

24.338

H E M A N G I O P E R I C I T O M A

REPORTE DE UN CASO Y REVISION DE LA LITERATURA

TESIS QUE PARA OBTENER
EL TITULO DE CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N :

Elizabeth García Pimentel

Ma. de Lourdes Muñoz Ortiz

México, D.F.

Junio 1982

I N D I C E

I.	Fundamentación de la elección del tema	1
II.	Planteamiento del problema	2
III.	Objetivos	3
IV.	Hipótesis	4
V.	Material y métodos	5
VI.	Desarrollo	6
	Estudio epidemiológico	11
VII.	Análisis y gráficas de los resultados	24
VIII.	Conclusiones y sugerencias	26
IX.	Bibliografía	29

I. FUNDAMENTACION DE LA ELECCION DEL TEMA

Al realizar nuestro servicio social en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González", se encontró un caso de hemangiopericitoma. Cuando la paciente se presentó por primera vez al servicio de Estomatología para ser atendida por inflamación en piso de la boca, se dió un diagnóstico de ránula. Se le practicó cirugía excisional y se dió de alta una semana más tarde. Ocho semanas después regresó porque notó nuevamente inflamación en el piso de la boca que iba creciendo gradualmente de tamaño, diagnosticándose ésto como recidiva de ránula. Se efectuó por segunda vez cirugía excisional mandándose el tejido extirpado a la sección de patología.

En el período postoperatorio se encontró sin novedad, siendo citada cada ocho días para revisión. El diagnóstico que emitió el patólogo fue de hemangiopericitoma. Esto nos motivó a la investigación y profundización sobre el tema para verificar la benignidad o malignidad de dicha neoplasia y saber si el tratamiento efectuado había sido el correcto.

... /

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El hemangiopericitoma es una neoplasia de los vasos sanguíneos que se origina a partir de células especializadas denominadas pericitos, que se encuentran alrededor de la pared capilar, en la parte exterior de la misma. Stout y Murray inicialmente sugirieron el nombre de hemangiopericitoma. Las células que lo forman fueron llamadas al principio como células adventicias, hasta que Zimmerman las denominó pericitos.

Esta neoplasia puede confundirse con el tumor glumoso, hemangioendotelioma y otros tumores vasculares.

Se deben conocer la etiología y manifestaciones clínicas de hemangiopericitoma para que pueda hacerse un diagnóstico correcto para canalizar al paciente posteriormente con el clínico correspondiente.

La investigación que hicimos de esta neoplasia se efectuó de la recopilación de artículos de revistas médicas y odontológicas de cinco años a la fecha, estos artículos se solicitaron de varios países del mundo, efectuándose un estudio transversal.

III. O B J E T I V O S

- 1) Definir la neoplasia llamada hemangiopericitoma.
- 2) Enunciar las características semiológicas e histológicas de hemangiopericitoma.
- 3) Enunciar y definir las bases para que en un sentido crítico se pueda efectuar el diagnóstico del mismo.

... /

IV. H I P O T E S I S

Que a través de la investigación bibliográfica recabada de cinco años a la fecha, empleada como medio para hacer un análisis de tipo estadístico, se pueda establecer la semiología de hemangiopericitoma.

El hemangiopericitoma no tiene predilección por sexo ni edad.

En cavidad oral, el hemangiopericitoma tiene una extensa distribución anatómica, con predilección en lengua.

... /

V. MATERIAL Y METODOS

MATERIAL

- a) Libros
- b) Index Medicus y Odontológico
- c) Revistas
- d) Sobretiros (CENIDS)
- e) Casos clínicos

METODOS

A) INDUCTIVO

Ya que se estudiaron artículos de los cuales se hizo un resumen obteniéndose los datos más importantes.

B) DEDUCTIVO

Se analizaron casos clínicos comparándose las manifestaciones particulares con las generales.

... /

VI. DESARROLLO

1. Introducción

En lo correspondiente al campo de la odontología integral, es de interés que el Cirujano Dentista tenga conocimiento de las alteraciones orgánicas manifestadas en cavidad oral, ya que ésta se ve afectada por trastornos de tipo psicológico, nutritivo, endócrino, infeccioso y traumático.

El presente trabajo pretende explicar de una manera concreta la neoplasia denominada hemangiopericitoma manifestada en cavidad oral, estableciendo, además, su diferenciación con otros tumores vasculares.

Su difícil diagnóstico clínico requiere de la comprobación histopatológica, para que de esta forma el odontólogo canalice al paciente con el clínico correspondiente. De aquí la importancia de la interdisciplina que debe existir entre la odontología y otras áreas médicas, en particular, en este caso, relación Estomatología-Medicina Interna-Patología.

En esta lesión el diagnóstico de benignidad o malignidad es fundamental ya que puede ocasionar metástasis, llegando a provocar la muerte del paciente.

En el caso clínico encontrado en el Hospital "General Dr. Manuel Gea G." que se da a conocer en este trabajo, en el cual el hemangiopericitoma se presentó en piso de la boca, fue imprescindible el diagnóstico histopatológico.

Se pretende también dar un conocimiento mediante al análisis de las características de cuarenta y nueve casos recopilados de la casuística, además del encontrado en el hospital antes mencionado, analizando estadísticamente los resultados obtenidos, para que el odontólogo de práctica general pueda en un sentido crítico continuar con el procedimiento adecuado en el paciente.

Elaboramos gráficas y cuadros en los que mostramos el número de casos en los que se presenta el hemangiopericitoma en cavidad oral con respecto al sexo, edad, sitio, tratamiento y resultados del tratamiento.

2. Definición

El hemangiopericitoma es un tumor vascular raro que se caracteriza por la proliferación de capilares y pericitos, encontrándose estos últimos alrededor y en el exterior de la pared capilar.

3. Antecedentes

En 1873, Rouget describió un tipo especial de células

halladas en el espacio pericapilar de algunos vertebrados, nombrándolas como "células adventicias". Sin embargo, en 1923, Zimmerman da a conocer unas células que envolvían los capilares también de ciertos vertebrados, él nombraba a estas células "pericitos", en lugar de células adventicias.⁴ Pero es hasta 1942 cuando Stout y Murray sugieren el nombre de hemangiopericitoma para esta neoplasia después de haber efectuado una extensa revisión de esta lesión, publicando además la primera descripción correcta de la misma.

4. Evolución

La evolución del hemangiopericitoma es relativamente lenta, llegando a ocasionar metástasis cuando la lesión es maligna. El dolor aparece cuando la masa se encuentra chocando sobre la proximidad de las estructuras nerviosas vecinas.

5. Incidencia

Los hemangiopericitomas constituyen alrededor del 1,3% de los tumores vasculares; aproximadamente el 45% se establecen en el sistema musculoesquelético y el 33% se originan en la cabeza y cuello.¹⁰ No tienen predilección por sexo ni raza y aparecen a cualquier edad. Son tumores potencialmente malignos, la incidencia de metástasis varía

de acuerdo a las series reportadas, siendo desde 11.7% a 56.5%.¹¹ Cuando adquieren características malignas, las metástasis son producidas en: Huesos, hígado, nódulos linfáticos, pulmones, peritoneo y tejido subcutáneo. En cavidad bucal, las metástasis se originan en: Pulmón, cuello y huesos.

