

NOTAS CLÍNICAS

Hemangiopericitoma pélvico. Una localización infrecuente de tumor vascular

Irene Álvarez Abad¹, José María García González¹, Leire Agirre Etxabe¹, Ana María Quintana Rivera² y Alberto Colina Alonso¹

¹Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo y ²Servicio de Cirugía Vascular y Angiología. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Vizcaya

RESUMEN

Introducción: el hemangiopericitoma es una neoplasia infrecuente de estirpe vascular. Presentamos un caso clínico de interés dada su escasa frecuencia, tamaño y localización.

Caso clínico: se trata de una mujer de 63 años que consultó por dolor abdominal. Se realizaron TAC, RMN abdominal y arteriografía que mostraban una gran masa pélvica que ocupaba el espacio de Douglas y desplazaba útero, vejiga y sigma y presentaba vascularización dependiente de la arteria mesentérica inferior y ambas arterias hipogástricas. Se embolizó selectivamente la vascularización propia de la neoplasia y seguidamente se resecó la masa, sin presentarse complicaciones ni intra ni postoperatorias. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de hemangiopericitoma. La paciente sigue controles en consultas externas sin signos de recidiva hasta la fecha.

Discusión: el hemangiopericitoma procede de las células del pericitoma por lo que puede presentarse en cualquier localización. La localización pélvica es excepcional. Puede presentarse como dolor abdominal inespecífico, dar síntomas de compresión de órganos vecinos y, ocasionalmente, asociarse a síndromes paraneoplásicos. El diagnóstico de sospecha es mediante TAC y angiografía aunque la confirmación es histológica tras analizar la pieza de resección. El tratamiento de elección es quirúrgico, precediéndose en algunos casos de embolización preoperatoria de la vascularización de la masa. No hay acuerdo sobre la quimio/radioterapia como tratamiento primario del hemangiopericitoma, aunque se ha descrito la radioterapia adyuvante para mejorar del control local y disminuir las recurrencias. El pronóstico es bueno si se consigue una resección completa, con supervivencias a 5 y 10 años entre el 70 y el 80% según las series.

Palabras clave: Hemangiopericitoma. Vascular. Pélvico.

INTRODUCCIÓN

El hemangiopericitoma es un tumor de estirpe vascular infrecuente y potencialmente maligno, que engloba un 1% de los tumores de vasculares (1). Se origina en las células mesenquimales del pericitoma, relacionadas con las células endoteliales (1,2). Presentamos un caso clínico de interés dada su escasa frecuencia, tamaño y localización.

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 63 años que consultó por dolor abdominal. El TAC y la RMN mostraron una masa sólido-quística de 12 x 9 x 9,4 cm con calcificaciones puntiformes en su interior y una rica vascularización que ocupaba la práctica totalidad del espacio de Douglas y desplazaba el útero (U), la vejiga (V) y el lateral derecho del sigma, pero sin infiltrarlos. El estudio se completó con una arteriografía que objetivaba aportes vasculares arteriales dependientes de arteria mesentérica inferior (AMI) y ambas arterias hipogástricas (AH) (Fig. 1).

Previo a la intervención quirúrgica se llevó a cabo una embolización selectiva de la vascularización propia de la neoplasia para reducir el riesgo de sangrado intraoperatorio, y seguidamente, se extirpó la masa pélvica vía laparotómica de forma satisfactoria, sin presentar complicaciones ni intra ni postoperatorias. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de hemangiopericitoma pélvico con bordes de resección libres.

La paciente sigue controles en consultas externas y no presenta signos clínicos ni radiológicos de recidiva hasta la fecha.

DISCUSIÓN

El hemangiopericitoma es un tumor infrecuente del pericitoma que rodea capilares y vénulas, por lo que puede presentarse en cualquier localización (1,3). La ubicación más frecuente son las extremidades inferiores, seguidas de retroperitoneo. La localización pélvica es excepcional.

Clínicamente, suele presentarse como masa poco dolorosa, puede dar síntomas de compresión de órganos vecinos y asociarse a síndromes paraneoplásicos (1,2,4,5). El diagnóstico se confirma mediante TAC y angiografía. La biopsia percutánea no está recomendada por el alto riesgo

Recibido: 19-12-2015
Aceptado: 13-01-2016

Correspondencia: Irene Álvarez Abad. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Cruces. Plaza Cruces, s/n. 48903 Barakaldo, Vizcaya
e-mail: irene.alvarezabad@osakidetza.net

Álvarez Abad I, García González JM, Agirre Etxabe L, Quintana Rivera AM, Colina Alonso A. Hemangiopericitoma pélvico. Una localización infrecuente de tumor vascular. Rev Esp Enferm Dig 2017;109(1):69-70.

