



Caso Clínico

Leiomioma de la vena basílica, un tumor raro en una localización excepcional. A propósito de un caso

Leiomyosarcoma of the basilic vein, a rare tumor at an exceptional location. A case report

Laura Fernández Navarro, Alberto Martínez Martínez, Jade García Espinosa

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

INTRODUCCIÓN

Los leiomiomas de origen vascular son neoplasias poco frecuentes que se originan en la musculatura lisa de la túnica media de los vasos sanguíneos (1), fundamentalmente de la vena cava inferior (VCI). Son extremadamente raros en los vasos periféricos. No se ha descrito previamente su localización en la vena basílica.

CASO CLÍNICO

Aquí ilustramos un caso de leiomioma de la vena basílica. Se trata de un varón de 83 años con tumoración en cara medial del brazo izquierdo, de consistencia blanda y no dolorosa a la palpación, de seis meses de evolución. Asociaba parestesias en el territorio del nervio cubital. Se solicitó ecografía y, ante los hallazgos ecográficos, se completó con tomografía computarizada (TAC) y resonancia magnética (RM) (Figs. 1 y 2) que mostraron ocupación de la vena basílica por una masa sólida heterogénea que se extendía a la vena mediana antebraquial, con realce periférico grueso e irregular y centro de aspecto necrótico, con unas dimensiones aproximadas de 4 por 3,4 cm en plano transversal y de 9 cm de extensión craneocaudal. El diagnóstico radiológico

fue de sarcoma de la vena basílica. Se realizó estudio de extensión con TAC toraco-abdominal y tomografía por emisión de positrones-TC (PET-TC), sin que se evidenciase enfermedad metastásica.

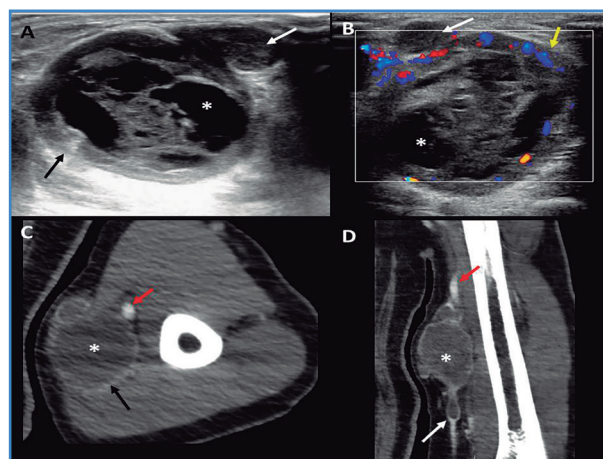


Figura 1. Ecografía en la que se observa una tumoración sólida en el tejido graso subcutáneo de la cara interna del brazo. Presenta una pared bien definida (flecha negra en A) y áreas quísticas en su interior en relación con tejido necrótico (asteriscos). Dicha tumoración muestra continuidad con la vena basílica, la cual se encuentra trombosada (flechas blancas). En la exploración Doppler (B) se observa marcada neovascularización periférica (flecha amarilla). C y D: TC de brazo con contraste intravenoso en fase portal en planos axial (C) y coronal (D). La tumoración presenta realce periférico (flecha negra en C) e hiporealce central en relación con componente necrótico (asteriscos). En el plano coronal se muestra su dependencia de la vena basílica (flecha blanca en D). Las flechas rojas muestran los vasos braquiales intactos.

Recibido: 04/06/2019 • Aceptado: 27/06/2019

Fernández Navarro L, Martínez Martínez A, García Espinosa J. Leiomioma de la vena basílica, un tumor raro en una localización excepcional. A propósito de un caso. Angiología 2019;71(5):194-196.