6. Distribución Anatómica

Su distribución anatómica de acuerdo al orden de las estructuras en el cuerpo humano, incluye: cabeza, meninges, cuello, extremidades, tronco, pericardio, mesenterio, omento, diafragma, cavidad retroperitoneal, fosa pélvica, íleon, útero, colon y recto.

En cavidad bucal y estructuras adyacentes, el heman-giopericitoma tiene una extensa distribución anatómica; ha sido encontrado y reportado en: Fosa infra-temporal, Fosa pterigo-maxilar, Fosa pterigoidea, Glándula parótida, Labio, Maxila, Mandíbula, Surco bucal, Encía, Paladar duro y blando, Carrillo, Lengua y Piso de la boca.

7. Etiología

Su etiología es desconocida, aún cuando Walike y Bailey¹⁶ reportaron que Masson y otros provocaron hipertensión con desoxicorticosterona en ratas, en las

que observaron lesiones vasculares en el riñón y otras vísceras que mostraron proliferación de células perivasculares, probablemente pericitos. Los mismos autores dan a conocer el caso de hemangiopericitoma múltiple en una paciente con historia de hipertensión, que fue tratada con grandes cantidades de Acetato de Cortisona por Pénfigo Vulgaris. Algunos casos de hemangiopericitoma asociado con hipoglicemia han sido referidos en la literatura médica, aunque en la cavidad bucal no se ha conocido esta asociación. Por otra parte, se ha relacionado el traumatismo como factor etiológico importante. Brockbank² menciona que Cadenat y otros describen un caso de hemangiopericitoma en la región submentoniana con historia de trauma 12 años antes, con previa formación de hematoma durante 2 meses; Enzinger y Smith⁵ reportaron el caso de un trompetista el cual desarrolló un hemangiopericitoma en el carrillo izquierdo; Walike y Bailey¹⁶ dan a conocer el caso de un niño que desarrolló un tipo mixto de hemangioendotelioma y hemangiopericitoma en la mandíbula habiendo sido golpeada previamente con bastante fuerza; Brockbank² reporta el caso de una paciente que tuvo hemangiopericitoma en la lengua, dicha paciente había sido sometida a radioterapia de antemano durante 20 años por osteoclastoma en la mandíbula; Sage y Salman¹⁴ dan a conocer la aparición de un hemangiopericitoma en el área donde se extirpó un

ameloblastoma 4 años antes.

En nuestra opinión, el factor etiológico es el traumatismo.

8. Estudio Epidemiológico

De una completa revisión de la literatura, se obtuvieron cuarenta y nueve casos, además del caso del H.G.

Dr. Manuel Gea González, de pacientes con tumores hemangiopericitómicos relacionados con estructuras bucales; resumiéndose sus características en el Cuadro No. 1.

En este cuadro se concentran datos importantes, tales como: autor y año del reporte, signos y síntomas, sitio donde se presenta, tratamiento y resultado del mismo, de cada tumor hemangiopericitómico. De aquí que más adelante se analizan estadísticamente estos datos, con la elaboración de gráficas y cuadros.

CUADRO NO. 1

ANO DEL REPORTE	A U T O R	SEXO	EDAD	SIGNOS Y SINTOMAS	SITIO	TRATAMIENTO	RESULTADO
1949	Stout ⁺	M	13	4 meses	Base de la lengua 1 x 1 cm	Excisión	Reaparición y reincidencia 14 meses más tarde,
1952	Wise ⁺	Maxila 6 x 5 cms 5 x 4 cms	Excisión	No reaparece
1959	Small; Bloom ⁺	M	57	3 años	Piso de la boca 4 x 4 cms	Excisión de la cubierta	No siguió obser- vándose,
1960	Stout; Kauffman ⁺	M	6	....	Lengua 1 x 1 cm	Excisión	No reaparece después de 6 meses
1960	Stout; Kauffman ⁺	M	13	3 meses	Lengua 1 x 1 cm	Excisión	Reaparece 14 meses más tarde
1960	Stout; Kauffman ⁺	M	8	Desde el nacimiento	Labio	Excisión	Reaparece 6 años más tarde, Metástasis en cuello 3 años más tarde,
1961	Anderson ⁺	M	48	Sangrado espontáneo 2 semanas	Región alveolar mandibular	Excisión	No siguió repor- tándose,

AÑO DEL REPORTE	A U T O R	SEXO	EDAD	SIGNOS Y SINTOMAS	SITIO	TRATAMIENTO	RESULTADO
1963	Powell; Suehs ⁺	F	45	8 años	Lado izquierdo de la maxila	Maxilectomía parcial Co (6,500 R).	Recurrencia 1961, metástasis en pulmón. Rayos X 1961. Murió en 1962
1965	Dans; Gans ⁺	F	60	.....	Lado izquierdo del maxilar, surco bucal 2 x 1 x 1 cms	Excisión	No siguió reportándose.
1965	O'Brien Brasfield ⁺	Piso de la boca	Excisión repetida	Recurrencia
1965	O'Brien Brasfield ⁺	Maxilar izquierdo	Maxilectomía	No reaparece después de 6 años.
1967	Itkin; Lapeyrolerie ⁺	M	6	Inflamación 3 meses	Parte anterior izquierda de la maxila	Excisión	No siguió reportándose.
1967	Fourestiert ⁺	labio	.....	.....
1967	Pellegrini ⁺	M	20	1 mes	Glándula parótida izquierda	.....	Vive 2 meses después del diagnóstico.

AÑO DEL REPORTE	A U T O R	SEXO	EDAD	SIGNOS Y SINTOMAS	SITIO	TRATAMIENTO	RESULTADO
1968	Rewell ⁺	M	56	9 meses	Hueso maxilar alveolar	Excisión	No reaparece después de 16 meses; murió de otra causa.
1968	Sage; Salman ¹⁴	M	16	4 años	Lado derecho de la mandíbula	Excisión 4 años antes. Area en la que se extirpó un ameloblastoma	Murió 4 años más tarde de efusión pulmonar con probable metástasis pulmonar,
1968	Stenhouse; Masson ⁺	F	66	Inflamación	Lado izquierdo del carrillo	Excisión	No siguió reportándose.
1969	Cernea ⁺	M	23	6 meses	Glándula parótida derecha	.....	Vive 5 meses después del diagnóstico.
1970	Hubert ⁺	M	21	4 meses	Glándula parótida izquierda	.....	Muere 32 meses después del diagnóstico. Metástasis en pulmones y huesos.
1970	Kopp; Kresberg ⁺	M	38	Inflamación azulada 8 años	Lado izquierdo del labio inferior	Excisión	No reaparece después de un año,

AÑO DEL REPORTE	A U T O R	SEXO	EDAD	SIGNOS Y SINTOMAS	SITIO	TRATAMIENTO	RESULTADO
1970	Leonardelli ⁺	M	57	10 años	Glándula parótida derecha	.....	Vive 29 meses después del diagnóstico.
1970	Vilascot ⁺	Mandíbula	.....	.....
1970	Walike; Bailey ¹⁶	F	64	4 meses nódulos múltiples desarrollados durante el tratamiento, por múltiples complicaciones en la terapia con esteroides dados por Pénfigo vulgaris	lado derecho del labio inferior; en medio de la lengua; paladar blando	Excisión local	Murió por múltiples complicaciones de la terapia con esteroides.
1970	Walike; Bailey ¹⁶	M	16	2 años inflamación	7 x 6 x 6 cms inflamación dolorosa en el lado derecho bucal en el surco que separa la mandíbula	Excisión	No se reporte recurrencia.
1971	Cerneat ⁺	Lengua (2 lesiones)	.....	.....

