

Casos clínicos

Tumor de Masson como aneurisma de la arteria humeral

Carlos J. Velázquez¹, Jose Ignacio Font¹, Francisco Torres², Omar Araji¹
y Jose Miguel Barquero¹, Sevilla y Algeciras, España

La hiperplasia endotelial papilar intravascular (hemangioendotelioma vegetante de Masson) es una entidad muy poco frecuente que afecta a las arterias. En los estudios publicados no encontramos ninguna referencia a esta lesión relacionada con la arteria humeral. Presentamos un caso de tumor vascular asintomático de la arteria humeral debido a esta anomalía. Una mujer de 58 años de edad fue ingresada en el hospital de los autores con una masa pulsátil asintomática en la arteria humeral. La ecografía reveló un aumento de tamaño en el último año. Se extirpó el tumor y el segmento vascular se reemplazó por un segmento de vena céfalica invertida. Los hallazgos del examen patológico eran compatibles con una hiperplasia endotelial papilar intravascular. En el examen de seguimiento a los cinco meses de la intervención, no estaba presente el tumor, la paciente permanecía asintomática y había conservado la permeabilidad de la arteria de la extremidad superior. Desde un punto de vista clínico e histopatológico, esta lesión vascular poco frecuente puede confundirse con un tumor maligno. Puesto que el tumor de Masson puede curarse mediante resección quirúrgica completa, es importante establecer un diagnóstico correcto.

CASO CLÍNICO

Una mujer de 58 años de edad fue remitida para valoración por el servicio de cirugía vascular ante la presencia de un tumor vascular pulsátil, asintomático, de 2 cm de diámetro y 2 años de evolución, localizado en el codo derecho. Los pulsos radial y cubital estaban presentes. La paciente no tenía antecedentes de traumatismo, punción arterial, infección, aterosclerosis o cualquier otro factor de riesgo de aneurisma periférico. Entre sus antecedentes destacaba la

presencia de hipotiroidismo y poliposis colónica. Después de una exploración clínica y con eco-Doppler, se estableció el diagnóstico de aneurisma de la arteria humeral con trombo humeral. Un año más tarde, la masa continuaba siendo asintomática, pero se consideró su corrección quirúrgica debido al significativo aumento de tamaño (29 × 19 × 13 mm) documentado mediante ecografía.

En el quirófano se resecó por completo la masa pulsátil y se reemplazó por un segmento de vena céfalica invertida (figs. 1 y 2). El examen de la pieza anatómica reveló una consistencia firme del supuesto trombo, que presentaba un aspecto diferente de un trombo mural habitual.

La evolución postoperatoria fue favorable y la paciente fue dada de alta dos días más tarde. No aparecieron complicaciones relacionadas, como fiebre o signos de isquemia. Los pulsos radial y cubital estaban presentes. En el seguimiento a los seis meses no habían aparecido complicaciones.

El examen microscópico reveló estructuras papilares que recordaban el tejido de granulación y abundantes células de revestimiento endotelial,

DOI of original article: 10.1016/j.avsg.2007.07.024.

¹Cardiovascular Surgery Departament, Hospital U. Virgen Macarena, Sevilla, España.

²Department of Pathology, Hospital Punta Europa, Algeciras, España.

Correspondencia: Carlos J. Velázquez, Cardiovascular Surgery Departament, Hospital U. Virgen Macarena, C/ Jose de Velilla, 6. 2C. 41001 Sevilla, España. Correo electrónico: carlos1velazquez@hotmail.com

Ann Vasc Surg 2008; 22: 127-129

DOI: 10.1016/j.avsp.2008.04.016

© Annals of Vascular Surgery Inc.

Publicado en la red: 10 de enero de 2008



Fig. 1. Aspecto intraoperatorio del tumor de Masson.



Fig. 2. Tumor de Masson disecado.

por lo que se estableció el diagnóstico de tumor de Masson (fig. 3).

