



Hemangioma cavernoso retromamario. Una rara causa de consulta en una policlínica de mastología.

Cavernous retromamary hemangioma. A rare cause of consultation in a mastology clinic.

 [http:// dx.doi.org/10.35954/SM2019.38.1.6](http://dx.doi.org/10.35954/SM2019.38.1.6)

Martín Varela ^a  <https://orcid.org/0000-0003-2376-2844>

Susana Reyes ^a  <https://orcid.org/0000-0001-8922-362X>

José Cabillón ^a  <https://orcid.org/0000-0002-8834-6465>

Fernando Simonet ^a  <https://orcid.org/0000-0002-9341-5189>

Elisa Núñez ^a  <https://orcid.org/0000-0003-0976-9329>

(a) Departamento de Cirugía del Servicio Médico Integral. Montevideo. Uruguay.

RESUMEN

En ocasiones concurren a la consulta de mastología pacientes con tumoraciones de la región mamaria, que no se originan en la glándula propiamente dicha. Presentamos el caso de una mujer joven con una tumoración de partes blandas en región mamaria derecha, indolora y de crecimiento lento. La tomografía ubicó la tumoración por debajo del pectoral mayor, con el que contacta pero no infiltra, de forma redondeada y límites circunscritos. La duda sobre la naturaleza de la lesión obligó a tomar una conducta resectiva, siendo la anatomía patológica consistente con un hemangioma cavernoso.

PALABRAS CLAVE: Hemangioma Cavernoso; Linfadenopatía; Neoplasias de la Mama.

ABSTRACT

Occasionally, patients with tumors of the mammary region, which do not originate in the gland itself, attend the mastology consultation. We present the case of a young woman with a painless and slowly growing soft tissue tumor in the right mammary region. Tomography located the tumor below the pectoralis major, with which it contacts but does not infiltrate, it had a rounded shape and circumscribed limits. The doubt about the nature of the lesion led towards a resective behavior, being the pathological anatomy consistent with a cavernous hemangioma.

KEY WORDS: Hemangioma, Cavernous; Lymphadenopathy; Breast Neoplasms.

Recibido para evaluación: Diciembre 2018

Aceptado para publicación: Abril 2019

Correspondencia: Av. Dr. Luis Alberto de Herrera 2275. C.P. 11600. Montevideo. Uruguay. Tel.: (+598) 24871016.

E-mail de contacto: martinvarelav@gmail.com

INTRODUCCIÓN

No es infrecuente observar en una consulta de mastología tumoraciones de la región torácica anterior que no corresponden a patología de la glándula mamaria propiamente dicha, pero que por su cercanía son interpretados inicialmente como nódulos mamarios y enviados al especialista en mastología. Dentro de los tumores no mamarios de la pared anterior del tórax destacan por su frecuencia los tumores de partes blandas, que pueden ser benignos o malignos. Los hemangiomas son un grupo de tumores de partes blandas de origen vascular, benignos, que pueden encontrarse en cualquier órgano. Son frecuentes en la infancia, siendo el tumor de partes blandas más común en pediatría (1). Se diferencian de las malformaciones arteriovenosas en que presentan proliferación de la célula endotelial e hiperplasia, siendo verdaderos tumores. Los hemangiomas se clasifican según el calibre del vaso sanguíneo que los origina, en cavernosos, venosos y capilares. Los Hemangiomas Cavernosos (HC) son los más frecuentes, y pueden hallarse de manera accidental en un 1,2% de las mastectomías (2). Si bien pueden darse en cualquier parte de la anatomía, su ubicación más frecuente es en la pared torácica, donde se encuentran el 7,1 al 22,1% del total (3).

Generalmente no dan síntomas hasta que por su tamaño se hacen palpables, visibles o generan un dolor leve. Ocasionalmente pueden sangrar. Muchas veces pasan desapercibidos por años hasta que son diagnosticados en un hallazgo imagenológico, como por ejemplo una mamografía de rutina (4).

El diagnóstico es clínico, imagenológico, y en última instancia anatomopatológico. Una ecografía doppler puede ver la abundante vascularización de la lesión. La tomografía computada valora la lesión y su topografía y descarta otras lesiones concomitantes, ya que en ocasiones pueden ser múltiples. Generalmente se presentan como masas no infiltrantes, de contornos delimitados, hipervascularizadas y con flebolitos en su interior (calcificaciones intravasculares). Esto último es



Figura 1. Marcado de la lesión en H2 de la mama derecha, hacia la periferia.