AÑO DEL REPORTE	A U T O R	SEXO	EDAD	SIGNOS Y SINTOMAS	SITIO	TRATAMIENTO	RESULTADO
1972	Cadenat y otros ⁺	M	30	Inflamación dolorosa subcutánea, 1 cm de diámetro bajo el mentón	Mandíbula	Excisión	No reaparece después de un año, dolor intermitente.
1972	Shukla; otros ⁺	F	42	Siete meses de inflamación en el costado derecho de la cara	Maxila	En primer lugar (Co) 60, Excisión	No reaparece después de 8 meses.
1973	Coronel y otros ⁺	F	6	Inflamación no dolorosa en el margen gingival	Región gingival del primer molar inferior derecho	Reaparece después de un curetaje inicial y ácido tricloroacético, extracción final del molar y excisión	Vuelve a reaparecer hasta que completamente se excide. No reaparece después de 2 años.
1973	Neal ⁺	M	21	Tres años	Glándula parótida izquierda	.....	Muere 38 meses después del diagnóstico. Metástasis a pulmones y huesos.
1974	Neal; Starke ⁺	F	21	Tres años dolor intermitente en la región izquierda periauricular, dos meses inflamación sobre la mandíbula	Cuatro cms de diámetro, masa de tejido blando situado encima del extremo izquierdo de la mandíbula envolviendo	Parotidectomía y extirpación de la rama mandibular izquierda, irradiación postoperatoria 6,000 radiaciones en un	Recurrencia después de 8 meses de la excisión, metástasis 15 meses más tarde; radioterapia adicional, muerte por neumonía o sepsis.

AÑO DEL REPORTE	A U T O R	SEXO	EDAD	SIGNOS Y SINTOMAS	SITIO	TRATAMIENTO	RESULTADO
					la glándula parótida; mandíbula.	período de dos meses.	secundaria a la metástasis carcinomatosa.
1974	Orlian ⁺	F	34	Tres años previa inflamación.	Lengua	Excisión	No reaparece después de 4 años
1975	Buchanan ³	F	30	Primeramente, presentó pérdida gradual de la visión y leve proptosis en el ojo izquierdo. Reincide a los tres años, presentando pérdida progresiva de la visión hasta quedar ciego, con pérdida sensorial del VI-2 par craneal.	Fosa Infratemporal.	Creuyendo que se trataba de angiofibroma se dió radioterapia de 6,000 radiaciones, al haber reincidencia se hizo la excisión.	Con la radioterapia, desaparece la proptosis, se recupera parcialmente el campo visual y con la excisión, no reaparece después de 19 meses.
1975	Guerin ⁺	F	67	Inflamación no dolorosa a la altura del primer molar superior izquierdo notada después de la extracción.	Alveólos del primer molar superior izquierdo.	Biopsia, terapia de cobalto.	Neumonía secundaria por metástasis. Muerte 4 meses más tarde del diagnóstico inicial.

AÑO DEL REPORTE	A U T O R	SEXO	EDAD	SIGNOS Y SINTOMAS	SITIO	TRATAMIENTO	RESULTADO
1975	Lechier ⁺	M	11	.....	Carrillo derecho 3 x 3 cms.	Extirpación	No reaparece después de 7 me
1975	Poisson y otros ¹³	F	49	Disminución de la agudeza visual en el ojo izquierdo con parcial proptosis del párpado, anisocoria, cefalalgia, disestesia en la región sub-orbital del carrillo izquierdo, dolor dentario en el maxilar superior del mismo lado.	Fosa pterigomaxilar.	Excisión	No reaparece después de 2 año
1976	Calderelli; Sperling ⁴	F	60	Seis meses dolor intermitente, sobre todo de la maxila izquierda.	Maxila	Maxilectomía radical.	No reaparece después de 2 año
1976	Citowicki y otros ⁺	Lengua	.....	.....
1977	Hary y otros ⁶				Punta de la lengua.	Excisión	No siguió reportándose,

AÑO DEL REPORTE	A U T O R	SEXO	EDAD	SIGNOS Y SINTOMAS	SITIO	TRATAMIENTO	RESULTADO
1977	Huth y otros ⁷	M	58	Doloroso, gris/rojizo, cápsula incompleta, destrucción de la base del cráneo.	Velo derecho del paladar.	5,000 radiaciones.	Muere después de 1 año, causa desconocida.
1977	Huth y otros ⁷	F	74	Nudo no doloroso, movable, destrucción del maxilar superior colindante.	Fosa canina izquierda.	Extirpación	Desde hace 14 años sin recidivas.
1977	Huth y otros ⁷	F	12	Ulcerado, gris/rojizo, sin cápsula, sin daño al hueso.	Base delantera de la boca.	8,500 radiaciones Extirpación Quimioterapia	Desde hace 6 años sin recidivas.
1977	Huth y otros ⁷	F	39	Gris/amarillo no doloroso, sin cápsula sin daño al hueso.	Paladar duro y blando.	Extirpación	Desde hace 4 años sin recidivas.
1977	Huth y otros ⁷	F	14	Blanco sin cápsula, destrucción en parte del maxilar superior e irrupción al seno accesorio.	Seno Maxilar	Extirpación	Desde hace 8 años sin recidivas.
1977	Muckerjee y otros ¹⁰	M	60	Seis meses, inflamación	Piso de la boca	Excisión	No siguió reportándose.

AÑO DEL REPORTE	A U T O R	SEXO	EDAD	SIGNOS Y SINTOMAS	SITIO	TRATAMIENTO	RESULTADO
1978	Peynégre y Pain ¹²	F	9	Indoloro, parálisis facial, inflamación del lado izquierdo de la cara	Glándula Parótida.	Parotidectomía	Recurrencia local 2 años más tarde.
1979	Brockbank ²	F	59	Inflamación 2 meses. Lesión 1 cm de diámetro, sin dolor ni decoloración.	Costado izquierdo del borde lateral de la lengua.	Biopsia Excisional.	No se reporta.
1979	Serban y otros ¹⁵	M	53		Región preauricular (carrillo)	Excisión	No reaparece.
1979	Sist to Jr. ⁺	M	Mediana	.....	Mucosa bucal	.....	.....
1980	Massarelli ⁹	M	64	Masa indolora, se presenta cerca de 50 años, de 6.5 cm de diámetro.	Glándula Parótida izquierda.	Excisión	Muerte 16 meses después del diagnóstico, metástasis en pulmones y huesos.
1980	Carrasco; Oteiza;	F	16	2 semanas. Inflamación en el piso de la boca del lado izquierdo, doloroso, secreción de líquido espeso y de mal sabor.	Lado izquierdo del piso de la boca.	Inicialmente se efectuó marsupialización, reaparece a los dos meses, efectuándose cirugía excisional.	A la fecha no presenta recidiva.

