

El diagnóstico diferencial de las tumoraciones de partes blandas. Quiste hidático primario de músculo cuádriceps

Dres. Nicolás Franco*, Alfredo Scelza†, Luis Belderrain*,
Martín Odriozola‡, Luis Ruso§

**Clínica Quirúrgica "3". Hospital Maciel. Facultad de Medicina,
Universidad de la República. Montevideo, Uruguay**

Resumen

Los tumores de partes blandas (TPB) son frecuentes, predominan en los miembros y aunque en su mayoría son benignos, ofrecen dificultades de diagnóstico etiológico, por lo cual siempre debe excluirse con seguridad la eventualidad del origen sarcomatoso. La mayoría de ellos son sólidos, mientras que las tumoraciones quísticas son excepcionales y más aun la hidatidosis. La presente comunicación analiza los elementos de diagnóstico diferencial de los TPB a partir de un caso de hidatidosis de muslo. Se insiste en los aspectos de valor clínico e imagenológico, se discute la biopsia y se sugiere que en un ámbito de endemia –como el Uruguay– es necesario incorporar la hidatidosis en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones de partes blandas.

Palabras claves: *NEOPLASIAS DE LOS TEJIDOS BLANDOS.
EQUINOCOCOSIS.
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.*

Keywords: *SOFT TISSUE NEOPLASMS.
ECHINOCOCCOSIS.
DIAGNOSIS, DIFFERENTIAL.*

* Residente de Clínica Quirúrgica "3". Hospital Maciel. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

† Jefe de Clínica Quirúrgica "3". Hospital Maciel. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

‡ Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica "3". Hospital Maciel. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

§ Profesor Titular de Clínica Quirúrgica "3". Hospital Maciel. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

Correspondencia: Dr. Nicolás Franco
José Enrique Rodó 124, CP 90.000, Canelones, Uruguay.
Correo electrónico: nikofranco@gmail.com

Recibido: 14/8/09.

Aceptado: 21/12/09.

Caso clínico

Mujer de 56 años procedente de medio rural, con antecedentes de quiste hidático pulmonar, operada a los 7 años. Hace 13 años consultó por tumoración de muslo izquierdo de 4 cm de diámetro, que fue interpretada como contractura muscular y medicada en forma sintomática. La misma se mantuvo estable, pero en el último año ha crecido en forma lenta pero sostenida, dolorosa al contacto, en los últimos meses le dificulta la marcha. Al examen, buen estado general, se destaca que el muslo izquierdo es francamente asimétrico (figura 1), con tumor firme y doloroso que compromete toda la logia antero externa, no móvil. No alteraciones motoras ni sensitivas. La tomografía computada (TC) muestra una extensa tumoración de partes blandas en logia de músculo cuádriceps, desde raíz de muslo hasta unión metáfiso-diafisaria inferior, hipodensa, polilobulada sin compromiso vascular, nerviosa o esquelética (figura 2). La resonancia magnética (RM) evidencia membranas intraquísticas características de quiste hidático (figura 3). Se realiza punción aspiración con aguja fina previo a la RM, que muestra quitinosos hidáticos. Eco Doppler de vasos femorales izquierdos normal. TC toracoabdominal, no muestra evidencia de hidatidosis. Serología para hidatidosis: positiva 1/2000.

Operación: incisión longitudinal sobre proyección del músculo sartorio. Por debajo de músculo recto anterior y vasto externo del cuádriceps, se identifican múltiples vesículas hijas, se resecan desde sector subtrocantérico hasta el inicio de cápsula articular de rodilla, por fuera y detrás



Figura 1. Nótese la asimetría de los muslos

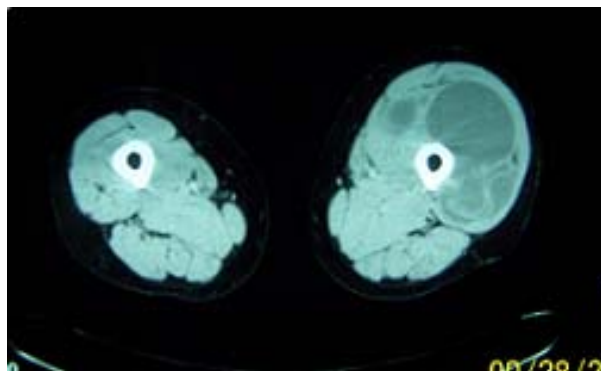


Figura 2. Corte coronal de tomografía computada



Figura 3. Cortes longitudinal, sagital y coronal de resonancia magnética

del fémur, realizándose la exéresis completa del parásito (figura 4). Dos drenajes aspirativos se retiraron al sexto día (figura 5). Alta al séptimo día posoperatorio, en buenas condiciones funcionales.