DOI: 10.17235/reed.2016.4165/2015

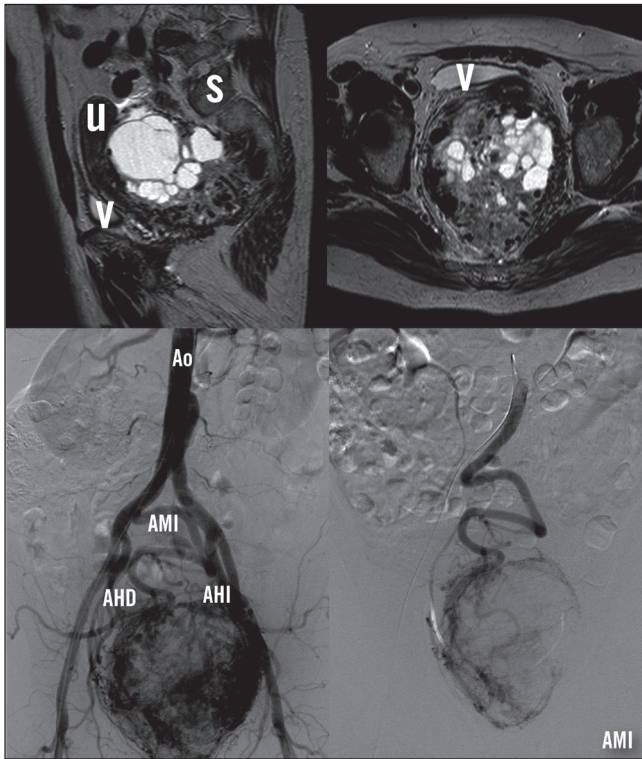


Fig. 1. La RMN pélvica objetivó una tumoración pélvica de gran tamaño que desplaza útero (U), vejiga (V) y recto-sigma anteriormente. La arteriografía mostró aporte vascular de ambas arterias hipogástricas (AHD, AHI) y de arteria mesentérica inferior (AMI).

de sangrado. El diagnóstico de certeza es anatómo-patológico tras analizar la pieza de resección (6).

La distinción entre hemangiopericitoma benigno o maligno se basa en criterios clínicos y patológicos (7). Se considera de comportamiento maligno si invade estructuras vecinas, presenta metástasis o recurre durante el seguimiento (7). Aunque no existe un patrón histológico de malignidad, se ha demostrado que el tamaño, alto índice de mitosis, alta celularidad y la presencia de necrosis o hemorragia pueden favorecer la aparición de recurrencias y/o metástasis (2,7).

El tratamiento de elección es extirpación completa, precedida a veces de embolización de la vascularización de la masa para disminuir el riesgo de hemorragia (1,7,8). No hay acuerdo sobre la efectividad de la quimio/radioterapia como tratamiento primario. Se ha descrito la utilización de radioterapia adyuvante para mejorar el control local y disminuir las recurrencias, si bien se considera un tumor relativamente radiorresistente (1,2,9,10).

El pronóstico está condicionado por conseguir una resección completa, con supervivencias a 5 y 10 años entre el 70 y el 80% según las series (6). El índice de recurrencias oscila entre un 20 y un 50% tras la resección y es recomendable un seguimiento a largo plazo dado que la recurrencia puede ser tardía (2).

BIBLIOGRAFÍA

- Villalba V, García R, Gubert J, et al. Hemangiopericitoma de localización intestinal. *Cir Esp* 2005;77:48-50. DOI: 10.1016/S0009-739X(05)70804-6
- Prats López J, Bellmunt Molins J, Calvo Mateo MA, et al. Hemangiopericitoma pelviano. *Arch Esp Urol* 1988;41;6:(475-478).
- Stout AP, Murray MR. Hemangiopericytoma: A vascular tumor featuring Zimmerman's pericytes. *Ann Surg* 1942;116:26-33. DOI: 10.1097/0000658-194207000-00004
- Sheldon C, Binder MD, Hubert J, et al. Intraabdominal hemangiopericytoma: Report of four cases and review of literature. *Arch Surg* 1973;107:536-43. DOI: 10.1001/archsurg.1973.01350220020006
- McMaster MJ, Soule EH, Ivins JC. Hemangiopericytoma: A clinicopathologic study and long-term follow up of 60 patients. *Cancer* 1975;36:2232-44. DOI: 10.1002/cncr.2820360942
- Lema Grille J, Cimadevilla García A, Rodríguez Núñez H, et al. Hemangiopericitoma retroperitoneal gigante. *Actas Urológicas Españolas* 2001;25:672-675. DOI: 10.1016/S0210-4806(01)72696-4
- Lado Lado FL, Carballo Fernández C, Cutin Prieto C, et al. Hemangiopericitoma de localización pelviana con extirpación amplia y recidiva retroperitoneal que causa la muerte al cabo de cinco años. *Neoplasia* 1987;4:86.
- García Molina FJ, Franco Osorio JD, Medina Díez J. Hemangiopericitoma pélvico. Extirpación combinada abdominoperineal. *Rev Esp Enferm Dig* 2002;94:558-60.
- Mira J, Chu F, Fortner J. The role of radiotherapy in the management of malignant hemangiopericytoma: Report of eleven new cases and review of the literature. *Cancer* 1977;39:1254-9. DOI: 10.1002/1097-0142(197703)39:3<1254::AID-CNCR2820390335>3.0.CO;2-J
- Wong P, Yagoda A. Chemotherapy of malignant hemangiopericytoma. *Cancer* 1978;41:1256-60. DOI: 10.1002/1097-0142(197804)41:4<1256::AID-CNCR2820410406>3.0.CO;2-V