* Referencia del Artículo No. 2

9. Cuadro Clínico

Clínicamente se caracteriza este padecimiento por el crecimiento relativamente lento de una masa nodular, firme, bien definida, a menudo indolora, pero excepcionalmente ocasiona dolor intenso y agudo y por su tamaño, puede interferir en la función normal, llegando a medir de 1 a 20 cms y su peso puede ser mayor de 1,000 grs. En general, son lesiones solitarias, aunque se han reportado lesiones múltiples, como en caso de Neal y Starke (referido por Brockbank²) en el que se presentó el hemangiopericitoma en glándula parótida y mandíbula y en el caso de Walike y Bailey¹⁶ en el cual se originó en el labio, lengua y paladar blando. El inadecuado aporte sanguíneo que recibe la masa tumoral es causado por la compresión que sobre los capilares ejercen los pericitos, lo que puede traducirse como falta de coloración de la masa tumoral, por tanto, puede o no presentar enrojecimiento indicador de su naturaleza vascular. A pesar de que clínicamente el tumor aparece encapsulado microscópicamente se muestra infiltración de la pared capsular por células tumorales. De aquí que no existe un signo clínico patognomónico para hemangiopericitoma.

10. Diagnóstico Clínico

No hay hechos clínicos característicos para el diagnóstico de hemangiopericitoma. El crecimiento relativamente lento de una masa indolora generalmente es el síntoma primario, cuando la masa ha crecido considerablemente o se encuentra en contacto con estructuras nerviosas, ocasiona dolor.

La mayoría de las neoplasias presentan el color del tejido normal, aunque en algunos casos, puede haber decoloramiento.

11. Características Macroscópicas Operatorias

El tejido afectado puede ser firme, transversalmente posee trabéculas comunes de tejido fibroso que pueden ser interrumpidas por áreas de hemorragia o necrosis. Hay una variedad de colores, desde el gris claro hasta el más obscuro.

Generalmente hay una cápsula bien definida, la cual está firmemente unida a la fascia y al músculo. Los vasos sanguíneos se encuentran en abundancia no obstante raramente muestran hiperplasia externa o rojiza.¹

Las lesiones han sido descritas como suaves, esponjosas, con superficie regular, ligeramente nodular o lobulada.

12. Métodos más Usados para el Diagnóstico Histopatológico de Hemangiopericitoma.

El método más usado y con el que se obtienen mejores resultados para la tinción de los cortes obtenidos para el diagnóstico de hemangiopericitoma, es el de la tinción argéntica para el retículo o también llamada tinción reticular de plata, con la cual el contorno de la cubierta de tejido conectivo de los capilares se tiñe y muestra que las células tumorales están en el exterior de la pared capilar. La tinción con hematoxilina y eosina no es muy exacta ya que este tumor puede imitar al hemangiopericitoma. También se han usado la tinción tricrómica de Mallory's y Van Gieson's, el método de ácido Schiff (PAS), tinción de ácido fosfotungsténico hematoxilínico (PTAH) y la modificación del hierro coloidal de Mowry para teñir ácidos mucopolisacáridos (AMP)⁹.

13. Características Histopatológicas

El hemangiopericitoma es complejo y de gran variedad, consiste esencialmente de capilares con una línea normal de células endoteliales, circundada por un estrato de tejido conectivo variable, en el exterior del tejido conectivo están las células tumorales o pericitos, las cuales se encuentran individualizadas por una malla reticular, tienen forma redonda, oval o de huso, con un

núcleo vesicular redondo u ovoide rodeado por gran cantidad de citoplasma granular. Estas células no son uniformes en tamaño ni en forma, se encuentran distribuidas al azar, no tienen miofibrillas pero presentan poder contráctil y pueden regular el tamaño de la luz del capilar. Los pericitos son células de gran versatilidad que pueden servir de precursoras de otras células mesenquimatosas, incluyendo fibroblastos, células endoteliales e histiocitos.^{2,5}

En un hemangiopericitoma benigno el espacio sanguíneo tiene una membrana basal con una simple colocación de células endoteliales en el interior, un retículo semejante a una redcilla circunda a los pericitos que rodean las cavidades sanguíneas individualizándolos. Las células tumorales tienen proliferaciones benignas alrededor del espacio vascular.

Según Enzinger y Smith, la actividad mitótica prominente, necrosis, hemorragia y la celularidad incrementada, a menudo asociada con trombosis constituyen signos de mal pronóstico, generalmente observados en tumores que más tarde recurren o metastatizan.⁵ Las células malignas muestran clara anisocariosis, hipercromatismo prominente, frecuentemente múltiples nucleólos, muchas mitosis y débil propiedad cohesiva intracelular excepto cerca de los

capilares y espacios sanguíneos.¹¹ Estos rasgos histopatológicos y citológicos pueden indicar el diagnóstico de hemangiopericitoma maligno.

14. Diagnóstico Diferencial

Histológicamente, el hemangiopericitoma debe ser diferenciado de varios tumores vasculares, como son: Tumor glomoso, hemangioendotelioma, hemangioma capilar, fibrosarcoma con intensa vascularidad, sarcoma alveolar, leiomioblastoma, leioma vascular, leiomiosarcoma, histiocitoma fibroso, sarcoma de kaposi, sarcoma vascular, meningioma angioblástico, angiosarcoma, sarcoma sinovial, condrosarcoma mesenquimatoso, Schwannoma maligno y carcinoma indiferenciado.

Sin embargo, el diagnóstico diferencial debe hacerse principalmente entre tumor glomoso y hemangioendotelioma.

Tumor glomoso o Glomangioma

Se caracteriza por la presencia de pericitos extravasculares y fibras nerviosas de un modo organizado, su desarrollo es usualmente doloroso. El reconocimiento del glomangioma es generalmente posible si la atención es dirigida a la distribución perivascular uniforme de las células del glomus "pericitos", la regular apariencia de su núcleo, su citoplasma eosinófilo y la transición

ocasional entre elementos del músculo liso y las células del glomus. Clínicamente, este diagnóstico también es sugerente si la neoplasia es de pequeño tamaño, dolorosa y ocurre como un tumor multicéntrico en la dermis o en la epidermis de las extremidades. Los hemangiopericitomas en contraste son generalmente masas solitarias encontradas en lugares profundos y son raros en las manos y en los pies.