Discusión

Los tejidos blandos constituyen 50% del peso corporal, situándose entre la epidermis y los órganos parenquimatosos o el periostio —clínicamente los tumores de partes blandas (TPB) pueden ser de origen traumático (hematomas) o neoproliferativo—. Los tumores de tejidos blandos se definen como proliferaciones mesenquimales que nacen en el tejido extraesquelético no epitelial del cuerpo, comprendiendo músculos, tendones, grasa, tejido fibroso, tejido sinovial, vasos y nervios, aunque estos últimos de origen ectodérmico.

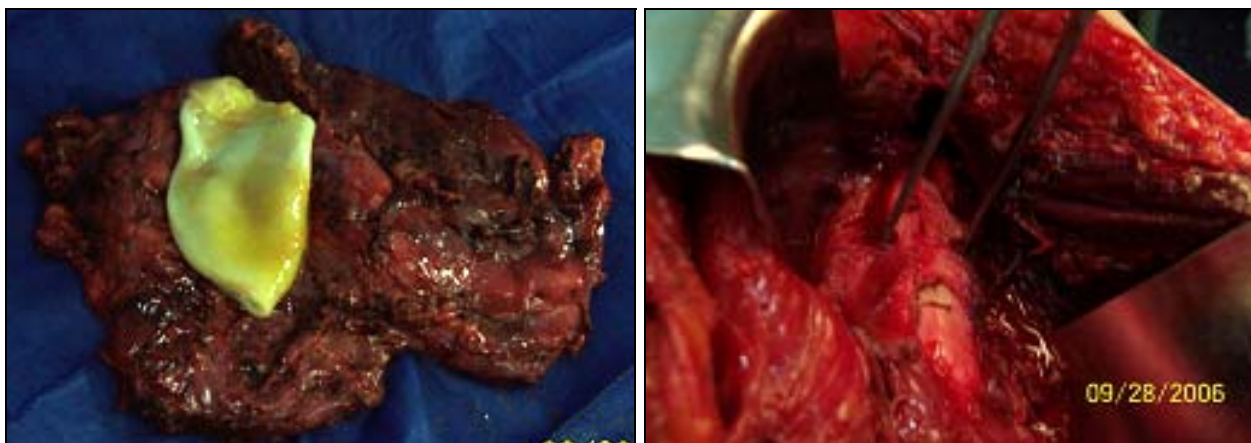


Figura 4. A la izquierda, pieza. A la derecha, intraoperatorio, disección hasta plano óseo, señalado con pinza de disección



Figura 5. Posoperatorio inmediato. Incisión longitudinal. Drenajes aspirativos

Es un hecho que –clínicamente– se verifica una persistente dificultad para establecer el diagnóstico etiológico de los TPB y sus diferenciales (tabla 1), se subestiman porque no se acompañan de otros signos o, ante el muy frecuente dato de traumatismo previo, se hace el diagnóstico de hematoma. Usualmente tampoco se advierte al enfermo respecto a las variables clínicas fundamentales de

autocontrol de estas tumoraciones: su volumen y consistencia. Incluso existe controversia respecto a la biopsia en relación con su indicación y formas en que ellas se realizan (emplazamiento y tipo).

Son los hematomas y los lipomas las lesiones benignas más frecuentes de los adultos, con distribución universal, seguidos de los fibromas cuya ubicación en miembros es infrecuente⁽¹⁾.

Los tumores malignos –sarcomas– constituyen 1% de todos los tumores malignos⁽²⁾ y son de amplia distribución. Afectan a todos los grupos etarios (15% en menores de 15 años y 40% en mayores de 55 años). Más de la mitad (60%) de los sarcomas se originan en miembros, siendo tres veces más frecuentes en miembros inferiores⁽³⁾. Su histología por frecuencia es: histiocitoma fibroso maligno, liposarcoma y rhabdomioma.

La hidatidosis en ambientes endémicos afecta principalmente en hígado y pulmón (80%) siendo la localización en partes blandas 3%-4%⁽⁴⁻⁷⁾, y, dentro de ésta, su ubicación en músculo tiene una frecuencia relativa baja en muslo⁽⁸⁻¹¹⁾.

