

Mixoma intramuscular en psoas y en muslo

Intramuscular myxoma in psoas muscle and in thigh



El mixoma intramuscular es un tumor benigno con 1-1,3 casos por 1.000.000. El 70% aparece en mujeres, entre los 40 y 70 años. Cursan como masas blandas indoloras, de crecimiento lento y predominio en miembros inferiores. Dado que el diagnóstico diferencial se establece con neoplasias malignas de partes blandas, el diagnóstico de certeza se obtiene tras biopsia quirúrgica. El tratamiento es la cirugía. Histológicamente es hipocelular e hipovascular, con abundante contenido mixoide, sin mitosis, atipias ni necrosis. No maligniza ni metastatiza. La recurrencia local es baja.

Presentamos 2 pacientes con mixoma intramuscular.

Caso 1

Mujer de 60 años que presenta una tumoración en el cuádriceps derecho. La RMN del muslo derecho evidencia una lesión de $2 \times 1,7 \times 2,1$ cm de contornos lisos en el vasto lateral del cuádriceps derecho, con una señal homogénea en la secuencia sin contraste, similar a la musculatura en secuencias T1, con realce moderado-intenso heterogéneo poscontraste (fig. 1).

Se decide extirpación quirúrgica con apertura de la fascia lata y del vasto externo, y exéresis en bloque de la lesión intramuscular junto al músculo circundante.

La anatomía patológica muestra proliferación mesenquimal hipocelular sin atipia, mitosis ni necrosis, en una matriz mixoide edematosa que diseca el tejido muscular adyacente, contactando con el margen de resección. Expresa positividad débil para actina de músculo liso y desmina, y negatividad para S100 y p53, siendo compatible con mixoma intramuscular de $3,2 \times 2,1 \times 1,8$ cm con márgenes afectos.

Tras 14 meses no presenta recidiva local.

Caso 2

Varón de 64 años asintomático que en una ecografía abdominal se objetiva una lesión de partes blandas, homogénea e hipoeoica adyacente al psoas derecho, de gran tamaño. La RMN evidencia una masa retroperitoneal derecha de $8,3 \times 5,5 \times 4,2$ cm en el psoas contactando con la cava inferior y con las vértebras L2-L5, marcadamente hiperintensa en T2, bien delimitada, sin restricción de la difusión, con escasa captación poscontraste, lenta y progresiva, que sugiere predominio mixoide (fig. 2).

Se realiza una laparotomía, con maniobra de Cattle y apertura del psoas, con disección simple de la tumoración, adherida a los cuerpos vertebrales sin infiltrarlos.

La anatomía patológica evidencia una proliferación mesenquimal hipocelular, con estroma mixoide abundante, infiltrando focalmente el tejido muscular periférico, sin atipia, mitosis ni necrosis tumoral, siendo negativo para actina del

músculo liso, desmina y S100, compatible con mixoma intramuscular de $11 \times 6 \times 4$ cm con márgenes afectos.

Las RMN de control tras 6 y 12 meses no mostraron recidiva local.

El mixoma intramuscular es un tumor mesenquimal benigno de partes blandas indoloro, solitario, de 2-15 cm¹, asintomático salvo que comprima estructuras vecinas², que crece lentamente, más frecuente en muslos y nalgas, apareciendo también en parrilla costal, pared abdominal o cavidad oral^{3,4}, siendo raro el psoas.

Como parte del síndrome de Mazabraud o del síndrome de Mc Cune-Albright pueden presentarse múltiples lesiones^{1,5}. Frecuentemente asocian trisomías de los cromosomas 8 y 7, como otras neoplasias, o mutaciones somáticas del codón Arg201 del gen GNAS1 del cromosoma 20q13⁶.