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/angiologia.00063>

Correspondencia:

Laura Fernández Navarro. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Avda. de las Fuerzas Armadas, 2. 18014 Granada
e-mail: laurafn2617@gmail.com

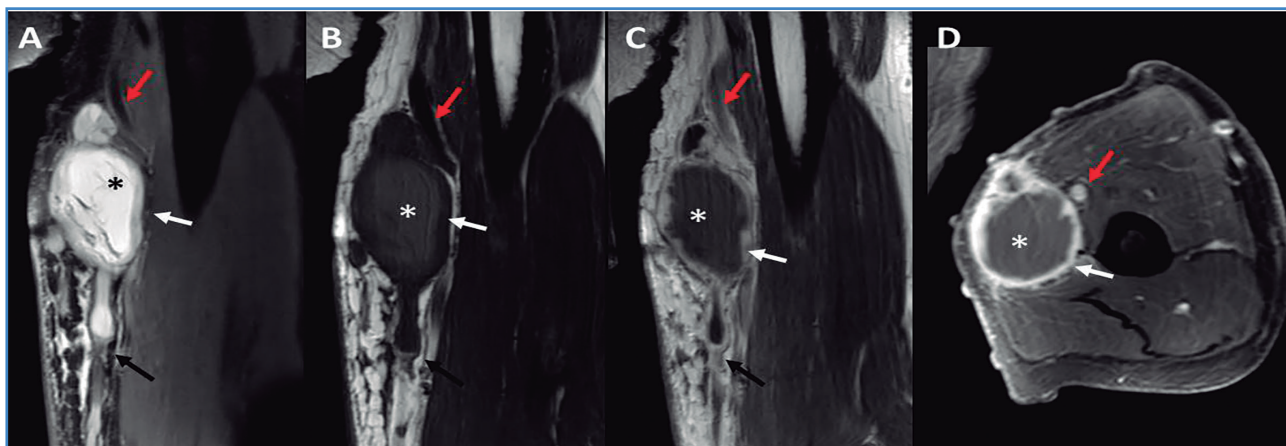


Figura 2. RM de brazo con secuencias coronales DP SPAIR (A), T1 (B), T1 con contraste intravenoso (C) y axial T1 fat sat con contraste intravenoso (D). Tumoración en vena basílica (flechas blancas) con gran componente quístico por necrosis central (asteriscos), con intenso realce periférico tras la administración de contraste. Las flechas en A, B y C muestran la dependencia de la vena basílica. Las flechas rojas muestran los vasos braquiales intactos.

El Comité Multidisciplinar de Tumores se decidió por una biopsia excisional debido al alto riesgo de sangrado de la biopsia incisional. Se realizó resección quirúrgica de la tumoración, con un ligado proximal y distal de la vena basílica con margen controlado a nivel cubital y exéresis del perineuro cubital. El estudio anatomopatológico de la pieza informó de leiomioma convencional en la pared de la vena basílica de alto grado, con márgenes de resección libres de tumor. El tratamiento adyuvante fue con radioterapia (RT) local externa. Para seguimiento se decidió realizar control local con RM y TC toracoabdominal en 3 meses.

Las neoplasias vasculares se clasifican en sarcomas intimaes, angiosarcomas y leiomiomas (2).

Los leiomiomas son tumores malignos que se originan en la musculatura lisa, y representan del 5 al 6% de todos los sarcomas (3). Son comunes en el útero y el tracto gastrointestinal, mientras que los de origen vascular suponen solo un 2% (3,4). La localización más frecuente es la VCI (50%). Son más raros en vasos periféricos y no se han descrito en la vena basílica (3,4).

El pico de incidencia se da entre la sexta y la séptima décadas de la vida, sin distinción por sexos (4,5), salvo los originados en la VCI, más frecuentes en mujeres (5).

Suelen presentarse como masas no dolorosas de crecimiento lento (5), y pueden ocasionar síntomas

en relación con trombosis venosa si ocluyen la luz o dolor mal definido si comprimen arterias o nervios adyacentes (3).

La RM es la modalidad de imagen de elección para la estadificación tumoral local y debe realizarse una biopsia incisional mediante guía ecográfica en una unidad especializada para la confirmación histológica (5). En las pruebas de imagen podemos identificar una masa de partes blandas que crece en la luz del vaso o está en íntima relación con él. Existen áreas quísticas en su interior y realce variable tras la administración de contraste intravenoso, en función del grado de necrosis. Su diagnóstico diferencial habrá que hacerlo con otros sarcomas de partes blandas, sarcomas vasculares como el angiosarcoma y trombosis de causa tumoral. Mediante RM debemos determinar la extensión local y la afectación de las estructuras vasculonerviosas y de partes blandas adyacentes. La TC torácica y abdominopélvica es de elección para descartar metástasis a distancia (2). También es recomendable la PET-TC o gammagrafía ósea para descartar metástasis óseas, presentes hasta en el 10% de los casos.

