

LEIOMIOSARCOMA DE LA VENA CAVA INFERIOR

Dr. Socolovsky, R. - Dr. Borgnia, H. - Dr. Traverso, V.*

Resumen

El leiomioma de la vena cava inferior es una neoplasia de escasa frecuencia cuyos problemas diagnósticos y terapéuticos subsisten a pesar del uso de tecnología de avanzada. En general se presenta como un tumor vascular, cuyo origen se determina en el acto operatorio. Nosotros discutimos y presentamos un caso de esta afección y remarcamos la resistencia a los tratamientos con radioterapia y citostáticos.

Introducción

Desde el primer diagnóstico de esta patología hecho por Virchow y descrito por Pean en 1871 se han mencionado en la literatura mundial aproximadamente 120 casos de tumores vasculares, de los cuales 75 % se han originado en alguna parte del recorrido de la vena cava inferior. En las publicaciones de la Sociedad Argentina de Urología no hemos encontrado reportes de esta entidad y su presencia, simulando una masa suprarrenal (al igual que en nuestro caso), fue destacada por Stevens J. Koog y col. (J. of Urology, oct. 1983).

Material y métodos

Historia Clínica - V. B., 31 años

13/12/82 - Cólico vesicular

Desde hace cinco años, dolores cólicos interpretados como originados en dispepsias vesiculares y con estudios radiológicos digestivos normales. El examen físico de la fecha presenta dolor a la palpación del hipocondrio derecho, palpándose una tumoración profunda en el epigastrio que excursiona con la respiración levemente dolorosa y de 10 cm de diámetro, aproximadamente.

Estudios y resultados: colecistografía normal.

SGD y marco duodenal: normal.

Urograma: pequeño aplanamiento del cáliz superior del riñón derecho.

Ecografía: hígado y vesícula, normales; masa en contacto con páncreas de 10 cm de diámetro que rechaza hacia arriba la vesícula y hacia afuera el riñón derecho.

Análisis de laboratorio: datos positivos: eritro, 80; hemoglobina, 10,5; recuento de blancos, 9.000; hepatograma y proteinograma, normales; orina completa, normal.

Tomografía axial computada: tumoración que engloba páncreas, hígado, polo superior del riñón derecho, aorta, vena cava; presume tumor de origen pancreático. A pesar de este informe y dada la normalidad del marco duodenal para descartar patología retropancreática y retroperitoneal, se pide angiografía abdominal.

18/12/82

Arteriografía selectiva de troncos celíacos, renal derecha y aortografía lumbar, informe Dra. Gloria E. Díaz.

La arteria hepática derecha se encuentra desplazada cefálicamente. La gastroduodenal se halla desplazada hacia la izquierda. En el cuadrante de proyección de la formación patológica aparecen finos vasos de trayecto irregular compatibles con malignidad y corresponde a vinculación retroperitoneal de vasos espláncnicos.

La arteria suprarrenal inferior derecha presenta alteración de su trayecto distal. Conclusión: la masa corresponde a la suprarrenal derecha; no se descarta malignidad.

22/12/82

Diagnósticos probables mencionados en el ateneo general del Servicio: 1º) tumor mesenquimatoso (liposarcoma, fibrosarcoma); 2º) linfoma; 3º) carcinoma suprarrenal; 4º) tumores de origen simpático.

23/12/82

Operación: cirujano Dr. R. Socolovsky. Incisión mediana suprainfraumbilical, que luego se amplió a toracolaparotomía entre 9ª y 10ª costilla. Decolamiento del colon y duodenopáncreas hasta el borde izquierdo de la aorta. El tumor se encuentra íntimamente unido al páncreas, vena renal izquierda, zona intercavaoárctica, e infiltra la pared anterior de la vena cava por encima de la vena renal izquierda en un trayecto de 4 cm.

Se libera el tumor ligando numerosos vasos pequeños que provienen de los órganos vecinos hasta que queda suspendido de la zona infiltrada de la vena cava.

