

Mixoma yuxtaarticular lumbar

Reporte de caso y revisión de la literatura

Oscar Esteban Valdez*, Dra. Adriana D'Alleva**, José Esteban Meoli*

* Servicio de Neurocirugía, Hospital Escuela Eva Perón de Granadero Baigorria, Prov. de Santa Fe.

** Instituto de Histopatología, Rosario, Santa Fe.

RESUMEN

Objetivo: Reportar un caso de mixoma yuxtaarticular lumbar y revisión de la literatura.

Descripción: Paciente de sexo femenino, de 50 años, sin antecedentes médicos de interés, consultó por lumbalgia crónica. La exploración neurológica sólo constató una debilidad por impotencia funcional en miembro inferior derecho. La RMN de columna lumbo-sacra evidenció una lesión expansiva a nivel de L4, en el espesor de la musculatura paravertebral, de aspecto quístico.

Intervención: Se realizó una cirugía de exéresis de la lesión tumoral, mediante abordaje posterior miniinvasivo y asistencia videoendoscópica, logrando una resección macroscópica total. El estudio anatómo-patológico dilucidó que se trataba de un mixoma. La inmuno-fenotipificación fue positiva para vimentina. En el posoperatorio presentó un hematoma de herida quirúrgica, que resolvió espontáneamente. La evolución ulterior fue favorable, con remisión del cuadro doloroso. Se efectuaron controles de resonancia magnética posoperatorios, a los tres meses y a los dos años; no se constató recidiva de la lesión tumoral. Actualmente la paciente cursa treinta meses de posoperatorio y se encuentra asintomática.

Conclusión: La localización lumbar paravertebral es excepcional en el mixoma yuxta-articular. La resección quirúrgica total es el tratamiento de elección, ya que suele ser curativa.

Palabras clave: Asistencia Videoendoscópica; Cirugía Miniinvasiva; Columna Lumbar; Mixoma Yuxtaarticular

ABSTRACT

Objective: To report a case of lumbar juxta-articular myxoma and review the literature.

Description: A 50 year-old-woman female with no medical history consulted for chronic low back pain. Only functional impairment was found in the right lower limb during the neurological examination. MRI of the lumbosacral spine showed an expansive lesion with cystic appearance at L4 in the thickness of the paravertebral muscles.

Intervention: A surgical excision of the tumor was performed via a minimally invasive posterior approach and video-assisted technique, achieving a gross total removal. A myxoma was revealed by the pathological examination with positive immunohistochemistry for vimentin. The patient had a wound hematoma postoperatively, which resolved spontaneously. Further evolution was favorable, with remission of painful symptoms. MRI studies at three months and two years postoperatively showed no tumor recurrence. Actually, the follow-up period reaches thirty months and the patient is asymptomatic.

Conclusion: The lumbar paravertebral location is an exceptional presentation of juxta-articular myxoma. Complete surgical resection is the treatment of choice because it is usually curative.

Key words: Videoendoscopic Assistance; Minimally Invasive Surgery; Lumbar Spine, Juxtaarticular Myxoma

INTRODUCCIÓN

El mixoma es un tumor mesenquimático de origen fibroblástico, que contiene células estrelladas dentro una matriz mixoide, rica en mucopolisacáridos. Representa alrededor del 3% de los tumores de tejidos blandos. Existe una ligera predilección por el sexo femenino, en la edad adulta. Un estudio retrospectivo realizado en nuestro país, publicado recientemente, arrojó como resultado una incidencia del 0,011%.¹ Las variantes auricular e intramuscular representaron el 80% y la odontogénica correspondió al 20% restante. Los intramusculares asientan preferentemente en los miembros.² La variante auricular corresponde al tumor benigno más frecuente del corazón.^{3,4}

Los mixomas odontogénicos derivan del tejido conectivo embrionario, relacionado con la odontogénesis, por lo que asientan en la región maxilomandibular.⁵

La misma correspondería en la clasificación de tumores de partes blandas de la WHO al grupo benigno de "Tumores de diferenciación incierta" con tendencia a la recurrencia local. La manifestación inicial de los mixomas in-

tramusculares suele ser una masa con lento crecimiento, asociada a dolor en alrededor del 50% de los casos. La asociación con displasia fibrosa ósea constituye el raro síndrome de Mazabraud.⁶ Los sitios menos frecuentes son intermuscular, subcutánea o yuxta-articular; estos últimos se alojan frecuentemente cerca de la rodilla. Habitualmente son lesiones solitarias.