El diagnóstico precisa de pruebas de imagen para delimitar la lesión y evaluar su relación con las estructuras adyacentes, y de confirmación histológica para diferenciarlo de los sarcomas. La ecografía muestra una lesión bien definida homogénea e hipoeoica, y la TC evidencia lesiones bien definidas, homogéneas e hipointensas, sin realce poscontraste. La RMN es el *gold standard*, siendo lesiones bien definidas con una cápsula, a veces con quistes intralesionales o rodeado de un anillo graso. Habitualmente presentan hipointensidad homogénea en secuencias T1, con hiperintensidad marcada en T2 respecto al tejido circundante, y un realce variable heterogéneo en las imágenes con contraste que pueden dar diversos patrones^{4,7,8}, como en nuestros casos.

Aunque macroscópicamente parezca bien definido, histológicamente es un tumor hipocelular, hipovascular, con abundante estroma mucinoso carente de colágeno, sin mitosis, atipias ni necrosis, y aunque presente áreas focales de hiper celularidad e hipervascularidad no cambian su comportamiento benigno^{8,9}. Microscópicamente suele infiltrar y/o atrofiar el tejido muscular circundante^{7,9}. En la inmunohistoquímica suele ser positivo para vimentina, siendo negativo para S100, desmina, actina de músculo liso y α -1 antitripsina^{2,9}.

El diagnóstico diferencial se establece principalmente con otros tumores mixoides, tanto benignos como malignos^{6,9}. Se recomienda la biopsia con aguja gruesa Tru-Cut para realizar estudios de anatomía patológica y de inmunohistoquímica que permitan diferenciarlo de los sarcomas^{9,10}.

El tratamiento es la resección quirúrgica. En una serie de 55 mixomas, tras 19 años de seguimiento no observaron recidiva local, se realizase resección amplia o simple pese a márgenes afectos, recomendándose la resección simple por su menor morbilidad^{1,10}. La recurrencia local ronda el 3-8%, con mayor riesgo los 2 primeros años^{1,9}. Nunca metastatiza. En ninguno de nuestros pacientes se ha observado recidiva.

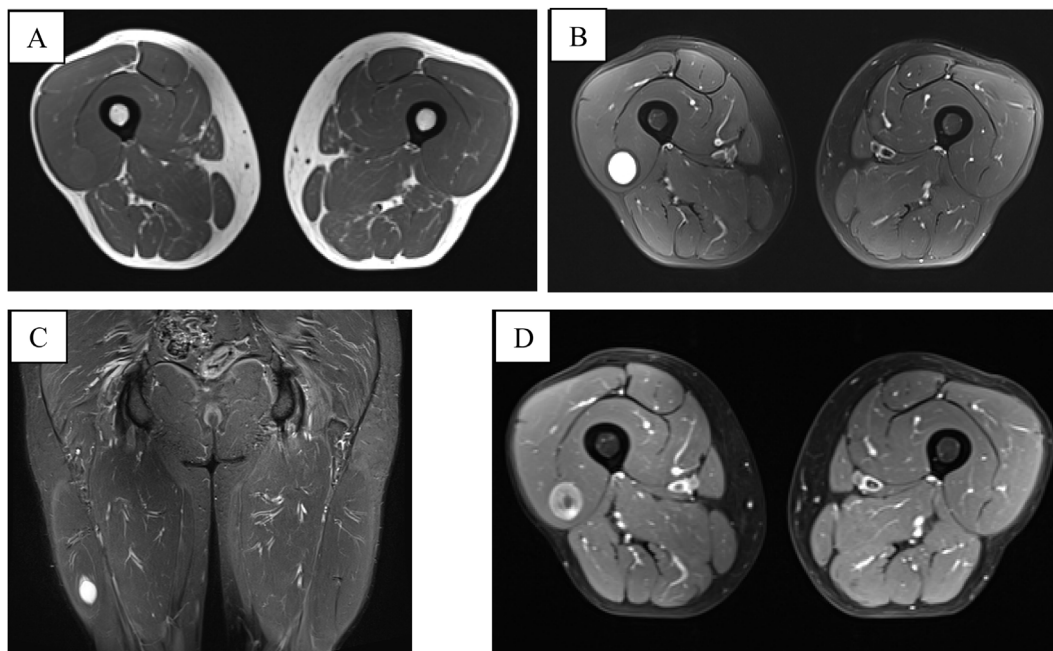


Figura 1 – RMN de muslos. (A) Intensidad similar a la musculatura en secuencias T1 sin supresión grasa. **(B y C)** Alta intensidad en secuencias DP con supresión grasa, con halo craneal y caudal. **(D)** Realce moderado-intenso heterogéneo fundamentalmente periférico con zona central nodular hipointensa que no realza en secuencia T1 con supresión grasa tras la administración de contraste.