DISCUSIÓN

La hiperplasia endotelial papilar intravascular (HEPI) es una forma benigna de proliferación endotelial intravascular. Descrita por primera vez por Masson en 1923¹ en una vena hemorroidal, la HEPI se observó más tarde en otras localizaciones. Se han descrito tres tipos: 1) una forma pura (primaria) que se origina *de novo* en espacios vasculares dilatados; 2) una forma mixta (secundaria o reactiva) que se produce focalmente en varices, hemangiomas y malformaciones

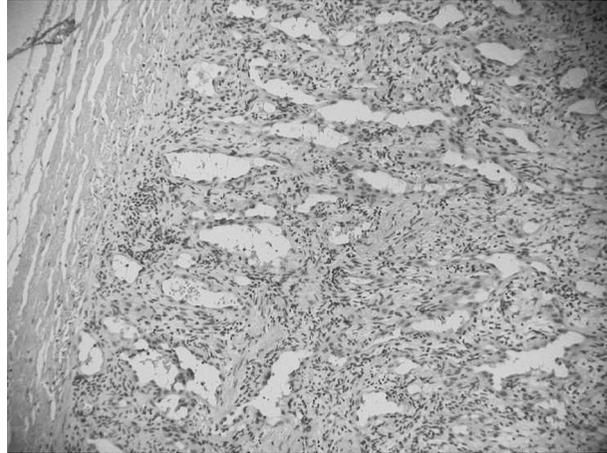


Fig. 3. Aspecto patológico del tumor de Masson.

arteriovenosas preexistentes; y 3) una forma extravascular excepcional que se origina en los hematomas².

Para la HEPI extracraneal se ha descrito una preponderancia en el sexo femenino y un pico de incidencia en la cuarta década de la vida³. Esta entidad puede desarrollarse en una malformación vascular o trombo preexistente. Las lesiones múltiples pueden representar ejemplos de HEPI que se producen en el contexto de un síndrome de angiomatosis cavernosa sistémica^{4,5}.

La patogenia de la HEPI sigue siendo especulativa. En 1923, Masson consideraba el proceso como una neoplasia con trombosis secundaria¹. No obstante, su forma de presentación, su asociación con otras lesiones y su patrón de crecimiento son más sugestivos de un proceso reactivo benigno, quizá relacionado con un traumatismo^{6,7}. La frecuencia con la que se encuentran trombos en estas lesiones ha propiciado que algunos autores propusieran que este proceso es una forma insólita de organización de un trombo^{8,9}. Se considera que el coágulo sirve de matriz para la proliferación de las estructuras papilares¹⁰. Desde un punto de vista ultraestructural, estas estructuras papilares parecen ser muy similares al tejido de granulación, y las células de revestimiento endotelial parecen originarse en los histiocitos¹¹. La abundante proliferación endotelial implica un circuito autocrino de secreción endotelial de factor de crecimiento fibroblástico básico¹².

Las comparaciones de la tinción histológica con trombos organizativos sugirieron que la HEPI es una forma de organización para la formación de trombos¹; pero, a diferencia de los organizados, que característicamente regresan con el tiempo, esta entidad manifiesta un crecimiento similar al

de los tumores y recurre cuando se reseca de forma incompleta.

Hacemos hincapié en la importancia del diagnóstico diferencial, en particular con respecto a otros procesos. Y lo que es más significativo, la HEPI puede confundirse con un angiosarcoma^{13,14}. Otros diagnósticos diferenciales incluyen el granuloma piógeno, el sarcoma de Kaposi, hemangioma, angioendotelioma, enfermedad de Kimura, angiomas bacilar y proliferación vascular intravenosa atípica¹⁵.