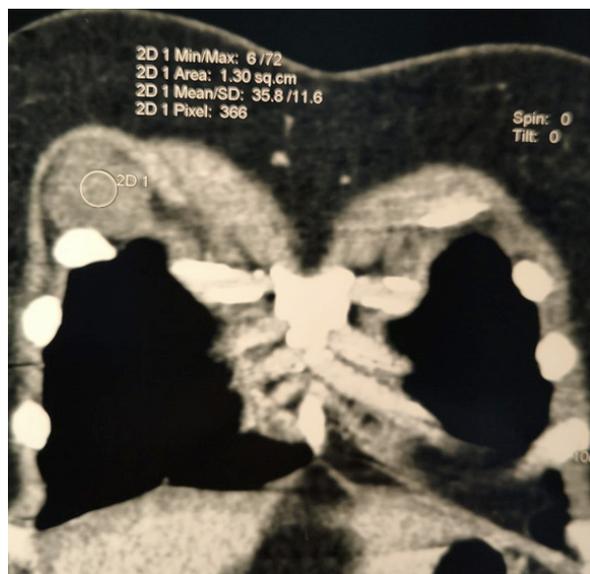


Figura 2. TC muestra lesión redondeada de bordes definidos por debajo del pectoral mayor.

característico, aunque no siempre están presentes (5). La resonancia magnética nuclear tiene una gran sensibilidad para el estudio de los tumores de partes blandas, su topografía y relación con órganos vecinos, por lo que muchas veces se obvia la tomografía y se solicita una resonancia

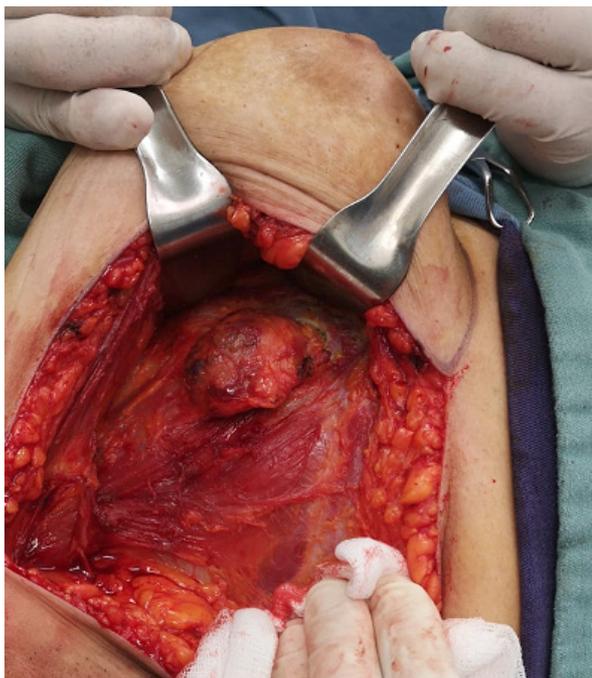


Figura 3. Cirugía, a través de un abordaje lateral axilar se reclinan ambos pectorales hasta llegar a la lesión.

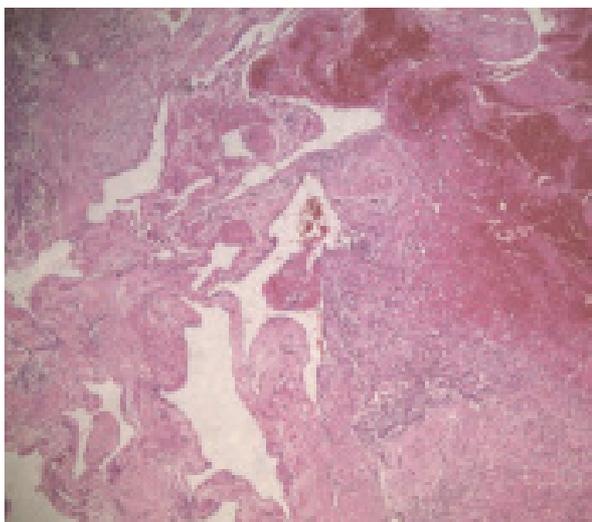


Figura 4. Anatomía patológica (HE) consistente con un hemangioma cavernoso sin atipías.

de inicio. La imagen típica de los hemangiomas cavernosos es la de una “esponja de sangre”, de bajo flujo sanguíneo, y con dilataciones sinusoidales (cavernosas) que le confieren aspecto pseudoquístico o septado. En las secuencias dinámicas tienen un realce temprano intenso y difuso dada su gran vascularización (6).

Frecuentemente lo que determina la conducta quirúrgica es la incertidumbre acerca de la naturaleza de la lesión de partes blandas, especialmente con el principal diagnóstico diferencial, el angiosarcoma. En caso de ya tener diagnóstico de hemangioma confirmado por biopsia con aguja gruesa, puede observarse periódicamente cada dos años, ya que el riesgo de malignización de la lesión es casi nulo.