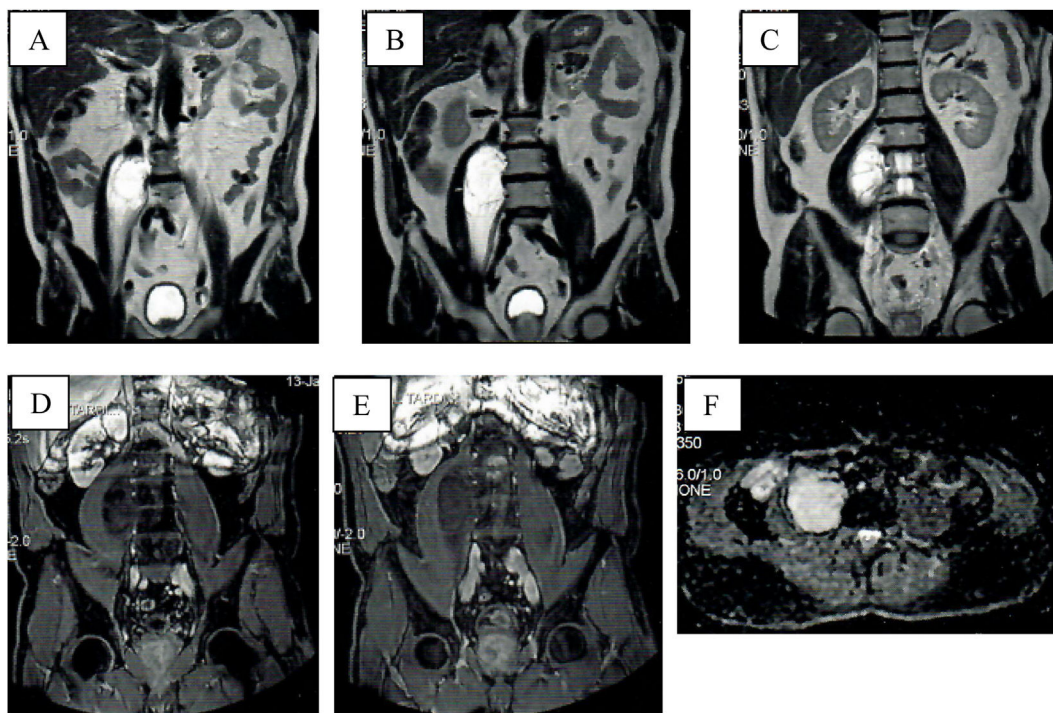


Figura 2 – RMN de pelvis. (A-C) Lesión hiperintensa en secuencias T2 sin supresión grasa, bien delimitada y con algunos septos en su interior. **(D y E)** Secuencias T1 con supresión grasa y contraste, que evidencian escasa captación, lenta pero progresiva. **(F)** Sin restricción de la difusión.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