En los cortes teñidos con hematoxilina-eosina, su aspecto varía precisamente en función de la concentración de mucopolisacáridos; a veces aparece de aspecto grumoso y coloración azulada, mientras que en otras es más amorfa y semitransparente. Asimismo, esta sustancia se tiñe intensamente con el azul alciano.

El mixoma yuxta-articular se origina en la vecindad de una articulación, pudiendo provocar erosiones por presión en el hueso adyacente. El objetivo de este trabajo es reportar un caso de mixoma yuxta-articular en una mujer adulta, con asiento en la columna lumbar.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de sexo femenino, de 50 años, sin antecedentes de interés, consultó por lumbalgia crónica. El examen neurológico puso de manifiesto una debilidad en miembro infe-

Oscar Esteban Valdez
oevaldez@hotmail.com

rior derecho, que inicialmente fuera interpretada como impotencia funcional, debido a la presencia de dolor intenso.

La radiología simple de columna lumbo-sacra no mostró alteraciones y la RMN evidenció una lesión ocupante de aspecto quístico, localizada en el espesor de la musculatura paravertebral derecha, a la altura de la cuarta vértebra lumbar, con implantación en las facetas articulares. En relación al LCR, la lesión era isointensa en T1 e hiperintensa en T2 (fig. 1).

Se realizó tratamiento quirúrgico, mediante abordaje miniinvasivo paramediano derecho y asistencia videoendoscópica. La lesión tumoral estaba en el espesor del tejido muscular paravertebral y era de coloración grisáceo-violácea. Sus límites eran netos, sin presentar una estructura capsular definida macroscópicamente, era de tipo sólida, pero muy friable, lo cual obligó a una resección fragmentada. Se extrajeron varias muestras para el estudio anatómo-patológico y una vez finalizada la exéresis, se procedió a la coagulación del lecho quirúrgico y del sitio de implante tumoral a nivel de la cápsula de la articulación facetaria. Se efectuó un cierre cuatro planos, dejando drenaje K-9 por contraabertura. El posoperatorio estuvo complicado con hematoma de herida quirúrgica (fig. 2), que resolvió espontáneamente al cabo de dos semanas.

El examen histológico con la coloración de H-E mostró una proliferación estromal benigna con células fibroblásti-

cas estrelladas, sin atipias, que asientan en abundante fondo mixoide con vasos ectásicos y sectores microquísticos (fig. 3). Con la coloración alcian blue se observó una positividad difusa del estroma. La lesión presentaba contornos poco definidos o infiltrativos en relación al tejido periférico adyacente, fibroadiposo denso, muscular estriado, focalmente atrófico y con un tejido de aspecto artrosinival ricamente vascularizado. La inmunohistoquímica fue positiva sólo para vimentina y negativa para citoqueratina, proteína S-100, CD 34, desmina y actina muscular lisa.

Las imágenes de resonancia magnética posoperatorias fueron realizadas a los tres meses y a los 2 años, no constándose recidiva (fig. 4).

DISCUSIÓN

La forma de presentación clínica con lumbalgia crónica con impotencia funcional puede inducir a pensar en lumbalgia inespecífica como primer diagnóstico; el estudio radiológico definiría aquella presunción.

El estudio de resonancia magnética fue realizado con protocolo convencional para columna lumbar, por lo que sólo incluía las series T1 y T2, evidenciando una lesión ocupante sin aportar mayores detalles para la disquisición diagnóstica.