CASO CLÍNICO

Paciente de 30 años que consulta en la policlínica de mastología por tumoración de cara torácica anterior derecha, de crecimiento lento e indolora, en región mamaria hora 2, distal unos 8 cm del pezón, de unos 3 a 4 cm de diámetro aproximadamente (figura 1). Axila sin tumoraciones palpables. Se pide una mamografía, la cual es normal, y una tomografía computada de tórax (figura 2) que visualiza una lesión sólida por debajo de los músculos pectorales mayor y menor, homogénea, de forma ovalada y de intensidad de señal similar a la del tejido muscular, de tamaño pequeño 38 x 37 x 42 mm. Si bien contacta con los pectorales, no los infiltra.

Con diagnóstico de tumor de partes blandas de naturaleza no definida se decide la biopsia exéresis a fin de obtener un diagnóstico histológico.

Por causas estéticas se realiza una incisión lateralizada en la axila (figura 3), siguiendo el borde del pectoral mayor, y decolando el espacio interpectoral, reseca la lesión por entero. La misma es blanda, ricamente vascularizada y sangra con facilidad. Como hallazgo, dentro de la grasa axilar se encuentra otra lesión más pequeña, que durante la cirugía se interpreta como adenopatía y es enviada junto con el tumor primario a anatomía patológica. El informe de anatomía patológica es consistente con un hemangioma cavernoso en las dos piezas de resección, sin atipías citonucleares ni otros elementos de malignidad (figura 4).

Postoperatorio adecuado y sin complicaciones, alta a las 24 horas.

DISCUSIÓN

Los hemangiomas son tumores vasculares raros, benignos, y que pueden darse en cualquier parte del organismo. Su sintomatología se debe al crecimiento expansivo, ocasionando dolor, y en ocasiones pueden sangrar.

El desafío de estos pacientes es principalmente el diagnóstico de su naturaleza, ya que suelen presentarse como tumores de partes blandas, y su principal diagnóstico diferencial son los sarcomas. Cuando no es posible realizar un diagnóstico imagenológico certero o cuando la lesión es sintomática, está indicada la cirugía. En ese caso es imperativa la resección completa de la lesión, ya que la recidiva en caso contrario ronda el 18-61% (7).

Antes de la cirugía debe estudiarse con tomografía que incluya el tórax (sitio de diseminación metastásica más frecuente de los sarcomas). En ocasiones una Resonancia Magnética es útil para planificar la táctica quirúrgica. En esta topografía no se requiere una resección que incluya el compartimiento muscular respectivo, dado que el tumor no tiene carácter infiltrativo. De todos modos es necesario ir preparado a la cirugía para realizar una resección radical, pasando por márgenes libres de tumor.

En el caso de nuestra paciente se encontraron dos tumores cercanos, uno interpectoral y otro en el espesor de la grasa axilar. Si bien el HC interpectoral era palpable, el HC axilar (más pequeño) fue un hallazgo intraoperatorio. Los hemangiomas de partes blandas múltiples son excepcionales, pero el hallazgo de más de uno es un elemento a tener en cuenta (2).

REFERENCIAS

- (1) George A, Mani V, Noufal A. Update on the classification of hemangioma. *J Oral Maxillofac Pathol* 2014; 18(Suppl 1):S117-S120. doi: 10.4103/0973-029x.141321
- (2) Dávila-Zablah YJ, Garza-García NL, Garza-Montemayor ML. Presentación inusual de un hemangioma cavernoso de mama. *An Radiol México* 2015; 14:209-214.
- (3) Nakagawa T, Watanabe H, Nakazato K, Masuda D, Ogura G, Masuda R, et al. Periodic appearance and disappearance of a chest wall (serratus anterior development) cavernous hemangioma that was finally resected in a child. *Gen Thorac Cardiovasc Surg* 2013; 61(8):469-472. doi: 10.1007/S11748-012-0143
- (4) Borges da Silva B, Gomes Pires C, De Deus Pereira-Filho J, Ribeiro dos Santos A, Lopes-Costa P. Cavernous Hemangioma in the Axillary Region Mimicking Malignant Neoplasia. *South Med* 2008; 101(10):1051-1053. doi: 10.1097/SMJ.0b013e31818318a4
- (5) Melman L, Johnson FE. Intramuscular cavernous hemangioma. *Am J Sur* 2008; 195:816-817. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2007.08.064>
- (6) Vilanova JC, Barceló J, Smirniotopoulos JG, Pérez-Andrés R, Villalón M, Miró J, et al. Hemangioma from Head to Toe: MR Imaging with Pathologic Correlation. *Radio Graphics* 2004; 24:367-385. <https://doi.org/10.1148/rg.242035079>
- (7) Snyder J, Mendeszoon M, Sanders E. Excision of an intramuscular hemangioma within the anterior muscle compartment of the leg in a thirteen-year-old female: A case report. *Clin Case Rep Rev* 2017; 3(10):1-4. doi: 10.15761/CCRR.1000372