

MIOPERICITOMA. A PROPÓSITO DE UN CASO EN LA REGIÓN PLANTAR DEL PIE

J.M. Pe Duarte¹, O. Pe Lobán².

1. Podólogo.

2. Podólogo. Postgrado en patomecánica del pie y sus tratamientos ortopodológicos.

Universidad de Barcelona. Master oficial en deterioro de la integridad cutánea, úlceras y heridas. Universidad C.V.

CORRESPONDENCIA

E-mail: jpeduarte@yahoo.es

RESUMEN

En el presente trabajo describimos un caso poco frecuente, tanto por el tipo de tumoración como por su localización en la región plantar. Se trata de un Miopericitoma o mioma perivascular.

Descrito recientemente, el miopericitoma es una neoplasia perivascular mioide con entidad propia.

Exponemos el caso clínico y la descripción del procedimiento quirúrgico para su escisión, posterior anatomía patológica y tratamiento.

Seguidamente hacemos una revisión bibliográfica que nos llevan a comprender el tipo de neoplasia y su reciente delineación como entidad propia dentro de los tumores de origen vascular.

Generalmente es benigno, salvo raras excepciones, localizándose en región subcutánea principalmente en partes blandas de las extremidades inferiores.

PALABRAS CLAVE

Hemangiopericitoma. Miopericitoma. Inmuno-histoquímica. Mioma perivascular.

ABSTRACT

In the present work we describe a slightly frequent case, so much for the type of tumoration as for his location in the region to plant. It is a question of a Miopericitoma or myoma perivascular.

Described recently the miopericitoma is a neoplasia perivascular mioide with own entity.

We expose the clinical case and the description of the surgical procedure for his split and later pathological anatomy and treatment. Immediately afterwards we do a bibliographical review that they lead us to understanding the type of neoplasia and his recent delineation as own entity inside the tumors of vascular origin. Generally it is benign, except rare exceptions, being located in subcutaneous region principally in soft parts of the low extremities.

KEY WORDS

Hemangiopericytoma. Myopericytoma. Immunohistochemistry. Perivascular myoma.

INTRODUCCIÓN

Una gran mayoría de tumores que se presentan en el pie y tobillo son de tipo reactivo o inflamatorio. Entre los tumores de partes blandas, en su mayoría benignos, podemos destacar los gangliones como los más frecuentes, localizándose generalmente en dorso del pie y en los dedos, seguido del neuroma, lipoma y fibromatosis plantar.

Dentro de los tumores óseos los más frecuentes son las exóstosis.

Delgado Cedillo EA y al. en una revisión de 166

casos encontraron 42 tipos de tumores distintos. La Organización Mundial de la Salud reconoce 82 lesiones benignas diferentes de partes blandas y 10 de tipo maligno¹.

Según Duncan JM Macdonald y al., de 101 pacientes con tumoraciones en los pies revisados por ellos, solo 58 fueron diagnosticados correctamente antes de la cirugía, lo que da una baja precisión en el diagnóstico de los tumores del pie. Dado el solapamiento de muchas de las características clínicas y radiográficas de los tumores de los pies se pueden llegar a una confusión entre lesiones benignas y neoplásicas. Por tanto ante la más mínima duda en el diagnósti-

co clínico se debe realizar la escisión quirúrgica y un diagnóstico histológico².

El miopericitoma es un tumor poco frecuente, que se localiza en dermis y partes blandas superficiales de las extremidades inferiores, aunque puede darse en otras localizaciones como extremidades superiores cara y cuello. Clínicamente se presenta como una masa consistente y firme, que puede ser dolorosa o no. Generalmente son solitarios, de evolución lenta y rara vez se malignizan. Cuando su ubicación es en la región plantar puede llegar a confundirse con fascitis, gangliones, neuroma de Morton, enfermedad de Ledderhose, etc.

CASO CLINICO

El caso que nos ocupa corresponde a una mujer de 68 años que acude a la consulta con dolor en región plantar del pie derecho a nivel de segunda y tercera cabezas metatarsales. La paciente refiere que dicho dolor lo viene sufriendo durante más de diez años y que poco a poco ha ido aumentando en intensidad impidiéndole caminar.

Pie normal, sin hiperqueratosis ni deformidades a destacar.