Se colocan clamps de Satinsky y se reseca dicha zona, cerrando dicha brecha con un surget continuo de amprolene 4/0. Se controla hemostasia y se cierra tórax con drenaje bajo agua.

Posoperatorio: evolución sin complicaciones, alta a los 11 días de su operación.

Anatomía patológica, informe Dr. Esner: leiomioma originado en vena cava.

18/3/83

Tomografía axial computada: se constata recidiva tumoral y realiza 3.600 Rx con acelerador lineal y 3 series de quimioterapia con dacarbazina y adroblastina.

20/5/83

Dolores en hipocondrio derecho tipo cólico, semejantes a su cuadro inicial. Estudios radiológicos de rutina, colecistografía y ecografía normales. Tomografía axial computada: demuestra tumor de mayor tamaño que en marzo de 1983. Se suspende tratamiento por intolerancia de la paciente y por la objetivación de que el tumor ha seguido creciendo a pesar de la radiación y de la quimioterapia.

11/83

Tomografía axial computada: igual al 5/83. Asintomática. Inicia tratamiento inmunoterápico con BCG subcutánea.

3/84

Asintomática. Tomografía axial computada, igual.

7/84

Asintomática. Tomografía axial computada indica tumor de 1 cm más pequeño que en los estudios anteriores.

Discusión

Como hemos podido observar a pesar de haber usado la mayoría de los recursos tecnológicos modernos, sólo pudimos aproximarnos a la localización y extensión del tumor. De haber pensado en esta patología, entendemos que la cavografía hubiera adquirido singular importancia diagnóstica, no debiendo evitarse este estudio contrastado cuando un tumor se encuentra localizado sobre el trayecto de la vena cava.

Llama la atención el crecimiento tumoral durante el tratamiento con radiación y citostáticos, aunque se conoce su escasa sensibilidad a estas terapéuticas no por ello deja de ser decepcionante la

* Médico residente.

mala respuesta obtenida. La detección del crecimiento tumoral a partir de mayo de 1983 hasta la actualidad entendemos que está relacionada con una reacción inmunitaria defensiva del huésped más que con los tratamientos realizados. En un interesante relato científico que aconsejamos leer, los doctores Varela Durand y col. (Ev. cáncer, nov. 1979) hacen mención que el leiomioma puede originarse en diversos vasos sanguíneos del organismo, por lo cual proponen llamarlo genéricamente leiomioma vascular.

Bibliografía

1. Durán, Varela, y col.: "Leiomioma vascular". Cancer, vol. 44, pág. 1684, nov. 1979.
2. Mc Neer, Gordon P., y col.: "Effectiveness of radiations therapy in the management of sarcoma in the soft somatic tissues". Cancer, vol. 2, pág. 391, agosto 1968.
3. Suit, Hermand D., y col.: "Sarcoma of the soft tissue: Clinical and histopathologic parameters and response to treatment". Cancer, vol. 35, pág. 759, mayo 1965.
4. Suit, Hermand D.: "Radiation of therapy of soft tissue sarcomas". Cancer, vol. 36, pág. 759, agosto 1975.
5. Blun, Ronald H., y col.: "Successful treatment of metastatic sarcomas with cyclophosphamide, Adriamycin y D.T.I.C. (C.A.D.)". Cancer, vol. 46, pág. 1722, octubre 1980.
6. Antman, Karen H., y col.: "Survival of patients with localized high-grade soft tissue sarcoma with multimodality therapy". Cancer, vol. 51, pág. 396, febrero 1983.
7. Skoog, Steven J., y col.: "Leiomyoma of inferior vena cava. Presenting as suprarenal mass". J. of Urology, vol. 130, pág. 760, octubre 1983.

Estos autores hacen hincapié en la determinación del índice mitótico como factor que permite efectuar un pronóstico evolutivo de esta afección.

Conclusión

Se presenta un tumor vascular localizado en la vena cava inferior, zona suprarenal derecha. Comentamos la escasa frecuencia y sus dificultades diagnósticas y terapéuticas.