

INTRODUCCIÓN

El término mixoma fue descrito por primera vez en 1871 por Virchow¹ para describir un grupo de tumores que histológicamente se asemejaban al tejido del cordón umbilical. Posteriormente Stout² redefinió este término como “el conjunto de neoplasias benignas caracterizadas por presentar un tejido mesenquimal con células estrelladas y en huso”.

La localización más frecuente de estas lesiones es en la aurícula izquierda, piel, tejido subcutáneo, aponeurótico y óseo (principalmente en mandíbula)².

Su localización en tejido muscular es rara (3-17 %)³ y prácticamente excepcional en músculos largos. Cuando aparece en dichas localizaciones se denomina “Intramuscular Myxoma (IM)”.

En este póster presentamos el caso de un IM localizado en la musculatura paravertebral lumbar asociado a una revisión bibliográfica en la que objetivamos que es el décimo caso publicado.

CASO CLÍNICO

Atendemos en consulta a una paciente mujer de 60 años de edad, con hipertensión arterial como único antecedente médico de interés, que presentaba una masa indolora de aproximadamente 17 años de evolución en región lumbar. A la exploración, el único hallazgo patológico era la presencia de parestesias en la musculatura paravertebral lumbar derecha. La paciente negaba evento traumático desencadenante.

Tanto en la resonancia magnética nuclear (RMN) y la tomografía axial computerizada (TAC) a nivel lumbar se observaba una masa multilobulada con bordes bien delimitados de aproximadamente 7 cm en el eje craneocaudal, dependiente de la faceta derecha L3-L4 (Imagen I). La lesión era hipointensa en T1 (Imagen I [A]) e hiperintensa en T2 (Imagen I [B]) y ocasionaba osteolisis a nivel de la apófisis transversa derecha de L4 (Imagen I [C]: flecha verde). Con todos estos datos se obtuvo el diagnóstico radiológico de quiste facetario.



Imagen I

Debido al tamaño de la lesión (6 cm aproximadamente de diámetro mayor) asociado a la osteolisis presente, se planteó la resección quirúrgica como tratamiento.

Intraoperatoriamente se observó una masa encapsulada, de consistencia gelatinosa y apariencia grisácea (Imagen II), que no infiltraba ni invadía tejidos circundantes.

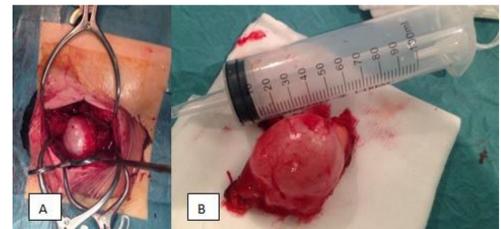


Imagen II

El análisis histopatológico (Imagen III) puso de manifiesto la presencia de zonas de hiper celularidad con abundante fibras de colágeno (Imagen III [A]), asociado a células en uso con núcleos picnóticos (Imagen III [B]) y microcalcificaciones (Imagen III [B]: flecha blanca) así como un estroma mixoide con fibras hematoxilina-eosina + (Imagen III [C]).

Histopatológicamente el diagnóstico fue de IM.

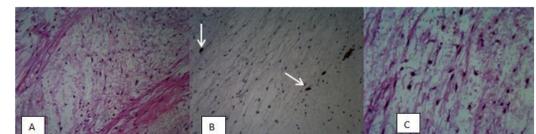


Imagen III

DISCUSIÓN

Los mixomas son unas neoplasias benignas de origen fibroblástico caracterizados por presentar una producción excesiva de mucopolisacáridos sin capacidad de conversión a colágeno maduro. Su localización a nivel muscular es rara, siendo prácticamente excepcionales a nivel paravertebral. De hecho, solo hemos encontrado 16 casos descrito en esta última localización, siendo lumbares 10 de ellos.

Macroscópicamente se caracterizan por un aspecto quístico con contenido mucoso de apariencia grisácea. Sin embargo, pese a su morfología bien delimitada, en estudios microscópicos se objetivan con relativa frecuencia ciertas áreas de pseudocápsula que implica infiltración de la musculatura adyacente⁴, aunque esto no influye en la tasa de recidiva habitual de este tipo de lesiones⁴.

Existen tanto características histológicas (poca vascularización, escasez de células maduras y ausencia de zonas de hiper celularidad o necrosis) como radiológicas (imagen quística sin realce con contraste en la TAC así como una señal hipoentensa en T1W1 RMN con realce de grasa peritumoral y señal hiperintensa en T1W2 RMN) propias de este tipo de neoplasias, que sugieren su diagnóstico. Sin embargo, algunos estudios describen hasta un 70% de IMs que presentan regiones focales de hiper celularidad e hipervascularización⁵, de ahí que muchos autores recomienden biopsiar este tipo de lesiones por protocolo para descartar posible lesión de alto grado (liposarcoma, fibrosarcoma o mixofibrosarcoma de bajo grado...)

Nosotros decidimos llevar a cabo la escisión quirúrgica debido a un tamaño mayor de 5 cm y la lisis originada en la apófisis transversa derecha de L4⁶. En los casos en los que el respeto de bordes libres origine una importante comorbilidad puede plantearse una resección limitada debido a la ausencia de metástasis y enfermedad a distancia descrita en este tipo de lesiones⁷

CONCLUSIÓN

Exponemos el décimo IM de localización paravertebral lumbar descrito en la bibliografía. Consiste en un subtipo casi excepcional dentro de este grupo de lesiones tumorales benignas de origen mixoide, especialmente en esa localización.

Sin embargo merece la pena incluirlos dentro del diagnóstico diferencial ante una masa indolora a nivel de la musculatura paravertebral, teniendo en cuenta sus características radiográficas y clínicas a la hora de llevar a cabo una decisión terapéutica definitiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Virchow R. Die cellular pathologie in ihrer Begründung auf physiologische and pathologische Gewebelehre. Berlin, Germany, Verlag von August Hirschwald, 1871, p 563.
2. Stout AP : Myxoma, the tumour of primitive mesenchyme. Ann Surg 127 : 706-719, 1948.
3. Kindblom LG, Stener B, Angervall L : Intramuscular myxoma. Cancer. 1974; (34) : 1737-44.
4. Enzinger FM : Intramuscular myxoma; a review and follow-up study of 34 cases. Am J Clin Pathol. 1965; (43) : 104-113
5. Nielsen GP, O'Connell JX, Rosenberg AE : Intramuscular myxoma : a clinicopathologic study of 51 cases with emphasis on hypercellular and hypervascular variants. Am J Surg Pathol. 1998; (22): 1222-1227.
6. Rashid A, Abdul-Jabar HB, Karmani S, Rezajooi K, Casey AT : Giant paravertebral myxoma. Eur Spine J. 2011; (20 Suppl 2): S138-S142, 2011
7. Shugar JM, Som PM, Meyers RJ, Schaeffer BT : Intramuscular head and neck myxoma : report of a case and review of the literature. Laryngoscope. 1987 ; (97): 105-107.