En las pruebas complementarias practicadas, radiografía y análisis de sangre, se descartan la presencia de enfermedades sistémicas que pudieran relacionarse con el cuadro clínico que presenta.

No existen antecedentes de traumatismos ni heridas en la zona, utilizando siempre calzado fisiológico con un tacón máximo de 2 cm.

Ha sido tratada, de forma discontinua, durante más de seis años con plantillas de descarga al haber sido diagnosticada como una metatarsalgia.

A la exploración física presenta una ligera elevación de la piel (Fig. 1 y 2) que al tacto pone de manifiesto una masa nodular, firme, bien circunscrita y dolorosa a la presión, ubicada entre la fascia plantar y el tejido celular subcutáneo siendo ligeramente móvil sobre el plano profundo.



Fig. 1: Aspecto del antepie en dorsiflexión forzada.



Fig. 2: Señalización preoperatoria de la tumoración.

El diagnóstico clínico hacía sospechar de un quiste de tendón o ganglión. Dada la persistencia de la sintomatología dolorosa se procede a la exéresis quirúrgica de la tumoración.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Previa anestesia de la zona con mepivacaina HCl al 3%, sin vasoconstrictor, evitando infiltrar muy cerca del sitio donde se encuentra ubicada la tumoración; se incide longitudinalmente, solamente piel y tejido celular subcutáneo, disecando la zona con cuidado hasta localizar la neoplasia que en este caso se manifiesta con facilidad (Fig. 3 y 4).



Fig. 3: Visualización de la tumoración.



Fig. 4: Disección de la tumoración.

Una vez localizada, se realiza una exéresis amplia procurando que la pieza anatómica salga completa sin romperse. Seguidamente se explora toda la zona para descartar alguna otra tumoración o tejido sospechoso, que deberemos eliminar dejando la zona completamente limpia.

Se extrae la pieza anatómica, que presenta un aspecto nodular, circunscrito, con forma ligeramente ovalada y de color blanquecino rojizo, con un tamaño aproximado de 0,8 cm. de diámetro (fig. 5 y 6).



Fig. 5: Pieza anatómica.



Fig. 6: Pieza anatómica.

Finalmente se procede a cerrar la incisión con unos puntos de sutura cogiendo planos profundos para que no queden espacios muertos donde pueda acumularse un posible hematoma (fig.7).



Fig. 7: Sutura.

TRATAMIENTO POST-QUIRÚRGICO

Colocamos una descarga de fieltro adhesivo con el fin de que pueda caminar inmediatamente (fig. 8), guardando un reposo relativo durante las primeras 48 horas.



Fig. 8: Situación de la descarga.

La pieza anatómica extraída se remite para su estudio anatomopatológico.

Se le administra por vía oral amoxicilina 500 mg + 125 mg de ácido clavulónico cada 8 horas. El postoperatorio transcurre sin incidencias a destacar y sin dolor, a pesar de caminar casi con normalidad.

Los puntos de sutura se retiran a los diez días.

A partir de la intervención el dolor desapareció completamente.

Transcurridos más de seis meses la paciente no presenta recidivas y el dolor ha desaparecido por completo.

Se realizan revisiones periódicas para evidenciar recidivas si las hubiere (fig. 9).



Fig. 9: Aspecto a los 15 días.

Existen referencias de malignización y recidivas, aunque como hemos dicho son poco frecuentes.

Al estar ubicada la neoplasia en un lugar de apoyo del pie se realizan unas descargas a base de fieltro adhesivo con la finalidad de que no tenga dolor al apoyar y al mismo tiempo pierda el miedo a caminar, retirándose a los veinticinco días aproximadamente.

Actualmente no lleva ortesis plantares.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Se remite la pieza anatómica para su estudio anatomopatológico con el resultado siguiente:

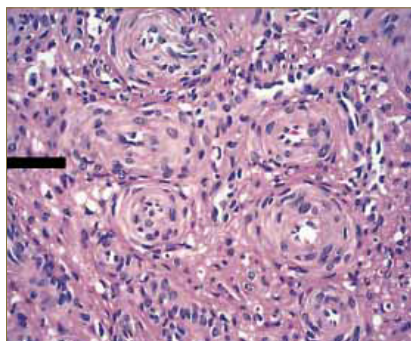


Fig. 10: Imagen en la que se aprecia la disposición concéntrica perivascular.