La imagen de resonancia magnética, la cual se asemeja-

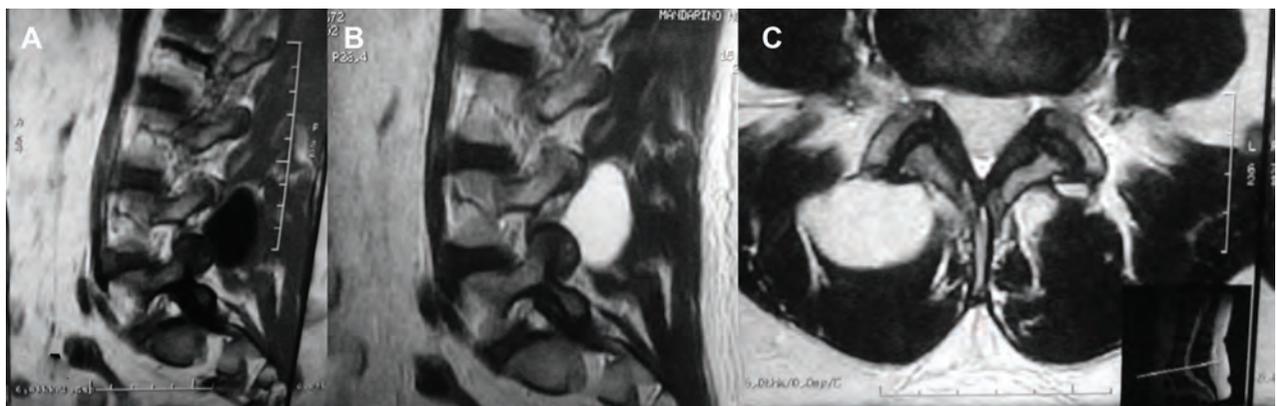


Figura 1: RMN: lesión de aspecto quístico a nivel de L4. A y B, plano sagital en secuencias T1 y T2. C, plano axial T2.

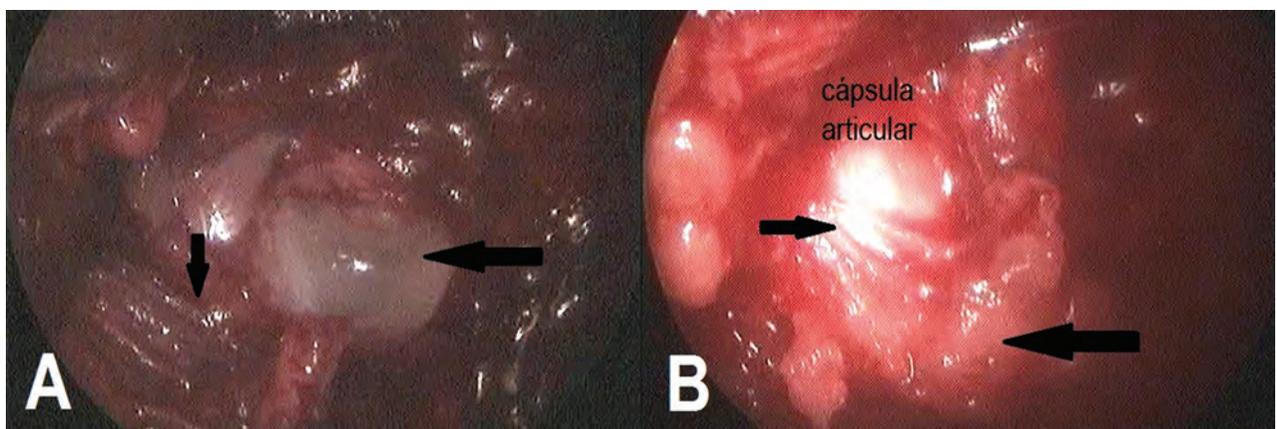


Figura 2: 2A: tumor de aspecto mixoide (flecha grande) y músculo paraespinal (flecha pequeña). 2B: restos de tumor (flecha grande) e implante en articulación facetaria (flecha pequeña).