El pronóstico es relativamente peor en los leiomiomas de origen vascular que en otros sarcomas de partes blandas (SPB) debido a que tienen acceso directo al sistema venoso y mayor tendencia a la diseminación metastásica temprana (3), principalmente al pulmón y al hígado (6). La superviven-

cia global a los 5 años es aproximadamente del 20%, con mejor pronóstico en los casos que surgen de las venas más pequeñas y distales (6). Entre los factores pronósticos histológicos se incluyen el grado de necrosis, el de diferenciación celular y la actividad mitótica (1).

Entre los factores pronósticos no histológicos se encuentran el estadio tumoral, el tamaño, la localización, la reseabilidad, la edad, la existencia de metástasis y los márgenes libres de tumor (2).

El tratamiento de los SPB de las extremidades en estadios tempranos (tamaño inferior a 5 cm, sin enfermedad regional o a distancia y grado histológico bajo o intermedio) es la cirugía con márgenes de resección mayores de 1 cm o con extracción del plano fascial intacto (2). La RT adyuvante se recomienda en tumores de grado intermedio o alto, márgenes de resección afectos o cercanos o recidiva local (4). Para tumores de estadios II-III, la asociación de quimiorradioterapia preoperatoria ha demostrado aumentar la supervivencia global y libre de enfermedad (2), aunque la sensibilidad de estos tumores a la quimioterapia suele ser pobre (4).

DISCUSIÓN

No hay un consenso en cuanto al seguimiento clínico y regional con imagen de los sarcomas intervenidos. Desde la Sociedad Europea de Oncología Médica y diversas sociedades (incluida la europea de radiología musculoesquelética) se recomienda distinto seguimiento dependiendo del grado tumoral. En sarcomas de grado intermedio/alto se recomienda control local con RM cada 3-4 meses durante los

primeros 2-3 años, y en bajo grado cada 4-6 meses durante los primeros 3 años. Entre los 3-5 años, en todos se recomienda control cada 6 meses; de 5-10 años, cada 12 meses. Si se sospecha recidiva, los controles deberán adelantarse. Se recomienda añadir TAC de tórax y abdominopélvica, especialmente en angiosarcomas y leiomiomas, por su tendencia a las metástasis hepáticas y pulmonares (2,7).

Podemos concluir que los leiomiomas de la vena basilica son neoplasias excepcionales. Es necesario decidir su manejo en un comité multidisciplinar en un centro de referencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Deb Roy A, Deka M, Dutta UC. Vascular leiomyosarcoma of thigh- A rare tumor at an unusual site. *AMJ* 2013;6(10):520-3.
2. López-Gómez J, Flores-Vázquez ER, Salazar-Álvarez MA, et al. Treatment of intimal sarcoma of peripheral veins. *Int J Surg Case Rep* 2017;31:93-8.
3. Ting-Ying F, Pin-Pen H, Lee-Wei C, et al. Leiomyosarcoma of the cephalic vein: case report and review of the literature. *Ann Vasc Surg* 2007;21:508-11.
4. Gage MJ, Patel AV, Koenig KL, et al. Non-Vena Cava Venous Leiomyosarcomas: A Review of the Literature. *Ann Surg Oncol* 2012;19:3368-74.
5. Jefferson KP, Dixon JH. Leiomyosarcoma of the cephalic vein. *Sarcoma* 2001;5:27-30.
6. Valle M, Levi Sandri GB, Carboni F, et al. Limb saving procedure in metastatic leiomyosarcoma of the femoral vein: case report and literature review. *Indian J Surg* 2015;77(1):13-5.
7. García del Muro X, de Álava E, Artigas V, et al. Clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of patients with soft tissue sarcoma by the Spanish group for research in sarcomas (GEIS). *Cancer Chemother Pharmacol* 2016;77(1):133-46.