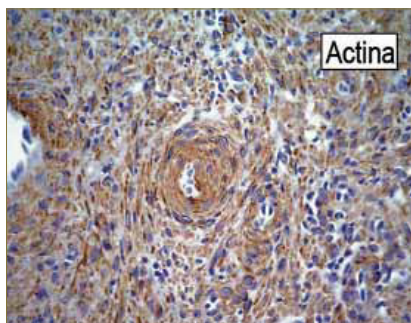


Fig. 11: Las células presentan tinción positiva para actina musculoso liso.

Descripción macroscópica:

Fragmento blanquecino de 0,6 cm. Forma nodular bien definida.

Descripción microscópica:

Lesión sobrelevada, polipoide, revestida de epitelio escamoso estratificado que presenta en dermis

superficial y profunda, una proliferación de vasos de pequeño-mediano calibre, con revestimiento por células endoteliales (CD-34) y rodeadas de un tejido fibroblástico-muscular liso, de forma concéntrica alrededor de los mismos. Las células presentan inmunotinción positiva para actina musculoso liso, siendo negativas para desmina. Sin evidencia de malignidad.

Diagnóstico anatomopatológico:

Biopsia de piel (región plantar); rebanado:

Lesión polipoide, vascular, de vasos de mediano calibre, rodeado de tejido fibroblástico-mioepitelial, concordante con MIOPERICITOMA.

DISCUSIÓN

Fueron Stout y Murray los que en 1942 describieron el hemangiopericitoma (HPC) como un tumor vascular originado de los pericitos de Zimmerman, con vasos ramificados parcialmente hialinizados en forma de "cuerno de ciervo"³.

Recientemente se ha reconocido que el patrón vascular no es específico del HPC ya que este mismo patrón puede verse en otro tipo de tumores tanto benignos como malignos, como son: el histiocitoma fibroso benigno, sarcoma sinovial, condrosarcoma mesenquimal, tumor fibroso solitario, leiomiomasarcoma y fibrosarcoma infantil⁴.

El miopericitoma (MPC) es una neoplasia perivascular con entidad propia, generalmente benigna⁵ y poco frecuente, que se origina a partir de células perivasculares mioides (miopericitos) y que tienen un crecimiento característico concéntrico perivascular en forma de "capas de cebolla"⁵. La localización más frecuente es en dermis o partes blandas de las extremidades distales (mano, rodilla, tobillo y pie) y que fue descrito por primera vez en 1992 por Dictor y al.⁶.

Dentro de la descripción de las neoplasias perivasculares se encuentran el tumor glómico y el hemangiopericitoma⁷.

El tumor glómico se considera una entidad bien definida, clínicamente caracterizado por el dolor, afecta a personas jóvenes sin distinción de sexo con ligero predominio femenino, cuando se trata de lesiones digitales⁸. No ocurre lo mismo con el HPC que ha sido cuestionado por englobar un número de neoplasias con diferentes líneas de diferenciación aunque caracterizadas por un patrón común de crecimiento como el HPC-vascular⁷.

Por otro lado no todos los tumores diagnosticados como HPC tienen una evolución benigna.

Hay casos en los que un HPC se asemeja más a un sarcoma que a un tumor benigno⁸.

El miopericitoma a pesar de tener un patrón vascular semejante al del hemangiopericitoma, es considerado como una entidad separada.

Las características ultraestructurales e inmunohistoquímicas han sido las que han ayudado a su clasificación adecuada, dentro de los tumores que muestran un mismo patrón vascular⁴.

La característica ultraestructural es en forma de "capas de cebolla concéntricas" (fig. 10)^{5, 8} y en su estudio inmunohistoquímico las células del miopericitoma dan positivos para actina de músculo liso (Fig. 11)⁸ y h-caldesmon, siendo negativo para la desmina, salvo raras excepciones⁴.

El término Miopericitoma (MPC) fue propuesto

recientemente por Granter y al.⁵ para describir un grupo de neoplasias perivasculares benignas de tipo mioide con entidad propia. Este término ha sido respaldado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyéndolo en un subgrupo de tumores perivasculares dentro de la clasificación de los tumores de partes blandas⁴.