Hemangioendotelioma

Se compone de masas de células endoteliales que se suelen disponer en columnas. La formación capilar está mal definida, aunque es posible discernir conductos vasculares anastomosados. La coloración argéntica para el retículo muestra mejor esta vascularidad y característicamente las células tumorales se hallan dentro de la vaina de reticulina que encierra a cada vaso. Las células individuales son grandes, poliédricas o levemente aplanadas, con límites imprecisos y un núcleo redondo con múltiples nucleolos minúsculos. Las figuras mitóticas aparecen en algunas lesiones pero no son un hallazgo constante. El hemangioendotelioma es una lesión infiltrativa y no está encapsulado.

Este tumor puede imitar al hemangiopericitoma cuando éste es teñido con hematoxilina y eosina pero como se mencionó anteriormente, con la tinción reticular de plata se muestra que las células están fuera de la pared

capilar.

15. Pronóstico

Dado el potencial de malignidad, el pronóstico en el hemangiopericitoma es reservado. Según Farr, la malignidad de esta lesión puede manifestarse aún después de cinco años, ya que en los pacientes controlados a largo plazo, el porcentaje de malignidad se eleva.⁹

16. Tratamiento

El tratamiento de elección es la excisión local extensa, la cual proporciona el mejor pronóstico de cura.

La amputación puede llegar a ser necesaria en algunos casos si el tamaño o la localización del tumor impiden la cirugía local. Ya que hay frecuencia de recurrencia después de una excisión simple.

A pesar de la vascularidad del tumor, no hay evidencia convincente en la literatura de que el tumor hemangiopericitómico responda favorablemente a la radioterapia, la regresión temporal de cualquier manera ha sido observada, la radiación se ha usado en los tumores inoperables de recurrencia o metástasis en los cuales no fue posible llevar a cabo la cirugía.

En donde un tratamiento radical es imposible por razones anatómicas se puede utilizar la radiación postoperatoria.

La quimioterapia tampoco ha dado buenos resultados, efectuándose con fármacos como: Actinomycin D5, Fluoracil, Mostaza nitrogenada, Actinomycin D y Ciclofosfamida.⁵

Backwinkel y Diddams reportaron una proporción de cura del 53.1% con cirugía y 13.3% con radioterapia, en conjunto, la cirugía y la radioterapia no mejoraron la proporción de supervivencia en 27 casos tratados por la combinación de ambos métodos.¹

La criocirugía o cirugía por congelación fue usada con éxito por Benveniste y Harris como único tratamiento de un hemangiopericitoma de pequeñas dimensiones.²

17. Caso Clínico del Hospital General Dr. M. Gea Glez.

Dr. Carlos R. Carrasco Zavala
Dr. Luis Oteiza Fernández

Paciente del sexo femenino de 16 años de edad que ingresa a la consulta estomatológica en marzo de 1980. Se encontraron como antecedentes personales de importancia el haber padecido epistaxis un año antes, así como parasitosis, ésta última sin tratamiento.

Inició su padecimiento dos semanas antes de su ingreso,

caracterizándose por aumento de volumen en piso de la boca del lado izquierdo que ha provocado dolor a la deglución y dificultad para la masticación. Dicho aumento de volumen ha disminuído en dos ocasiones, dejando salir un líquido espeso y de mal sabor, para después volver a sus dimensiones originales, no había recibido tratamiento alguno.

A la exploración bucal se encontró una tumoración de aproximadamente 3 cms. de diámetro, localizada en el lado izquierdo del piso de la boca, que sobrepasaba la línea media, de color azulado, superficie lisa y brillante, fluctuante y no dolorosa a la palpación. El padecimiento fue diagnosticado como ránula. Los análisis de laboratorio preoperatorios de rutina fueron reportados dentro de los límites normales y la paciente fue sometida a marsupialización por medio de anestesia local e infiltración de alginato, previa evacuación del contenido líquido; posteriormente, la paciente cursa con discreto proceso inflamatorio localizado, dolor en el sitio intervenido y odinofagia, síntomas que desaparecen a los pocos días.

Dos meses después, la paciente acude nuevamente manifestando la sintomatología ya descrita, en ésta ocasión se reintervino succionando el material líquido e introduciendo gasa en la cavidad, para posteriormente incidir

... /

la lesión, obteniendo de esta manera un tejido blando que fue enviado al laboratorio de histopatología, en el cual se emitió el diagnóstico de hemangiopericitoma. A la fecha, la paciente no presenta nueva recidiva.

a) Reporte Histopatológico

Descripción Macroscópica

Se recibe un fragmento de tejido no identificado, el cual es de forma irregular, mide 1.2 x 0.3 cms., por una de sus caras es de color blanquecino, nacarado, con áreas hemorrágicas y por la otra cara, es de color grisáceo y de aspecto fibroso. Al corte se observa la misma coloración grisácea con puntilleo hemorrágico, la consistencia es blanda.

Descripción Microscópica

Se observa fragmento de tejido recubierto por una de sus caras por epitelio plano estratificado no queratinizado que muestra paraqueratosis, acantosis irregular que alterna con zonas de atrofia y una úlcera de bordes bien limitados sin reacción inflamatoria; en corión superficial el tejido conectivo es laxo y muestra pequeños vasos dilatados y acumulos de linfocitos y células plasmáticas, a veces en disposición perivascular, en corión profundo, en uno de los cortes, se observó una lesión constituida por células fusi-

formas u ovoides en arreglo compacto, con regularidad nuclear, con características tintoriales uniformes, muestran citoplasma finamente granular fibrilar pálido, rodean pequeños capilares de endotelio prominente, con la tinción de retículo se observan células por fuera del vaso individualizadas por fibras reticulares.

b) Discusión del Caso Clínico

El hemangiopericitoma es una lesión rara que excepcionalmente causa sintomatología y ésta puede consistir en dolor cuando la masa tumoral interfiere en la función, situación presente en este caso. En realidad, dicho caso es un hallazgo histopatológico, dado que las características clínicas detectadas fueron concordantes con una retención salival en glándula submaxilar (ránula). Es de llamar la atención la presencia del contenido líquido obtenido, situación que no se refiere en la literatura cuando se trata de un tumor hemangiopericitómico, pero condición presente en ránula, dicho líquido se obtuvo en las dos ocasiones en que se intervino a la paciente. Además es de considerar que la revisión bibliográfica indica que de los casos reportados, la mayor parte evolucionó lentamente, dato que no concuerda con nuestro caso en el que fue de crecimiento rápido.

Desde el punto de vista histopatológico, fueron detectadas las áreas hemorrágicas descritas en el hemangiopericitoma, así como células por fuera de los vasos sanguíneos "pericitos", individualizadas por fibras reticulares.