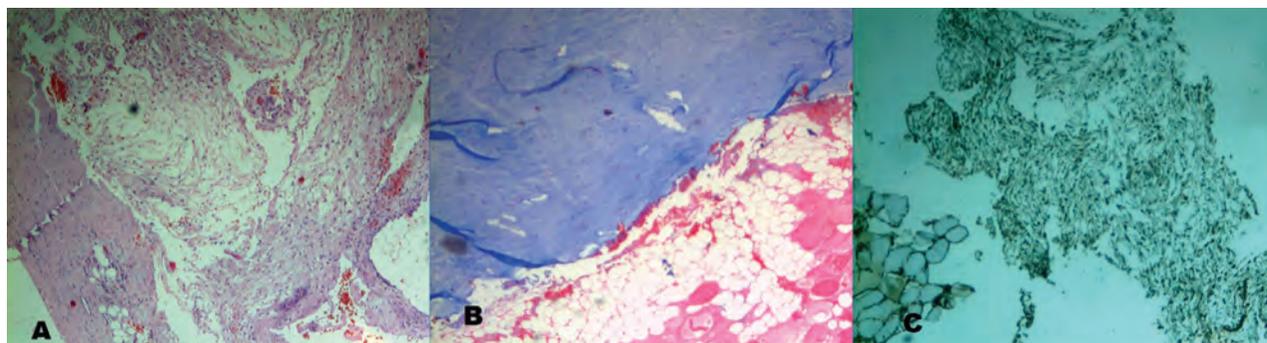


Figura 3: 3A: coloración con hematoxilina-eosina. 3B: coloración con Alcian blue. 3C: inmunohistoquímica positiva para vimentina.

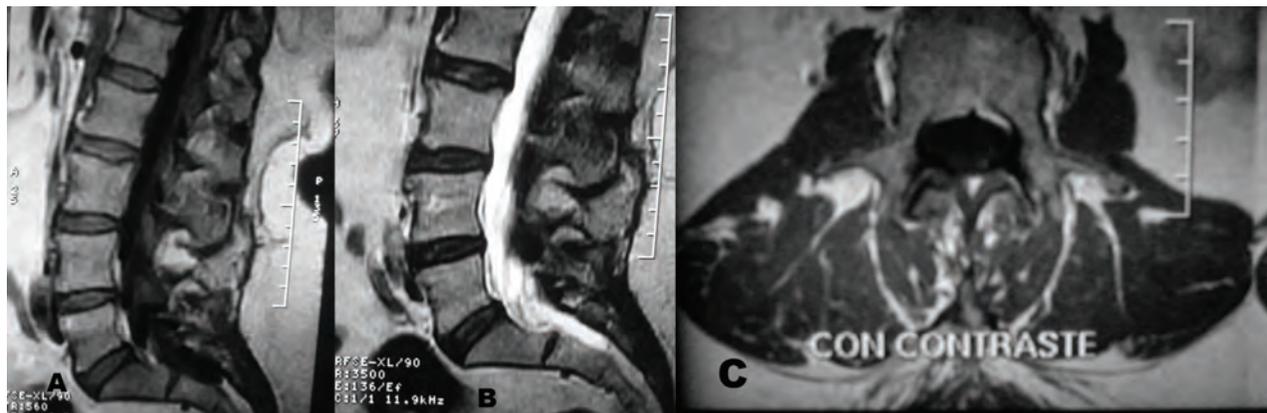


Figura 4: A y B: RMN, 2° año de posoperatorio, cortes sagitales T1 y T2. C: T1 axial con contraste.

ba a una lesión quística benigna puede conducir a la toma de decisión de una conducta expectante, o bien a proponer una biopsia por punción como medidas iniciales.⁷

De todos modos el tratamiento quirúrgico como primer gesto terapéutico está avalado por las dificultades que ofrecen los tumores de tejidos blandos cuando se estudian especímenes que fueron obtenidos por punción. No cabe duda que el patólogo debe afrontar un gran desafío en el diagnóstico, puesto que abarcan un espectro amplio de lesiones de histogénesis y agresividad biológica diversas.^{8,9}

El diagnóstico se basa principalmente en la observación de cortes teñidos con H-E y en la correlación clínica, puesto que las técnicas especiales sólo son útiles en un número bastante limitado de casos. Los anticuerpos más comúnmente utilizados son la proteína S-100, AME, CK, Actina y desmina, vimentina y CD34.

La interpretación de los aspectos radiológicos de la lesión, sumado a la constatación intraoperatoria del sitio de implante, junto con la inmunomarcación, determinan su designación específica como yuxta-articular. Este tipo de lesiones es benigna, de baja celularidad y sin atipias citológicas.