- Enzinger FM. Intramuscular myxoma. A review and follow up study of 34 cases. *Am J Clin Pathol*. 1965;43:104-13. <http://dx.doi.org/10.1093/ajcp/43.2.104>.
- Guppy KH, Wagner F, Tawh R, Gallagher L. Intramuscular myxoma causing lumbar radiculopathy. *J Neurosurg*. 2001;95(2 Suppl):260-3. <http://dx.doi.org/10.3171/spi.2001.95.2.0260>.
- Nisi M, Izzetti R, Gabriele M, Pucci A. Oral intramuscular myxoma: case report and brief review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2021;131:e52-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.oooo.2020.03.053>.
- Martín JI, Manuel JC, Alonso J, Alonso JL, Barcena JN, Gómez-Fleitas M. Mixoma intramuscular en pared abdominal. *Cir Esp*. 2003;73:188-90. [http://dx.doi.org/10.1016/S0009-739X\(03\)72117-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0009-739X(03)72117-4).
- Mazabraud A, Semat P, Roze R. A propos de l'association de fibromyxomes des tissus mous a la dysplasie fibreuse des os. *Presse Med* (1893). 1967;75:2223-8.
- Panagopoulos I, Gorunova L, Lobmaier I, Bjerkehaugen B, Heim S. Karyotyping and analysis of GNAS locus in intramuscular myxomas. *Oncotarget*. 2017;8:22086-94. <http://dx.doi.org/10.18632/oncotarget.14986>.
- Murphey MD, McRae GA, Fanburg-Smith JC, Temple HT, Levine AM, Aboulafia AJ, et al. Imaging of soft-tissue myxoma with emphasis on CT and MR and comparison of radiologic and pathologic findings. *Radiology*. 2002;225:215-24. <http://dx.doi.org/10.1148/radiol.2251011627>.
- Luna A, Martinez S, Bossen E. Magnetic resonance imaging of intramuscular myxoma with histological comparison and a review of the literature. *Skeletal Radiol*. 2005;34:19-28. <http://dx.doi.org/10.1007/s00256-004-0848-9>.
- 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;22:1222-7. <http://dx.doi.org/10.1097/0000478-199810000-00007>.
- Sukpanichyingyong S, Matsumoto S, Ae K, Tanizawa T, Hayakawa K, Funauchi Y, et al. Surgical Treatment of Intramuscular Myxoma. *Indian J Orthop*. 2021;55:892-7. <http://dx.doi.org/10.1007/s43465-021-00367-9>.

Rodrigo Kaibel Val*, Jaime Vázquez Echarri
e Ignacio Kaibel Axpe

Clínica médico-quirúrgica ROKAVA, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rodrigokaibelval@gmail.com
(R. Kaibel Val).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2023.02.013>
0009-739X/

© 2022 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

¿Signo de Hamman tras un procedimiento dental? Hamman's sign after a dental procedure?



El neumomediastino es una entidad clínica poco frecuente caracterizada por la presencia de aire en el mediastino, su origen secundario iatrogénico debido a un proceso odontológico menor es extremadamente raro, por lo que requiere un alto índice de sospecha para su diagnóstico.

Presentamos el caso clínico de una paciente de 67 años de edad, sin antecedentes médicos de interés, que acude al servicio de Urgencias tras haberse realizado 8 h antes obturaciones dentales a nivel de primer y segundo premolar inferior izquierdo. La paciente describe que en la fase de pulido del procedimiento, la cual se realiza con instrumentos rotatorios que dispensan aire y agua, inicia de forma brusca con sensación opresiva a nivel hemifacial izquierdo, evidenciando su odontólogo edematización de la mucosa circundante, con aumento de volumen de partes blandas hasta la zona periobitatoria ipsilateral. Ante la

sospecha diagnóstica de reacción alérgica secundaria al anestésico local, se le instaura de forma inmediata tratamiento corticoideo. La paciente refiere empeoramiento progresivo e inicio de cuadro de opresión a nivel cervicotorácico, por lo que es remitida desde la clínica dental a nuestro centro.

A su llegada, paciente hemodinámicamente estable, afebril, eupneica, SpO₂ 96%. En la exploración física se observa enfisema subcutáneo a nivel facial y cervical. La exploración de la cavidad oral no evidencia ninguna alteración reseñable. En la auscultación pulmonar, murmullo vesicular conservado y en la auscultación cardíaca, crepitanes sincrónicos con el latido cardíaco en región precordial (signo de Hamman).

Se realiza una radiografía de tórax en la que se confirma la impresión diagnóstica de neumomediastino (fig. 1A). Se