VII. ANALISIS Y GRAFICAS DE LOS RESULTADOS

De las características expuestas en el Cuadro No. 1, de cuarenta y nueve casos obtenidos de la casuística y el caso del Hospital General Dr. M. Gea Glz., de pacientes con tumores hemangiopericitómicos relacionados con estructuras bucales, se puede decir lo siguiente:

1. En relación a la distribución sexual, como se muestra en la Gráfica No. 1, existe un ligero predominio del sexo masculino en comparación con el femenino, aunque en ocho casos, no se establece el sexo.
2. Con respecto a la edad, en el Cuadro No. 1, se muestra el porcentaje y la distribución por grupos de edades, en la Gráfica No. 2, se puede observar que se presenta desde el nacimiento hasta la edad senil. En nuestro estudio encontramos que hay un ligero predominio en las edades de 11 a 16 años, y también en la quinta y sexta década de la vida. Sin embargo, en ocho casos, no se establece la edad del paciente.
3. En el Cuadro No. 11, se observa el porcentaje, número de casos y sitio de incidencia.

En la Gráfica No. 3, se muestra que la mayor incidencia, en cuanto al sitio, se encontró: En primer lugar, en lengua, en segundo lugar, en maxila y glándula parótida y en tercer lugar, en piso de la boca y mucosa bucal. Hubo dos casos de lesiones múltiples.

4. La mayor parte de los pacientes como se ven en la Gráfica No. 4, fueron tratados por cirugía excisional ocupando este tratamiento un porcentaje del 64%, siguiendo a éste, la combinación de radioterapia y excisión con un porcentaje del 10%, aunque en 10 casos no hay referencia del tratamiento.
5. La Gráfica No. 5 muestra el resultado de los tratamientos utilizados. En 24 casos, el tumor no reaparece, por tanto hay un porcentaje de cura del 48%; en cuatro casos, reaparece; en dos casos, hay recurrencia y metástasis; en cinco casos, hay metástasis y muerte; y en dos casos, hay recurrencia, metástasis y muerte. Aún cuando en ocho casos no se reportó el resultado del tratamiento en el paciente; y en cinco casos, es desconocido el resultado del mismo,

GRAFICA No.1

DISTRIBUCION POR SEXO

No. DE CASOS

25
24
23
22
21
20
19
18
17
16
15
14
13
12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1



SEXO



HOMBRES



MUJERES



NO ESPECIFICADOS

CUADRO No. 1

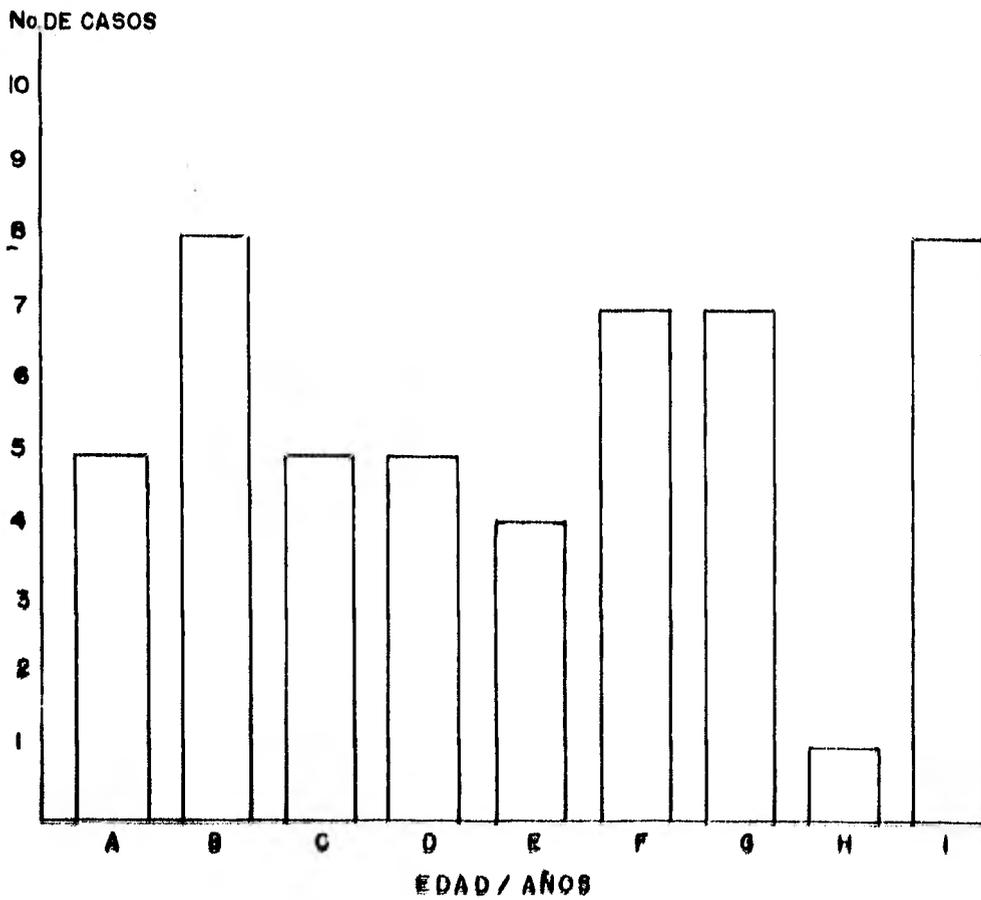
PORCENTAJE Y DISTRIBUCION

POR GRUPOS Y EDADES

GRUPOS DE EDAD	No. DE CASOS	%
6-9	5	10
11-16	8	16
20-23	5	10
30-39	5	10
42-49	4	8
53-59	7	14
60-67	7	14
74	1	2
NO ESPECIFICADO	8	16

