

Tumor de vena ilíaca derecha

Dres. Raúl Praderi¹, Jorge Vercelli², José Praderi³,
Gustavo Malfatto⁴, Hugo Vergara⁵, Walter Zimmer⁶

Resumen

Los autores relatan la breve historia clínica y el diagnóstico tomográfico de lo que resultó ser un leiomioma de vena ilíaca externa derecha. Se resecó manteniendo la permeabilidad del eje vascular.

Palabras clave: Tumores. Venas. Vena ilíaca.

Summary

The authors reports the brief clinical history and tomographic diagnosis of what finally turned out to be a leiomyoma of the external right iliac vein. It was resected and the permeability of the vascular axis was maintained.

No hemos encontrado en la bibliografía uruguaya ningún caso clínico de tumores de vena, solamente uno de nosotros (J.V.) publicó un hallazgo de autopsia.

Historia clínica

Paciente de 42 años, sexo masculino de profesión médico. Como único antecedente a destacar, en el año 1983 tuvo un episodio catalogado como cólico nefrítico a derecha que no se estudió. Repite el cuadro en 1987 (sin síndrome urinario bajo, ni hematuria, ni cristaluria).

Visto por uno de nosotros se solicita urografía de excreción ⁽¹⁾ que mostró desplazamiento de uréter derecho hacia adentro, sin dilatación, ni compresión del mismo; concomitantemente se solicita ecografía,

que nos refiere: Proceso sólido de (6 x 4 cm) pelviano, ubicado entre uréter y vasos ilíacos a derecha.

Se realiza TAC el 25.6.1987. El Dr. De Tenyi informó: ^(2,3): "Tumoración intrapelviana lateral derecha circunscrita, que se confunde con el borde inferior del músculo psoas ilíaco y que desplaza al uréter derecho hacia adentro y atrás. La tumoración tiene la misma densidad que el músculo.

En suma: se trata de un tumor pelviano retroperitoneal lateral derecha, que puede corresponder a una adenomegalia o a un tumor primitivo de la zona en relación con el músculo ilíaco. Frente a este hallazgo se decide la laparotomía.

Operación. 6.7.87. Anestesia general (Dr. Vezoli).

Cirujanos: R. Praderi, J. Praderi, y E. Terra.

Incisión mediana infraumbilical. Nos encontramos con una tumoración retroperitoneal derecha pelviana de (6 x 4 cm) que desplaza el uréter hacia adentro, formando cuerpo con la vena ilíaca externa derecha ⁽⁴⁾

Se coloca un clamp de Satinsky paralelo al eje vascular. Se reseca un fragmento trapezoidal de vena incluyendo el tumor. Sutura continua de la ilíaca manteniendo una luz de 12 mm de diámetro.

Se resecan también dos ganglios contiguos de aspecto benigno.

Finalmente se practicó apendicectomía.

Alta al 3er día. Buena evolución hasta el día de hoy.

Histopatología

Se estudia: apéndice cecal, ganglios linfáticos y una masa de 57x43x38 mm de diámetros, bien delimitada, lobulada. Tiene un sector filiforme con una ligadura, que corresponde a un pedículo vascular. A la sección la lesión tiene un típico aspecto arremolinado.

Microscópicamente el apéndice cecal y los ganglios linfáticos no muestran alteraciones a destacar.

La lesión corresponde a un tumor de células musculares lisas con atipias focales nucleares francas y 1

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "3" del Prof. R. Praderi.

¹ Profesor de Clínica Quirúrgica; ² Prof. Agregado de Anatomía Patológica. ³ Asistente de Clínica Quirúrgica. ⁴ Asistente de Clínica Urológica. Facultad de Medicina de Montevideo. ⁵ Médico anestesista. ⁶ Cirujano del M.S.P. (Colonia).

Presentado a la Sociedad de Cirugía el 9 de mayo de 1990.

Correspondencia: Dr. Raúl Praderi.

Luis Ponce 1337 ap. 502. Montevideo. CP 11700. Uruguay.

a 4 mitosis en campos de gran aumento. Se examinaron 26 secciones de 10 fragmentos de la lesión.

Discusión

Los tumores de células musculares lisas que afectan los vasos son sumamente raros, existiendo aproximadamente 250 casos en la literatura. La vena cava inferior ha sido el vaso individualmente más afectado, comportándose en general estas lesiones como leiomiomas (1). Los tumores afectando arterias son los más raros. Existe por lo menos una comunicación de un leiomioma de la vena ilíaca externa (2).

El diagnóstico en cuanto al origen muscular de estas lesiones, usualmente no ofrece dudas histológicas. Pero puede ser muy difícil determinar el futuro comportamiento biológico de las mismas. Las normas bien conocidas para el diagnóstico entre leiomiomas y leiomiomas uterinos (3) no son aplicables en las lesiones homólogas de partes blandas. De los parámetros comúnmente utilizados para la diferenciación entre formas malignas y benignas, el más importante y fiel es el conteo de mitosis por cada 10

campos de gran aumento (4). Tumores con más de 5 mitosis en estas condiciones, deben ser considerados malignos. Los tumores con 1 a 4 mitosis por cada 10 campos de gran aumento, deben ser considerados potencialmente malignos, especialmente si muestran atipias celulares y necrosis. Sin embargo y a pesar de estas precisiones, existen casos de tumores de células musculares lisas de aspecto histológico inocente, que han dado metástasis luego de 20 y 30 años de seguimiento. Por lo tanto estos enfermos deben controlarse durante toda su vida.

Bibliografía

1. **Vercelli Retta J, Lassus M, Ponce R, Jaurena J.** Leiomyosarcoma of the inferior vena cava, Budd–Chiari syndrome and multiple endocrine morphological alterations. *VASA J Vasc Dis* 1979, 8: 60.
2. **Karmodoy AM, Zaman SN, Sarfeh JI.** Leiomyoma of the external iliac vein. *NY State J Med* 1977; 77: 2279.
3. **Norris HJ, Zaloudek CJ.** Mesenchymal tumors of the uterus. En: A. Blaustein. *Pathology of the Female Genital Tract*, 2nd ed. Heidelberg: Springer, 1982: 352.
4. **Enzinger F, Weiss S.** Leiomyosarcoma. En "Soft Tissue Tumors", Chicago: Mosby, 1983: 298.