

Leiomiosarcoma intravascular, localizado en la vena ilíaca común izquierda y en vena cava inferior

W. PADROS, J. M.^a FUENTES y M. GIMENEZ

Institución Tres Torres, Barcelona (España)

El 21-XII-1977 acude a nuestra consulta J. J. M., mujer de 42 años de edad y que presentaba la siguiente historia clínica.

Edema de pierna y muslo izquierdos, duro y doloroso, no extendido a pie. Se acompaña de discreta cianosis. Su origen se remonta al mes de abril de dicho año, es decir que tiene nueve meses de evolución. La enferma relata, además, que en marzo del mismo año presentó unas abundantes melenas, practicándosele una fibroscopía y diagnosticándose de *ulcus*. Expone, a la vez, haber sufrido unas Fiebres de Malta, aunque no recuerda la fecha. Asimismo, en julio del citado año presentó dolor en ojo derecho con sensación desagradable, malestar general y estrabismo y escotoma central, que cedieron en dos semanas. A los 17 años de edad sufrió un proceso tuberculoso, que fue tratado con Cemidón y Rifaldín, causándole fuertes dolores de estómago a los quince días de tratamiento, debiendo ser ingresada en un centro hospitalario por tal motivo. Relata, también, fuertes fefaleas de tres o cuatro días de duración.

A la exploración, destacamos:

- 1.^o Una tumoración dura, dolorosa y alargada a nivel de la vena ilíaca común izquierda.
- 2.^o Ganglios del tamaño de un huevo de paloma a nivel de la región inguinal de este lado.
- 3.^o La exploración con Doppler demuestra en el lado izquierdo, a nivel de la ilíaca común, un soplo venoso débil, mientras en el contralateral es normal.

Por tanto, teniendo en cuenta estas premisas y sospechando la posibilidad de una tromboflebitis de la ilíaca izquierda, procedemos a una iliocavografía percutánea bilateral, obteniéndose las imágenes que se observan en las figuras que se adjuntan. En ella se comprueba una trombosis de la cava inferior y, a pesar de que por la clínica cabría pensar en un proceso antiguo, se observa un trombo poco adherente y de gran extensión, sobre todo a nivel de dicha cava; en cambio, en el lado contrario vemos una vena ilíaca derecha totalmente permeable con una gran «stop» en la bifurcación de la cava.

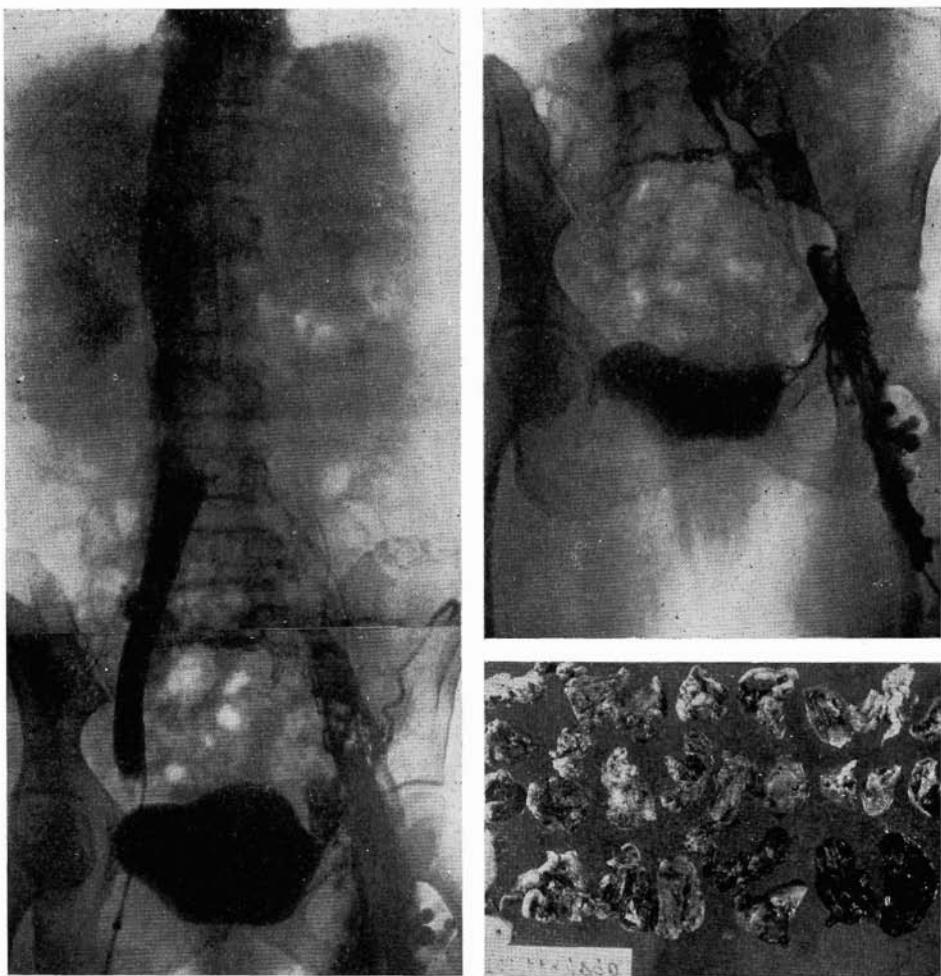


Fig. 1. Explicación en el texto.