La HEPI puede simular neoplasias vasculares como el angiosarcoma. A diferencia de este tumor, que prácticamente nunca se desarrolla en la luz de un vaso, en general, esta entidad se origina en la cara luminal de un vaso y permanece confinada en ella, como un proceso trombótico-inflamatorio de una vena periférica. Las localizaciones vasculares incluyen los dedos de las manos, cuero cabelludo, cuello y tronco, donde las lesiones aparecen como masas superficiales rojas o azuladas, firmes, pequeñas. Es bien conocida la conducta agresiva de la HEPI ya que, en general, recidiva cuando su resección es incompleta.

Por esta razón, si se observa HEPI dentro de un aneurisma, debe efectuarse una resección completa. Si el vaso original no puede sacrificarse o no puede reconstituirse la luz del vaso original, es necesario un injerto de interposición o derivación. La radioterapia o quimioterapia adyuvante para una lesión cuya resección ha sido incompleta o intracraneal múltiple se ha asociado tanto con la estabilización como con la regresión a largo plazo de la lesión^{16,17}.

La radioterapia con radiación gamma puede ser beneficiosa para las lesiones más pequeñas no tributarias de una resección completa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Masson P. Hémangioendotéliome végétant intravasculaire. Bull Soc Anat Paris 1923;93:517-523.
2. Chen KT. Extravascular papillary endothelial hyperplasia. J Surg Oncol 1987;36:52-54.
3. Clearkin KP, Enzinger FM. Intravascular papillary endothelial hyperplasia. Arch Pathol Lab Med 1976;100:441-444.
4. Duong DH, Scoones DJ, Bates D. Multiple intracerebral intravascular papillary endothelial hyperplasia. Acta Neurochir (Wien) 1997;139:883-886.
5. Nagib MG, Sung JH, Seljeskog EL. Neurocutaneous Masson's vegetant intravascular hemangioendotelioma. Neurosurgery 1982;11:800-803.
6. Axiotis CA, Merino MJ, Ain K. Papillary endothelial hyperplasia in the thyroid following fine needle aspiration. Arch Pathol Lab Med 1991;115:240-242.
7. Rampoldi M, Bonica J, Remotti D. Extravascular papillary endothelial hyperplasia following surgery for De Quervain's disease. J Hand Surg (Br) 1997;22:116-118.
8. Salyer WR, Salyer DC. Intravascular angiomas: development and distinction from angiosarcoma. Cancer 1975;36:995-1001.
9. Eusebi V, Fanti PA, Fedeli F, Mancini AM. Masson's intravascular vegetant hemangioendotelioma. Tumori 1980;66:489-498.
10. Steffee CH, Iskandar SS. Intravascular papillary endothelial hyperplasia in a thrombosed renal allograft vein. Hum Pathol 1996;27:986-989.
11. Albrecht S, Kahn HJ. Immunohistochemistry of intravascular papillary endothelial hyperplasia. J Cutan Pathol 1990;17:16-21.
12. Levere SM, Barsky SH, Meals RA. Intravascular papillary endothelial hyperplasia: a neoplastic actor representing an exaggerated attempt at recanalization mediated by basic fibroblast growth factor. J Hand Surg (Am) 1994;19:559-564.
13. Barr RJ, Graham JH, Sherwin LA. Intravascular papillary endothelial hyperplasia. A benign lesion mimicking angiosarcoma. Arch Dermatol 1987;114:723-726.
14. Barua R, Munday RN. Intravascular angiomas in female urethral mass. Masson intravascular hemangioendotelioma. Urology 1983;21:191-193.
15. Rosai J, Akerman LR. Intravenous atypical vascular proliferation. A cutaneous lesion simulating a malignant blood vessel tumor. Arch Dermatol 1974;109:714-717.
16. Avellino AM, Grant GA, Harris AB, Wallace SK, Shaw CM. Recurrent intracranial Masson's vegetant intravascular hemangioendotelioma. J Neurosurg 1999;91:308-312.
17. Kristof RA, Van Roost D, Wolf HK, Schramm J. Intravascular papillary endothelial hyperplasia of the sellar region: report of three cases and review of the literature. J Neurosurg 1997;86:558-563.