CONCLUSIÓN

El MPC es un tumor generalmente benigno, bien circunscrito, no recidivante que tiene características que se superponen con las del tumor glómico y el miofibroma siguiendo un patrón similar al del hemangiopericitoma⁹.

Generalmente se presentan como lesiones únicas aunque también hay algunos casos de lesiones múltiples.

Hay referencias de casos de miopericitoma maligno con crecimiento infiltrante en profundidad, atipia marcada y mitosis⁷.

Se manifiesta en una edad promedio de 52 años con predominio en los varones en un 60%⁷. Suele ser indoloro en la mayoría de los casos.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con: angioleiomioma, miofibroma y el tumor glómico. Sin embargo aunque presenten algunas características morfológicas similares con estas neoplasias, ninguna de ellas presenta el crecimiento concéntrico perivascolar que caracteriza al miopericitoma^{8,4}.

El tratamiento del Miopericitoma es siempre quirúrgico.

La enucleación simple o escisión incompleta puede dar lugar a recidivas y/o malignización⁴.

En la bibliografía revisada no hemos encontrado ningún caso de miopericitoma localizado en la región plantar del pie como el que se describe.

BIBLIOGRAFÍA

1. Delgado Cedillo E A, Rico Martinez G y al. "Epidemiología de tumores óseos y partes blandas del pie y tobillo" Acta Ortopédica Mexicana 2007;21(3): May-Jun: 144-150.
2. Duncan JM Macdonald, G Holt, K Vass, A. Marsh, and CS Kumar . The Differential Diagnosis of Foot Lumps: 101 Cases Treated Surgically in North Glasgow Over 4 Years. Ann R Coll Surg Engl. 2007 April; 89(3): 272-275.
3. Stout AP, Murray MR. Haemangiopericytoma vascular tumor featuring Zimmermanpericytes. Ann Surg 1942;116:26-33.
4. MS Dray, McCarthy S V , Palmer AA, Bonar SF , Stalley PD, Marjoniemi V , E Millar y Scolyer RA. "Myopericytoma: : a unifying term for a spectrum of tumors that show overlapping features with myofibroma . A review of 14 cases" . J. Clin. Pathol. 2006; 59:67-73.
5. Granter S.R., Badizadegan K., Fletcher C.D.M. "Myofibromatosis in adults, glomangiopericytoma and myopericytoma: a spectrum of tumors showing a perivascular myoid differentiation ". Am. J. Surg. Pathol 1998;22: 513-25.
6. Dictor M, Elner A, Andersson T. , " Myofibromatosis-like hemangiopericytoma metastasizing as differentiated vascular smooth-muscle and myosarcoma: myopericytes as a subset of myofibroblasts". Am J. Surg. Pathol. 1992; 16:1239-47
7. Menzel T., Dei Tos AP, Sapi Z, et al. Myopericytoma of skin and soft tissue. Am J Surg Pathol 2006: 30:104-113. 2008; pp :765-766.
8. Trueba Salazar I, Perez Gomez RM, Gomez-Mancilla E y col. Miopericitoma de tejidos blandos localizado en el tendón del cuádriceps de la rodilla derecha. Patología Rev Latinoam 2010;48(2):125-126.
9. Koeppel MC et Andrac-Meyer L. Tumeurs conjonctives cutanées bénignes. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS Paris, tous droits reserves), Dermatologie, 98-610-A-10, 1999, 22p.

FE DE ERRATAS

Revista Española de Podología nº 2, de 2013, página 68, en el título del artículo formación continuada, donde dice "Especificidades de la piel en ingeniería tisular".

Debe decir "Especificidades de la piel plantar en ingeniería tisular". [Falta la palabra "plantar". Enviada por Alejandro Vela Romeira].

FE DE ERRATAS

Revista Española de Podología nº 4, de 2013, en el cuadernillo central del índice de los artículos publicados durante el año 2013.

En la segunda página, cuarta línea, donde dice "Rafael Venegas Rekondo".

Debe decir "Rafael Benegas Rekondo". [Este apellido Benegas se escribe con "B" y no con "V". Enviada por José Valero Salas].

En la tercera página, décima línea, donde dice "Javier Alcalá Sanz, Joaquín Ahumada Bilbao, Margarita Morilla Segura".

Debe decir "José Valero Salas, José Gallart Ortega, David González López". [Enviada por José Valero Salas].