GRAFICA No. 2

DISTRIBUCION POR GRUPOS Y EDADES



A = 0-9

E = 42-49

I = NO ESPECIFICADOS

B = 11-16

F = 53-59

C = 20-23

G = 60-67

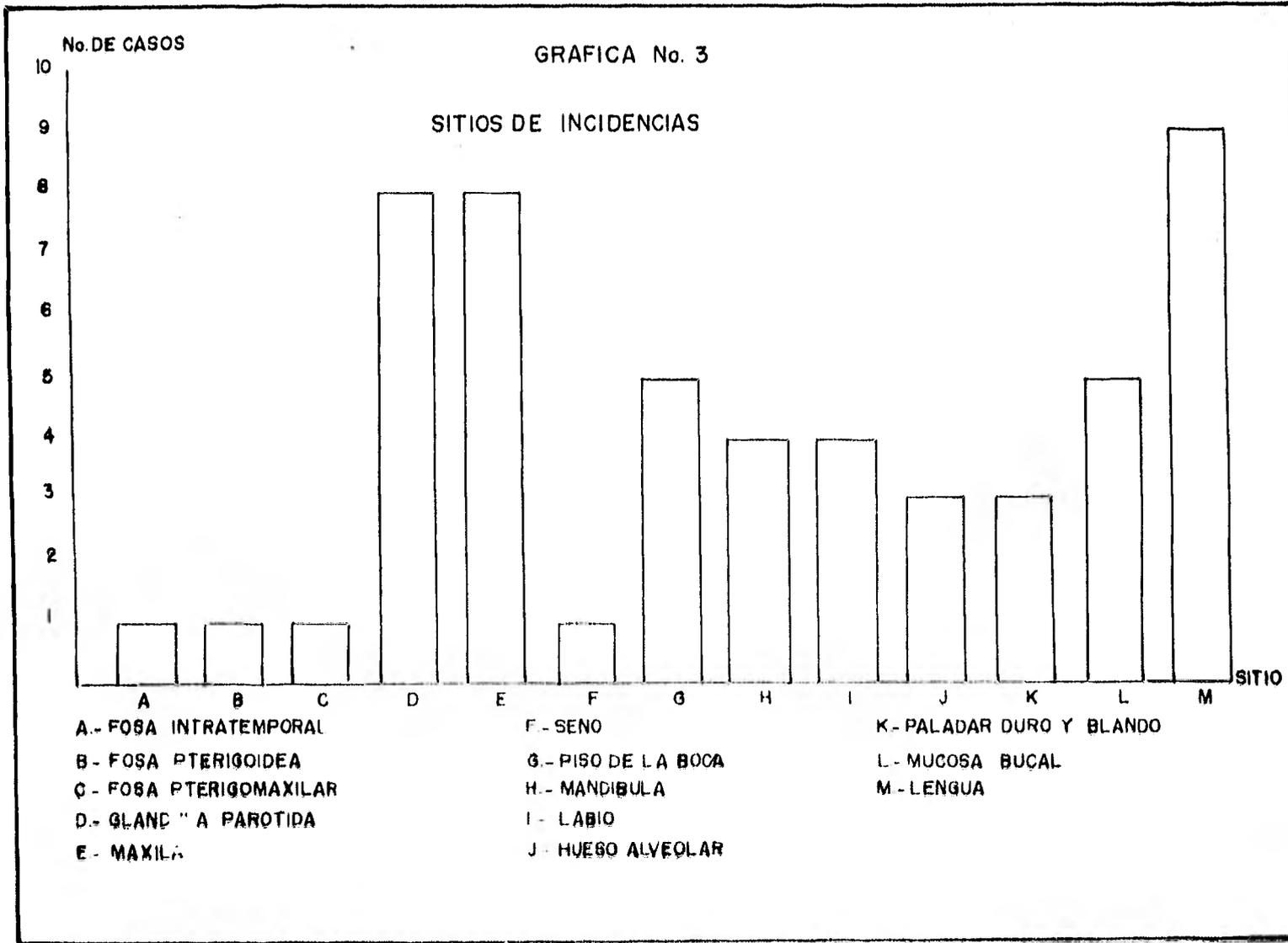
D = 30-39

H = 74

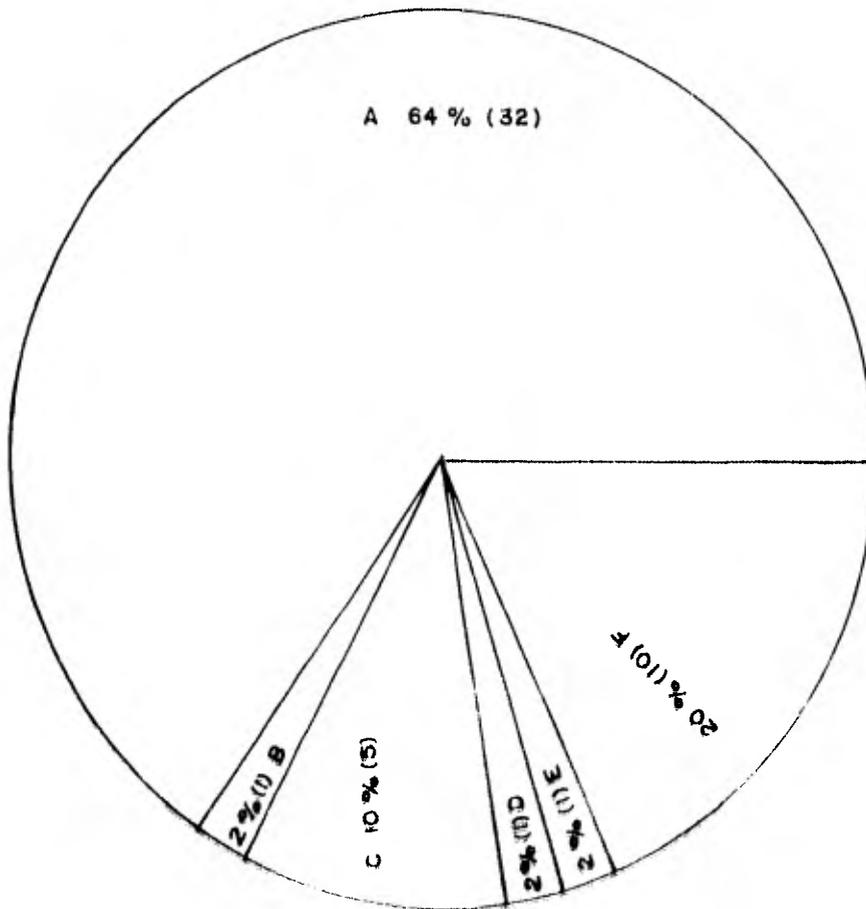
CUADRO No. II

PORCENTAJE, NUMERO DE CASOS Y
SITIO DE INCIDENCIA

SITIO	No. DE CASOS	%
FOSA INTRATEMPORAL	1	1.8
FOSA PTERIGOIDEA	1	1.8
FOSA PTERIGOMAXILAR	1	1.8
GLANDULA PAROTIDA	8	15
MAXILA	8	15
SENO	1	1.8
PISO DE LA BOCA	8	9.4
MANDIBULA	4	7.5
LABIO	4	7.5
HUESO ALVEOLAR	3	5.6
PALADAR DURO Y BLANDO	3	5.6
MUCOSA BUCAL	8	9.4
LENGUA	9	16.9



