

Angiolipoma mediastínico en reloj de arena

P. Gámez García^a, A. de Pablo Gafas^b, C. Salas Antón^c, R. Santolaya Cohen^a, L. Madrigal Royo^a y A. Varela de Ugarte^a

^aServicio de Cirugía Torácica y Cardiovascular. ^bServicio de Neumología. ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. España.

Los tumores en reloj de arena son extremadamente raros. Suele tratarse de tumores neurogénicos con crecimiento intra y extracanal, que comienzan con síntomas neurológicos por compresión medular o raquídea. Las referencias respecto a estos tumores no neurogénicos son excepcionales. Se describe el caso de una paciente de 56 años con un angiolipoma en reloj de arena, con una porción localizada en el mediastino posterior y otra en el canal raquídeo. El tumor fue resecado satisfactoriamente mediante un abordaje en dos tiempos. Primero, mediante un acceso neuroquirúrgico posterior, se extrajo la porción intracanal, mejorando la sintomatología; en un segundo tiempo se resecó la porción mediastínica mediante videotoroscopia.

Palabras clave: Angiolipoma. Tumor en reloj de arena. Videotoroscopia.

Mediastinal dumbbell angiolipoma

Dumbbell tumors are extremely rare. Most are neurogenic in origin. Growth is both inside and outside the spinal canal, and symptoms debut with medullary or spinal compression. References to non-neurogenic dumbbell tumors are uncommon. This report describes the case of a 56 year-old woman with a dumbbell angiolipoma having mediastinal and spinal cord portions. The tumor was successfully resected using a two-stage procedure. First, the spinal portion was resected using a posterior neurosurgical approach, with improvement of symptoms. Then, the mediastinal portion was removed thoracoscopically.

Key words: Angiolipoma. Dumbbell tumor. Videothoracoscopy.

Introducción

Los tumores en reloj de arena se caracterizan por presentar una porción paravertebral y otra en el canal espinal conectadas a través de un agujero de conjunción. La mayoría de los tumores en reloj de arena son de origen neurogénico¹ y pueden localizarse en la región cervical, torácica o lumbosacra¹.

Los angiolipomas espinales son tumores anecdóticos², como lo es su localización en el mediastino posterior^{3,4}. Se describe el caso de una paciente con un angiolipoma espinal y mediastínico en reloj de arena que fue tratado quirúrgicamente mediante un doble abordaje: neuroquirúrgico y torácico.

Observación clínica

Paciente de 56 años, sin antecedentes de interés, que ingresó de urgencias en nuestro hospital con un cuadro clínico de un mes de evolución, consistente en pérdida de fuerza en los miembros inferiores, acompañada de parestesias. Estos síntomas se habían acentuado en las últimas horas, con la presentación de dificultad para la

deambulación. En la exploración física destacaba una paresia en los miembros inferiores de predominio proximal, más acentuada en la pierna izquierda, con hipoalgesia e hipoestesia con un nivel sensitivo D6-D7, así como hiperreflexia de los miembros inferiores.

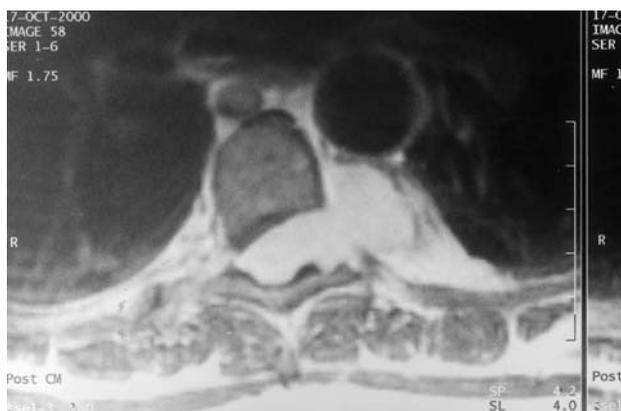
La resonancia magnética nuclear de la columna dorsolumbar puso de manifiesto una tumoración espinal, con grave compromiso del cordón medular, anterolateral derecho desplazado a nivel de D6 y que salía con forma de reloj de arena hacia la cavidad torácica, dilatando el agujero de conjunción izquierdo (figs. 1 y 2).

La paciente fue intervenida de urgencias, y se le realizó una laminectomía de D5-D6-D7. Se objetivó una tumoración que envolvía en forma de manguito el cordón medular y lo desplazaba en sentido anterior y hacia la derecha, que se extendía a través del agujero de conjunción. El estudio histológico intraoperatorio se informó como compatible con un tumor benigno de tipo angiolipoma. Se procedió a realizar la exéresis completa de la porción intracanal hasta los bordes del agujero de conjunción. El postoperatorio fue satisfactorio, los síntomas neurológicos desaparecieron y se dio el alta al séptimo día postoperatorio. El examen histopatológico definitivo confirmó el diagnóstico intraoperatorio. El tumor tenía unos 4 cm de longitud.