En el presente caso, el rápido crecimiento de una tumoración de muslo y las dudas diagnósticas de la imagen tomográfica, interpretada inicialmente como sarcoma, y en ausencia de estudios biológicos para hidatidosis, se realizó una punción aspiración con aguja fina (PAAF), que confirmó el diagnóstico. Este procedimiento es motivo de discusión entre distintos autores por la consecuencia del riesgo de siembra y/o anafilaxia por permeación o rotura del quiste⁽¹²⁻¹⁵⁾. Nosotros tampoco la utilizamos en forma sistemática y menos ante la sospecha de hidatidosis.

La PAAF se realiza ante la sospecha de TPB, con claras ventajas técnicas y diagnósticas; se realiza en la cama del paciente o en forma ambulatoria, con anestesia local, con casi nula morbilidad y nula mortalidad, con recuperación inmediata y con alto rendimiento dependiendo del

tipo de lesión. La biopsia histológica con *tru cut* presenta similares ventajas con respecto a la biopsia incisional, pero ambas son discutidas en lesiones con gran componente quístico, dado los riesgos antes analizados.

Los estudios de uso sistemático son la ecografía y la tomografía^(1,3,5), que tienen patrones bien definidos para las distintas lesiones (tabla 2); sin embargo, la RM representa un excelente método diagnóstico de imagen⁽¹⁶⁾, que en nuestra experiencia ha demostrado ser de gran utilidad para establecer con mayor precisión el diagnóstico de hidatidosis, tanto en hígado como en partes blandas (figura 3).

En definitiva, establecer un diagnóstico etiológico preciso entre las diferentes causas de tumefacciones de musculo –incluyendo los sarcomas con componente quístico, mixomatoso o con necrosis central–, es de capital importancia, ya que se modifica la terapéutica y el pronóstico del paciente.

Summary

Soft tissue tumors are frequent, a large number are located in the extremities and, although most of them are benign, their etiological diagnosis is hard to make. For this reason,

it is always essential to safely discard sarcoma. Most of them are solid and cystic tumors are exceptional, especially the hydatid disease.

The present communication examines elements present in the differential diagnosis of soft tissue tumors for a case of primary hydatid disease of the quadriceps muscle. An emphasis is made on clinical and image factors, it includes a discussion on the biopsy and it also suggests that in Uruguay –an endemic environment– we need to incorporate the hydatid disease into the differential diagnosis of soft tissue tumors.

Résumé

Les tumeurs des partie molles (TPB) sont fréquentes, prédominant dans les membres et quoique la plupart soient bénignes, leur diagnostic étiologique offre des difficultés; il faut donc exclure une éventuelle origine sarcomateuse. La plupart sont solides, les tumeurs kystiques étant exceptionnelles, d'autant plus l'hydatidose.

Ce travail analyse les éléments de diagnostic différentiel des TPB à partir d'un cas d'hydatidose de la cuisse. On insiste sur les aspects à valeur clinique et imagenologique, on discute la biopsie et on suggère que, dans une zone

Tabla 1. Diagnóstico etiológico de los tumores de partes blandas

<i>Tipo</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Características</i>
Lipoma	++++	Sólido Consistencia firme-elástica Móvil en todos los planos Crecimiento lento
Sarcoma	++	Sólido, sólido quístico, necrosis central Consistencia dura Fijo a planos profundos Rápido crecimiento
Quiste hidático de partes blandas	+/-	Quístico Consistencia blanda, firme-elástico Fijo al plano que compromete Crecimiento lento (si no se complica con rotura)
Hematoma	+++	Sólido Consistencia firme-elástica Fijo al plano muscular Crecimiento rápido y autolimitado relacionado a traumatismo

Tabla 2				
	<i>Ecografía</i>	<i>Tomografía</i>	<i>Resonancia</i>	
Lipoma	Hiperecogenicidad homogénea	Hipodenso. Densidad grasa	Alta intensidad T2 hiperintenso. No se ve con supresión grasa	
Sarcoma	Hipoecogenicidad heterogénea	Densidad de partes blandas	Intensidad de partes blandas. T2 variable. T1 con gadolinio realza intensidad. Heterogénea	
Quiste hidático	Anecogenicidad o hiporecogenicidad homogénea o con tabiques ecogénicos internos (rueda de carro). Hiperecogenicidad periférica con sombra acústica (calcificaciones parietales)	Densidad quística heterogénea con o sin calcificación periférica	T1 hipointenso. T2 hiperintenso, membranas con intensidad intermedia. Vacío de señal en calcificaciones.	
Hematoma	agudo	Anecogénico	Hiperdenso	Lesión homogénea T1 hipointenso T2 hiperintensa
	crónico	Hipoecogénico	Hipodenso. Heterogéneo en subagudo	Disminuye intensidad en T2 Aumenta intensidad en T1 Heterogéneo en siete días Hiperintenso en T1 y T2

d'endémie comme l'Uruguay, il est nécessaire d'incorporer l'hydátidose au diagnostic différentiel des tumeurs des parties molles.