GRAFICA No. 4
PORCENTAJE Y NUMERO DE CASOS
SEGUN TRATAMIENTO



A- EXCISION

D- EXCISION Y QUIMIOTERAPIA

B- RADIOTERAPIA

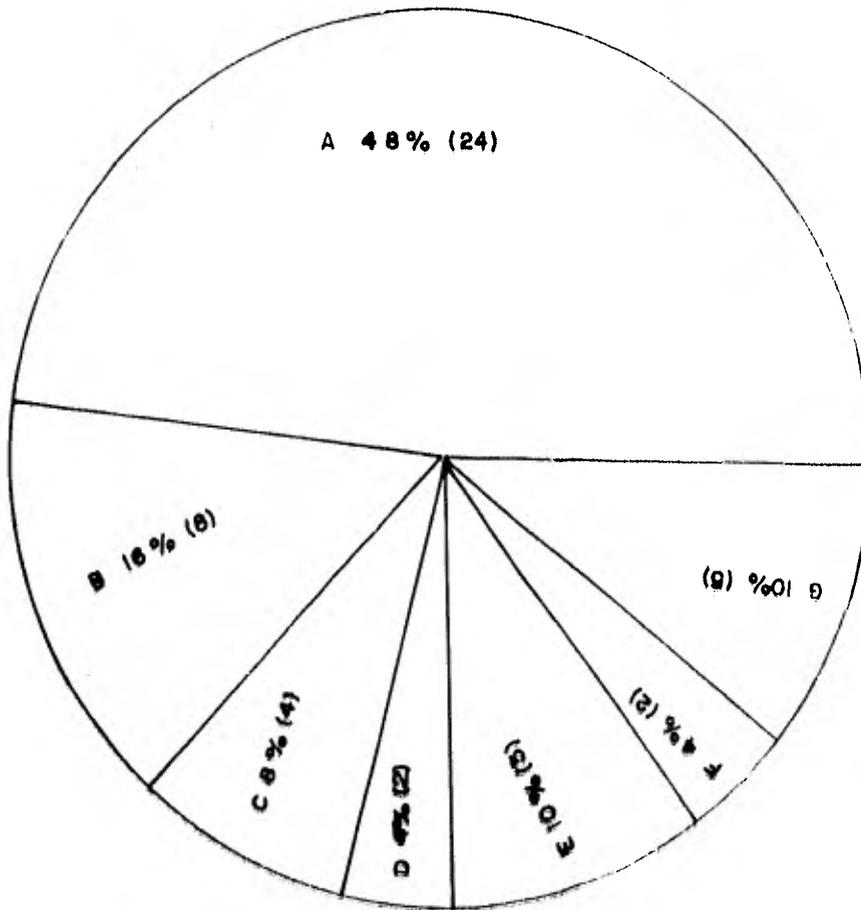
E- QUIMIOTERAPIA

C- EXCISION Y RADIOTERAPIA

F- NO HAY REFERENCIA

GRAFICA No. 5

RESULTADOS: PORCENTAJE Y CASOS



A.- NO REAPARECE

E.- MUERTE Y METASTASIS

B.- NO SE REPORTA

F.- RECURRENCIA, METASTASIS MUERTE

C.- RECURRENCIA

G.- DESCONOCIDO

D.- RECURRENCIA Y METASTASIS

VIII. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Del estudio de las características de los 50 tumores hemangiopericitómicos expuestos anteriormente, concluimos:

- a) Que el hemangiopericitoma es un tumor vascular raro, originado a partir de células versátiles llamadas "pericitos".
- b) Tiene una extensa distribución anatómica de acuerdo a la gran distribución capilar, encontrándose en cavidad oral y estructuras adyacentes de acuerdo al número de casos en el sitio de incidencia en: Lengua, glándula parótida, maxila, piso de la boca, mucosa bucal, mandíbula, labio, hueso alveolar, paladar duro y blando, fosa infratemporal, fosa pterigoidea, fosa pterigomaxilar y seno.
- c) Aparece a cualquier edad, desde el nacimiento hasta los 74 años.
- d) En cuanto al sexo, existe un ligero predominio por el sexo masculino, aunque en la mayor parte de la bibliografía se reporta igual distribución sexual.
- e) De etiología desconocida, pero atribuible al traumatismo e hipertensión arterial.

- f) Sin signo clínico patognomónico, el tumor aparece principalmente como una inflamación no dolorosa en la mayor parte de los casos recopilados.
- g) De comportamiento biológico incierto.
- h) El único factor constante en todos los tumores, es la gran proliferación de los capilares. Su característica histopatológica más notable es la localización de los pericitos en el exterior de la pared capilar.
- i) En los datos obtenidos estadísticamente en nuestro estudio concluimos que el tratamiento ideal para esta neoplasia es la excisión local extensa.
- j) De nuestro estudio concluimos que hay un porcentaje de cura del 48%.

Tomando en cuenta cada uno de los incisos mencionados, se determina que el hemangiopericitoma es de difícil diagnóstico clínico. Como en el caso reportado, en el cual se dió un diagnóstico de ránula, siendo este equivocado, ya que el reporte histopatológico fue de hemangiopericitoma.

De aquí que, todas las muestras de tejido extirpado por el odontólogo, sean enviadas para su estudio al

laboratorio de histopatología. Además, dada la baja incidencia que tiene este tumor y a la falta de información existente en los libros de texto, consideramos que sea útil al investigador.

* * *

BIBLIOGRAFIA

- 1) Backwinkel, K.D., and Diddams, J.A.: Hemangiopericytoma. Report of a case and comprehensive review of the literature. *Cancer* 25(4):896-901, 1970.
- 2) Brockbank, J.: Hemangiopericytoma of the oral cavity: Report of a case and review of the literature. *J. Oral Surgery* 37(9):659-664, 1979.
- 3) Buchanan, G.: Two rare tumours involving the infratemporal fossa: alveolar soft part sarcoma and haemangiopericytoma. *J. Laringol Otol* 89(4):375-389, 1975.
- 4) Calderelli, D.D., and Sperling, R.L.: Hemangiopericytoma of the maxilla. *Arch Otolaryngol* 102(1):49-50, 1976.
- 5) Enzinger, F.M., and Smith, B.H.: Hemangiopericytoma. An analysis of 106 cases. *Human pathology* 7(1):61-82, 1976.
- 6) Hary, M. Safta, M. and Grivu, O., Rumănieu, T. Hemangiopericytoma of the tongue and lips. 22:202-205, 1977.
- 7) Huth, F., Koch, and Düsseldorf, Z. Hemangiopericytoma in the mandible facial region. 22:205-207, 1977.
- 8) Liceaga, E.C., Sánchez, T.J., González, C.A., Oviedo, M.A. Hemangiomas. *Rev ADM* 35(1):39-48, 1978.
- 9) Massarelli, G., Tanda, F., and others: Hemangiopericytoma of the parotid gland. Report of a case and review of the literature. *Virchows Arch (Pathol Anat)* 386(1):81-89, 1980.

- 10) Mukerjee, S., Dixit, R., and others: Hemangiopericytoma of the floor of the mouth: A case report. *British Journal of Oral Surgery*. 14(2):112-115, 1976.
- 11) Nickels, J., and Koivuniemi, A.: Cytology of malignant hemangiopericytoma. *Acta Cytologica*. 23(2):119-125, 1979.
- 12) Peynégre, R., and Pain, F.: Hemangiopericytoma of the parotid in the child. *An Otolaryngol Chir Cervicofac*. 95(12):789-793, 1978.
- 13) Poisson, R., and Copti, M., others: Hemangiopericytoma of the pterigomaxillary fossa. *Union Med Can* 104(1): 84-92, 1975.
- 14) Sage, H., and Salman, I.: Malignant hemangiopericytoma in the area of a previous ameloblastoma of the mandible. *Oral Surg., Oral Med and Oral Pathol*. 26(3):275-283, 1968.
- 15) Serban, A., Aleanu, V., and others. Hemangiopericytoma of the preauricular region. *Rev Chir (Stomatol)* 25(2): 149-151, 1979
- 16) Walike, J.W., and Bailey, B.J.: Head and Neck hemangiopericytoma. *Arch Otolaryngol*. 93:345-353, 1971.

* * *