Tres meses más tarde se intervino quirúrgicamente mediante videotoroscopia izquierda, visualizándose una tumoración paravertebral izquierda extrapleural, a

Correspondencia: Dr. P. Gámez García.
Servicio de Cirugía Torácica y Cardiovascular. Clínica Puerta de Hierro.
San Martín de Porres, 4. 28035 Madrid. España.

Recibido: 5-2-2002; aceptado para su publicación: 19-3-2002.



Figs 1 y 2. Dos imágenes de la resonancia magnética nuclear de columna dorsolumbar que evidencian una tumoración espinal con grave compromiso del cordón medular, anterolateral derecho, desplazado en D6 y que sale en forma de reloj de arena hacia la cavidad torácica dilatando el agujero de conjunción izquierdo.

la altura del sexto espacio intercostal, siguiendo el eje de la costilla. Se realizó una exéresis completa de la tumoración. La paciente evolucionó favorablemente, y fue dada de alta a las 48 h de la cirugía. El análisis histopatológico evidenció un tumor de 3 cm, que microscópicamente se caracterizaba por presentar numerosos vasos, predominantemente de pared delgada, endotelio prominente, capilares o venas, que en algunas zonas se encontraban separados por una matriz fibrosa y que en

otras se entrelazaban con tejido adiposo maduro, sin degeneración mixoide ni atipia citológica, incluyendo fascículos nerviosos englobados. Era idéntico morfológicamente al previamente resecado. La paciente se mantiene asintomática tras un año de seguimiento.

Discusión

Los angiolipomas son tumores muy infrecuentes, suelen aparecer en pacientes adultos y se manifiestan como tumores benignos encapsulados. Histológicamente presentan una mezcla de células grasas maduras y estrechos canales vasculares. Característicamente, la formación vascular contiene múltiples microtrombos de fibrina, lo que los diferencia de los lipomas comunes⁵. Aunque su localización más típica es el tejido subcutáneo del antebrazo⁵, otras posibles localizaciones son el canal espinal² o el mediastino posterior⁴. En nuestro caso, el angiolipoma constituía un verdadero tumor en reloj de arena espinal y mediastínico, con su mayor componente localizado en el canal raquídeo, produciendo una compresión medular y síntomas neurológicos.

Se ha propuesto un abordaje en un solo tiempo combinado, neuroquirúrgico y toracoscópico⁶, para la exéresis de tumores benignos en reloj de arena con un componente raquídeo poco significativo. Otros autores describen la exéresis mediante un abordaje único toracoscópico o posterior, en los casos de localización preferentemente mediastínica o intracanal, respectivamente⁷. En nuestro caso estos componentes tenían un tamaño considerable (total 7 cm), por lo que elegimos una intervención neuroquirúrgica de urgencia para conseguir la descompresión medular, a la vez que el diagnóstico, con lo que la clínica mejoró de inmediato. Posteriormente se programó, en un segundo tiempo, el abordaje mediastínico a través de una videotoracoscopia izquierda.

En conclusión, el abordaje combinado neuroquirúrgico y, posteriormente, toracoscópico es efectivo y seguro para la exéresis de los tumores benignos mediastínicos en reloj de arena, tanto si son o no de origen neurogénico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Isoda H, Takahashi M, Mochizuki T. MRI of dumbbell-shaped spinal tumors. *J Comput Assist Tomogr* 1996;20:573-82.
2. Provenzale JM, McLendon RE. Spinal angiolipomas: MR features. *Am J Neuroradiol* 1996;17:713-9.
3. Negri G, Regolo P, Gerevini S, Arrigoni G, Zannini P. Mediastinal dumbbell angiolipoma. *Ann Thorac Surg* 2000;70:957-8.
4. Kline ME, Patel BU, Agosti SJ. Noninfiltrating angiolipoma of the mediastinum. *Radiology* 1990;175:737-8.
5. Ensinger FM, Weiss SW. Benign lipomatous tumors. En: Ensinger FM, Weiss SW, editors. *Soft tissue tumors*. St. Louis: Mosby, 1995; p. 381-430.
6. Vallieres E, Findlay JM, Fraser RE. Combined microneurosurgical and thoracoscopic removal of neurogenic dumbbell tumors. *Ann Thorac Surg* 1995;59:469-72.
7. Grillo HC, Ojemann RG. Mediastinal and intraspinal "dumbbell" neurogenic tumors. En: Martini N, Vogt-Moykopf I, editors. *International trends in general thoracic surgery*. Vol 5. St. Louis: Mosby, 1989; p. 205-10.