la pieza impresiona macroscópicamente carnosa, rojo grisácea, vascularizada.

La tumoración por el tiempo de evolución (6 años), forma de crecimiento (lenta), los caracteres destacados al examen (en particular: movilidad, no adherencia a piel ni planos profundos) y la facilidad de enucleación constatada impresionó clínicamente como tumoración benigna. Diagnóstico presuntivo, ya que el diagnóstico definitivo será histológico con el estudio anatómopatológico de la pieza.

ANAT. PA OL. Exámen macroscópico. Gruesa tumoración de 20 x 20 cm forma redondeada irregular, gris-rojiza. Consistencia firme, elástica; bien delimitada, marginada por tejido fi-bro-adiposo. Peso: 950 g. Superficie de corte: sólida, color rojo claro, aspecto carnoso. Se destacan áreas grisáceas, de disposición arremolinada, y numerosos vasos. Se toman varios fragmentos, que cor responden a un corte total de la masa tumoral.

Exámen microscópico. Todos los fragmentos examinados tienen caracteres similares. La tumoración corresponde a una

proliferación de estirpe mesodérmica, benigna, en la que alternan estructuras organoides vasculares, con tejidos fibroso y muscular liso. Los vasos, de diferente calibre, son de tipo iacu-nar, capilar y arteriolar; estos últimos, con pared gruesa, diferenciada en tunicas.

Las fibras musculares se visualizan, en algunos campos, rodeando los vasos en imágenes vorticiales; en otros, se dispersan en el intersticio. En focos predomina el tejido fibroso. Hay trombosis vascular, con organización del trombo.

En la periferia, islotes de tejido adiposo, presumiblemente incorporados del estroma adyacente.

Todos los elementos mencionados tienen caracteres bien diferenciados, maduros. No se observa pleomorfismo, actividad mitótica ni desarrollo infiltrativo. Hay delimitación por franjas de haces colágenos que marginan en forma incompleta la periferia del tumor (Fig. 5).

En suma: proliferación hamartomatosa, tumoral benigna, con caracteres de angiomiofibroma.

COMENTARIO

Este tipo de proliferaciones, muy poco frecuente, se desarrolla en la vecindad de estructuras músculo-aponeuróticas parietales (tórax-abdomen); a par ir de restos embrionarios no aprovechados ("Hamartos") o desplazados ("Coristos"). Vinculados por histogénesis con dermatomas o miótomas³⁾.

Es en este sentido que participan de la noción de hamartomas y coristomas: la mezcla de tejidos mesodérmicos los asimila a los "mesenquimomas". Estos términos son utilizados como sinónimos por Aschoff⁽²⁾ y Stout⁽⁷⁾.

En el caso examinado, su desarrollo excesivo y progresivo, le confiere rasgos de auténtico tumor; de allí la denominación aparentemente ambigua que se le adjudicó.

Se destaca lo poco frecuente de estos tumores en la bibliografía nacional y extranjera.

CONCLUSIONES

Se trata con o hemos dicho de una localización excepcional de este tipo de tumores. Dado que los distintos autores con, ultados están de acuerdo en afirmar que la inmensa mayoría de ellos asientan sobre vísceras. En ese sentido se hacen las consideraciones anatómopatológicas referentes a definición, terminología y características de estas tumoraciones.

Es por eso, y con el fin de contribuir a la caustística nacional, hemos presentado esta observación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ANDERSON W.A.D. — Pathology, 4th ed. St. Louis: Mosby, 1961.
2. ASCHOFF L. — Tratado Anatomía Patológica. Barcelona, Labor, 1950, p. 651.
3. HAMILTON W.J., BOYD Y D., MOSSMAN H.W. — Human Embriology, 2nd. ed. Cambridge, 1952, p. 355.
4. OLIVE D. et al. — Bilateral Hamartoma of the chest wall. Chir. Pediatr. 23: 287, 1982.
5. ROBBINS STANLEY L. — Patología estructural y funcional. Buenos Aires, Intermédica, 1975, p. 126.
6. STERN R. — Current concepts in the diagnosis of Human soft tissue Sarcomas. Hum. Pathol. 12: 781, 1981.
7. STOUT A.P. — Tumors of the soft tissues. Washington, Armed Forces Institute of Pathology, 1971, p. 61.
8. TAN K.L. et al. — Neonatal chest wall Hamartoma. Ann. Acad. Med. Singapore 10: 551, 1981.
9. TSAMBAOS D. et al. — Cutaneous Smooth muscle Hamartoma. J. Cutan. Pathol. 9: 33, 1982.