Con la sospecha de una tromboflebitis por compresión alta de la cava inferior y no hallando la causa de ella, se procede a una laparotomía exploradora en busca de una tumoración posible determinante de la compresión de la cava a nivel diafragmático. Al no observar en dicha exploración causa alguna compresiva externa y al comprobar una gran ocupación de la luz de la vena cava que alcanzaba el nivel diafragmático, se procedió a pasar un Fogarty venoso 10/8 F a través de la vena femoral izquierda, bajo control manual de la cava por encima del trombo palpable. Al intentar su extracción, apreciamos que la parte alta del trombo no es arrastable por el Fogarty, como si se tratara de un trombo elástico organizado y adherido proximalmente. Ante la imposibilidad de su extracción, se

procede al control proximal, distal y de las otras colaterales de la cava, practicándose una incisión longitudinal infrarrenal, extrayendo gran cantidad de material trombótico. Se practica otra incisión, de unos 8 cm. de longitud, más baja, para proceder a la extracción de nuevo material del mismo aspecto, tal como muestra la fotografía (en la que sólo se aprecia una décima parte de la totalidad de material extraído), teniendo que prolongar la incisión a ilíaca común hasta su bifurcación, a cuyo nivel se encuentra material trombótico extraordinariamente organizado, de una dureza a veces cartilaginosa, y una dilatación de dicha ilíaca común mayor que la de la cava. A este nivel hay gran dificultad en la extracción del trombo, en especial en la zona proximal; dejando la vena libre de trombos, por lo que se procedió a la sutura directa de las venotomías con prolene 5/0.

Postoperatorio y evolución: En el postoperatorio inmediato, tanto el estado general como el de la extremidad mejoran, pero a los pocos días el miembro se edematiza de nuevo, lo que nos hace suponer que se ha producido una re-trombosis. Al mismo tiempo, el anatomopatólogo nos da el diagnóstico de presunción: Leiomirosarcoma intravascular de la V. Ilíaca con metaplasia ósea y cartilaginosa. Dada la rareza del caso y para un diagnóstico más preciso, se mandan unas preparaciones del material trombótico al Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas de Washington, recibiendo a los tres meses confirmación del diagnóstico previamente emitido.

Durante este intervalo, la paciente sufre embolismos pulmonares en «suelta de globos», con empeoramiento del estado general, caquexia y a los tres meses fallece por embolia pulmonar. No es posible practicar la autopsia por problema familiar.

Conclusiones

Creemos que nuestro proceder fue erróneo al no practicar una ligadura de la vena ilíaca común izquierda con la idea de dejar expedita la circulación venosa de retorno, por tratarse de una paciente jóven. En aquel momento no sospechamos que pudiera tratarse de una neoplasia intravenosa.

En estos casos, consideramos que la ligadura de la vena por encima de la implantación de la tumoración es obligada, previa extirpación del material no adherido a las paredes de la vena. Así, evitando los embolismos pulmonares, se intenta prolongar la vida de estos pacientes.

RESUMEN

Se expone un raro caso de afección venosa: un leiomirosarcoma intravascular, que comprendía las venas cava inferior e ilíaca común izquierda, tratado por extracción por Fogarty seguido de sutura venosa. Falleció de embolismo pulmonar a los tres meses. Los autores consideran que de haber sabido el diagnóstico de malignidad hubieran procedido a la ligadura venosa en vez de la sutura de la flebotomía.

SUMMARY

A rare case of leiomyosarcoma of the cava and left iliac veins is presented. Some considerations about the treatment are performed.

BIBLIOGRAFIA

1. Puig-Sureda, J.; Roca de Viñals, R.; Gallart-Esquero, A.; Salleras, V.: Leiomyosarcoma de la vena cólica inferior izquierda. «Medicina Clínica», 8:104, 1947.
2. Davis, G. L.; Bergman, M.; O'Kane, H.: Leiomyosarcoma of the superior vena cava. «The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery», 72:409, 1976.
3. Noldge, G.; Bohm, N.; Spillner, G.; Goettler, U.: Leiomyosarkom der vena cava inferior. «Med. Welt.», 27:1:747, 1976.
4. Maillet, P.; Barbier, B.; Baulieux, J.; Boulez, J.; Vauzelle, J. L.: Leiomyosarcome de la veine cave inférieure. «Chirurgie», 102:658, 1976.