Otras patologías de aspecto mixoide que plantean diagnósticos diferenciales con el mixoma intramuscular son los tumores de origen neural (mixoma de nervios periféricos, neurofibroma y schwannoma mixoides, entre otros) y mucho menos probable liposarcoma mixoide o fibrohistiocitoma maligno mixoide.

El alto contenido en mucina y bajo contenido en colá-

geno de estos tumores hace que su comportamiento en RM sea similar a los quistes. Son tumores hipointensos en las secuencias potenciadas en T1 y muy hiperintensos en las potenciadas en T2. En series con contraste, el realce en forma difusa puede evidenciar su verdadera naturaleza sólida, lo cual lo diferencia claramente de otras lesiones quísticas. El tratamiento debe estar dirigido a lograr la resección completa del tumor, la cual puede ser curativa. Si bien la recurrencia puede sobrevenir, esa chance es poco común, y no se han reportado casos de lesiones metastásicas.

En la variante yuxta-articular de un mixoma se puede plantear durante el acto operatorio la disyuntiva de extirpar sólo la lesión tumoral o involucrar también las facetas, en las que se implanta la lesión, con un criterio radical. Nosotros hemos preferido en esta ocasión proceder a la coagulación del sitio de implantación, debido al aspecto macroscópico benigno de la lesión.

Dado lo excepcional de esta entidad nosológica, no está establecido cuál sería el período de seguimiento para considerar la curación, en caso de no existir evidencia de recidiva de la lesión.

CONCLUSIÓN

El mixoma yuxta-articular de localización lumbar paravertebral es un tumor de presentación excepcional. La exéresis quirúrgica completa es el tratamiento de elección, ya que suele ser curativa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cordero VM, Quiñero LN, Cabalier MED. Mixoma. Rev Adaco 2012; 1: 28.
2. Costamagna D, Erra Stefania, Durando R. Intramuscular myxoma of the deltoid muscle: report of a case. BMJ Case Rep 2009.
3. Masuda I, Ferreño AM, Pasca J, Pereiro G, Lastiri H. Tumores cardíacos primarios. Mixoma auricular. Rev Fed Arg Cardiol 2004; 33: 196-204.
4. Wakely PE, Bos GD, Mayerson J. The Cytopathology of Soft Tissue Myxomas. Am J Clin Pathol 2005; 1123; 858-865.
5. Escamilla Cidel LE, Ruiz Rodríguez R, Mosqueda Taylor A. Mixoma odontogénico. Presentación de caso clínico. Revista Odontológica Mexicana 2011; 15: 244-250.
6. Svenssen Munksgaard, Salkus G, Iyer VV, Fisker RV. Mazabraud's syndrome: case report and literatura review. Acta Radiologica Short Reports 2013; 2: 8.
7. Rougraff BT, Abouafia A, Biernmann JS, Healey J. Biopsy of soft tissue masses. Evidence-based medicine for the musculoskeletal tumor society. Clin Orthop Relat Res 2009; 467: 22783-2791.
8. Allen PW. Myxoma is not a single entity: a review of the concept of myxoma. Ann Diagn Pathol 2000; 4: 99-123.
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.

COMENTARIO

Los autores reportan el caso clínico-quirúrgico de un mixoma yuxta-articular L4-L5 derecho en un paciente de sexo femenino de 50 años de edad. Los mixomas son tumores del tejido conectivo, por lo tanto pueden presentar localizaciones a nivel intramuscular, yuxta-articular, cutánea, etc. Debe ser considerada una patología infrecuente dentro de los diagnósticos diferenciales de lumbalgía crónica. La imagen en Resonancia Magnética es la necesaria para el planteo quirúrgico. Finalmente la confirmación histológica muestra una imagen que si bien es familiar para el Anatomopatólogo, no lo es por su localización yuxta-articular en el raquis.

La iconografía del trabajo es excelente junto al resultado obtenido con el tratamiento quirúrgico efectuado, por lo que agradecemos el aporte que engruesa lista de los diagnósticos diferenciales de un síntoma frecuente como lo es la lumbalgía crónica.

Dr. Jorge Lambre