

Casos en imagen 2.—HEMANGIOPERICITOMA RETROPERITONEAL

Diagnóstico final

Hemangiopericitoma retroperitoneal.

Hallazgos radiológicos

RM pélvica en el momento del diagnóstico (fig. 1)

Corte sagital potenciado en T1 (Fig. 1a): tumoración sólida de contornos bien definidos, supravesical con intensidad de señal similar al músculo y homogénea.

Sección coronal potenciada en T2 (Fig. 1b): la tumoración es lateral al útero, de elevada intensidad de señal, con zonas de vacío de señal por artefactos de flujo elevado.

T1 axial sin (arriba) y con (abajo) gadolinio (Fig. 1c): los vasos ilíacos están rechazados hacia delante y la tumoración está en íntimo contacto con el músculo psoas-ilíaco derecho. Existe un realce homogéneo e intenso de la lesión tras la inyección de gadolinio DPTA.

Angio-TC abdominal tres años tras el diagnóstico: recidiva (fig. 2)

Corte axial a nivel pélvico (Fig. 2a): Tumoración sólida que capta densamente el contraste posterior al músculo psoas y anterior al ilíaco.

Reconstrucción MIP sagital oblicua (Fig. 2b): la lesión está en íntimo contacto con la arteria ilíaca interna derecha.

Reconstrucción volumétrica (VR) (Fig. 2c): se observa la relación de la lesión con las estructuras óseas de la pelvis y los vasos ilíacos del lado derecho.

Comentario

El hemangiopericitoma (HPB) es un raro tumor vascular (capilar) originado en los pericitos, cuyas características ultraestructurales y marcadores tumorales, que permiten distinguirlo de otros tumores mesenquimatosos, se han descrito recientemente. El HPB está compuesto por proliferación de células que rodean a canales vasculares de pared delgada, pero el origen de estas células denominadas pericitos no es endotelial sino mesenquimatoso¹.

Puede aparecer a cualquier edad con predilección por la cuarta y quinta décadas de la vida y con una distribución similar en ambos sexos^{3,4}.

Clínicamente se presentan con dolor o masa. Su crecimiento es lento, por lo que pueden transcurrir varios años antes del diagnóstico.

La localización retroperitoneal es la segunda más frecuente después de las extremidades superiores e inferiores. Es más común en el retroperitoneo abdominal que pélvico, aunque pueden tener cualquier localización³.

El HPB debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de las masas de tejidos blandos retroperitoneales, a pesar de que es relativamente raro comparado con otros tumores de origen mesenquimatoso que se dan con mayor frecuencia en el retroperitoneo: liposarcoma, histiocitoma fibroso maligno, o leiomiosarcoma⁵. La característica más típica del HPB es la hipervascularización. Este hallazgo también puede presentarlo el leiomiosarcoma y el histiocitoma fibroso maligno aunque con menor frecuencia^{3,6}.

Otras alteraciones menos específicas son los márgenes bien definidos y encapsulados, la presencia de necrosis o degeneración quística y la ausencia de calcificación o invasividad².

Las técnicas radiológicas no invasivas de elección para demostrar la hipervascularización son la tomografía computarizada (TC) con contraste intravenoso y la resonancia magnética (RM) con gadolinio. Las lesiones suelen ser grandes y lobuladas con áreas de degeneración quística y necrosis⁶. La angiografía también es característica y muestra múltiples ramas vasculares con dispositivo radial³.

El tratamiento indicado es la resección quirúrgica. Posibles signos de irresecabilidad son la invasión vascular y de órganos vecinos o la presencia de masas múltiples, para lo cual son de utilidad las reconstrucciones realizadas mediante TC o RM. El papel de la radioterapia y de la quimioterapia aún no está determinado.

La malignidad de este tumor no está bien establecida. De hecho hay una continuidad entre el hemangiopericitoma benigno y el maligno. La malignidad se estima según el número de mitosis y la celularidad⁷. Las lesiones recurren en el 60% de los casos por lo que se recomienda un seguimiento con TC o RM cada seis meses durante dos años⁶. Las exploraciones radiológicas permiten definir la recurrencia o metástasis y definir la localización y extensión de la enfermedad previa a la intervención quirúrgica⁴.

BIBLIOGRAFÍA

- Iijiri K, Yuasa S, Yone K, Matsunaga S, Ryoki T, Taniguchi N, Yonezawa S, Komiya S. Primary epidural hemangiopericytoma in the lumbar spine: a case report. Spine 2002;27(7):E189-92.
- Alpern M, Thorsen MK, Kellman GM, Pojunas K, Lawson TL. CT appearance of hemangiopericytoma. J Comput Assist Tomogr 1986;10(2):264-7.
- Goldman SM, Davidson AJ, Neal J. Retroperitoneal and pelvic hemangiopericytomas: clinical, radiologic, and pathologic correlation. Radiology 1988;168(1):13-7.
- Hacken JB, Athey PA. Recurrent and metastatic retroperitoneal hemangiopericytoma. J Comput Tomogr 1985;9(3):257-9.
- Nakashima J, Ueno M, Nakamura K, Tachibana M, Baba S, Deguchi N, Tazaki H, Murai M. Differential diagnosis of primary benign and malignant retroperitoneal tumors. Int J Urol 1997;4(5):441-6.
- Zhonghua Zhong Liu Za Zhi. Computed tomography of retroperitoneal neoplasm. Chinese Academy of Medical Sciences. Beijing 1992;14(6):455-7.
- Pandey M, Kothri KC, Patel DD. Haemangiopericytoma: current status, diagnosis and management. Int J Urol 1997;4(5):441-6.

Correspondencia:

Fuensanta Medina.
Servicio Radiodiagnóstico. Hospital U. Virgen del Rocío.
Avda. Manuel Siurot s/n.
41013 Sevilla.