Resumo

Os tumores de partes moles (TPM) são frequentes, predominam nos membros e embora a maioria deles seja benignos, oferecem dificuldades no diagnóstico etiológico por isso deve-se excluir sempre uma possível origem sarcomatosa. A maioria desses tumores são sólidos, sendo excepcionais os tumores císticos, e mais rara a hidatidose.

Neste trabalho analisamos os elementos do diagnóstico diferencial dos TPM a partir de um caso de hidatidose de coxa. Destacamos os aspectos de importância clínica e imagenológica, discutimos a biopsia e sugerimos que em condições endêmicas como as existentes no Uruguai, é

necessário incorporar a hidatidose ao diagnóstico diferencial dos tumores de partes moles.

Bibliografía

1. **Rosenberg A.** El sistema esquelético y los tumores de los tejidos blandos. In: Cotran RS, Kumar V, Robbins SL, eds. Robbins. Patología estructural y funcional. 5ª ed Madrid: Interamericana. McGraw-Hill, 1995: 1331-94.
2. **Leffall L.** Sarcoma de tejidos blandos. In: Sabiston DC. Tratado de patología quirúrgica. 14ª ed. México: McGraw-Hill, Interamericana, 1995: 553-59.
3. **Patel S, Benjamín R.** Sarcoma de los tejidos blandos y del hueso. In: Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL, et al, eds. Harrison. Principios de medicina interna. 14ª ed. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana. 1995: 697-701.
4. **Barnes S, Lillemoe K.** Abscesos hepáticos y quistes hidatídicos del hígado. In: Zinner MJ, Schwartz SI, Ellis H. Maingot, operaciones abdominales. 10ª ed. Madrid: Médica

- Panamericana, 2004: 1434-44.
5. **Rask M, Latting G.** Primary intramuscular hydatidosis of the sartorius. *J Bone Joint Surg Am* 1970; 52(3): 582-4.
 6. **Merkle E, Schulte M, Vogel J, Tomczak R, Rieber A.** Musculo-eskeletal involvement in cystic echinococcosis: report of eight cases and review of the literature. *AJR Am J Roentgenol* 1997; 168(6): 1531-4.
 7. **Martin J, Marco V, Zidan A, Marco C.** Hydatid disease of the soft tissue of the lower limb: findings in three cases. *Skeletal Radiol* 1993; 22(7): 511-4.
 8. **Merkle E, Kramme E, Vogel J, Krämer S, Schulte M.** Bone and soft tissue manifestations of alveolar echinococcosis. *Skeletal Radiol* 1997; 26(5): 289-92.
 9. **Keskin D, Ezirmik N, Karsan O, Gürsan N.** Primary hydatidosis of the gracilis muscle in a girl. *J Int Med Res* 2002; 30(4): 449-51.
 10. **Medina Pérez M, Pareja Megia MJ.** Quiste hidatídico de partes blandas. 2003. Disponible en: <http://www.pgmacline.es/revpatologia/volumen36/vol36-num1/36-1n13.htm> Fecha de acceso: julio 2008.
 11. **Ramírez Tortosa C, Robles Arista A, Perabá Ruiz A.** Quiste hidatídico en el músculo cuádriceps. 2001. Disponible en: <http://conganat.uninet.edu/IVCVHAP/POSTER-E/108/> Fecha de acceso: julio 2008.
 12. **Sáenz-Santamaría J, Moreno-Casado J, Núñez C.** Role of the fine-needle biopsy in the diagnosis of hydatid cyst. *Diagn Cytopathol* 1995; 13(3): 229-32
 13. **Kapila K, Verma K.** Aspiration cytology diagnosis of echinococcosis. *Diagn Cytopathol* 1990; 6(5):301-3.
 14. **Ascoli V, Teggi G, Gossetti F, Nardi F.** Hydatid cyst: primary diagnosis by fine-needle aspiration biopsy. *Diagn Cytopathol* 1990; 6(1): 44-8.
 15. **Giuffrè G, Tuccari G.** Hydatid cyst in soft tissues diagnosed by fine needle aspiration cytology. *Cytopathology* 1994; 5(1): 55-9.
 16. **Burgener F, Meyers S, Tan R, Zaunbauer W.** Sección IV abdomen y pelvis. In: Burgener FA, Meyers SP, Tan RK, Zaunbauer W. *Diagnóstico diferencial mediante resonancia magnética*. Madrid: Journal, 2005.