

Mixolipoma del antebrazo

por

Ettore De Girolami* y Federico Faerron**

(Recibido para su publicación el 8 de noviembre de 1958)

Los tumores mixomatosos son muy raros en la literatura médica; WILSON (9), revisando 80 mil cortes histológicos desde 1931 hasta 1941 encontró 871 tumores de tejidos suaves y entre éstos no había ningún mixoma o mixosarcoma. Según MARINELLO (5) estos tumores se presentan con una relativa mayor frecuencia en el macizo maxilo facial. ASTAFF (1) y otros AA. consideran que la forma pura del mixoma es muy rara presentándose más comúnmente las mixomas como mixofibroma, mixolipoma, fibromixolipoma, condromixoma y sus respectivos cuadros histológicos malignos.

Las publicaciones sobre estos tipos de tumores son casi exclusivamente presentaciones de casos individuales y por lo tanto de una experiencia clínica acumulada; por ese motivo nos preocupamos de leer el artículo de SPONSEL *et al.* (7) que es el único, entre los que hemos podido conseguir, en el cual los autores se han preocupado de hacer una evaluación crítica de una serie de pacientes.

SPONSEL *et al.* (7) revisaron los tumores de tipo mixomatoso que encontraron en el Museo de Patología de la Clínica Mayo desde el año 1910 hasta el 1945 y, los clasificaron de acuerdo con la definición de STOUT (8) para los mixomas. Ellos separaron seis casos benignos de mixoma, uno de tipo intermedio (antebrazo) y nueve de tipo maligno.

De esta revisión de la literatura se comprende que los tumores mixomatosos del antebrazo son extremadamente raros y, aprovechando de la experiencia de los autores citados, deseamos presentar el estudio de un tumor mixomatoso de esa región que hemos tenido la oportunidad de operar hace más o menos 3 años y medio.

DESCRIPCION DEL CASO

T. S. A. paciente de 54 años de edad, sexo masculino, raza blanca, casado, proveniente de los Chiles de Parrita (Provincia de Puntarenas).

* Cátedra de Histología de la Universidad de Costa Rica. Clínica de Tumores, Departamento de la Lucha contra el Cáncer en Costa Rica.

** Clínica Tumores, Departamento de la Lucha contra el Cáncer en Costa Rica.

Anamnesis remota:

Enfermedades propias de la niñez, malaria, gran fumador. No tiene antecedentes traumáticos.

Anamnesis presente:

Hace dos años el paciente notó que se le estaba formando una tumoración pediculada en el antebrazo derecho la cual fue creciendo lenta y paulatinamente. Dicha masa hace tres meses comenzó a ulcerarse en su porción distal formándose al mismo tiempo una abundante supuración y cubriéndose de costra hemorrágica. Al observar la evolución y el cambio de aspecto de la lesión el paciente se presentó a la consulta de Dermatología del Hospital San Juan de Dios en donde el médico que lo vió, lo internó en su Servicio correspondiente. Los exámenes de Laboratorio de sangre (V. D. R. L. y Kahn), orina y heces solicitados por el Servicio de Dermatología del Hospital fueron negativos.

Examen físico:

El día 10 de marzo de 1955 el paciente fue enviado para estudio a nuestro servicio de Oncología y el especialista reportó "Estado general del paciente bastante satisfactorio, los diferentes sistemas y órganos son normales. En el antebrazo derecho, cara dorsal, tercio medio, se encuentra una tumoración en forma de pera, colgante de un pedículo flácido y ancho (fig. 1). En el ápice de la misma se aprecia una ulceración de bordes irregulares y levantados de 5 cm de diámetro fondo algo escavado y de aspecto vegetante, cubierta en parte de costra hemorrágica y rezumando material seropurulento (fig. 2). La masa no es dolorosa, la piel que circunda el películo presenta un típico enrojecimiento inflamatorio".

Diagnóstico: Fibrolipoma con degeneración epiteliomatosa.

Disposición: Extirpación quirúrgica amplia.

El día 14 de marzo de 1955 se efectuó la extirpación quirúrgica amplia de la lesión, procediéndose a la disección de la base del tumor hasta llegar a la aponeurosis superficial del dorso del antebrazo la cual se elimina en la parte correspondiente a dicha base; se sutura la herida operatoria por planos.

En fecha 26 de marzo el patólogo envió el siguiente reporte: "Biopsia 42.128. Se cortan dos porciones una de la parte necrosada y otra de la parte sana. Examen microscópico: la parte tumoral corresponde a mixolipoma activo con tendencia a la transformación mixosarcomatosa por lo que este caso debe controlarse; hay necrosis en una porción. Diagnóstico final: mixolipoma a controlar. Dr. M. Fallas-Díaz".

Evolución:

El 16 de marzo se efectúa curación encontrándose la herida operatoria en perfecto estado y 5 días después se le quitan puntos. El paciente fue controlado en nuestra Clínica respectivamente el 24 de marzo de 1955, el 10 de mayo de 1955, el 23 de julio de 1955, y el 14 de noviembre de 1957. A razón

del presente trabajo el 24 de octubre de 1958 el paciente fue sometido a una revisión estricta, presentándose en perfectas condiciones generales y locales.

ESTUDIO HISTOLOGICO

Después de haber leído las publicaciones mencionadas y recordando las recomendaciones que sobre este caso nos hizo a su tiempo el patólogo Dr. Fallas, quien nos obsequió varias láminas para investigación, ahora, después de más de tres años y medio de controlar nuestro paciente, quisimos hacer una revisión histológica del tumor.

En el presente trabajo no viene al caso hacer una descripción macro y microscópica de estos tumores y por lo tanto nos remitimos a los textos de anatomía patológica como el de COSTERO (2) y a los trabajos ya citados de STOUT (8) y SPONSEL *et al.* (7).

Es notorio que estos tipos de tumores tienen un componente mucoide parecido al que se encuentra en el tejido del cordón umbilical (gelatina de Wharton); por ese motivo hemos querido hacer un estudio histológico comparativo. Las coloraciones practicadas se usaron para ambos tejidos, es decir tumor y cordón umbilical.

En los cortes coloreados con hematoxilina y eosina se nota la presencia de fibrillas finas, largas y entrelazadas de aspecto uniforme; estas fibrillas, como telas de araña, ponen en comunicación entre sí las células estrelladas distribuidas en una matriz mucoide (figs. 4, 5 y 6).

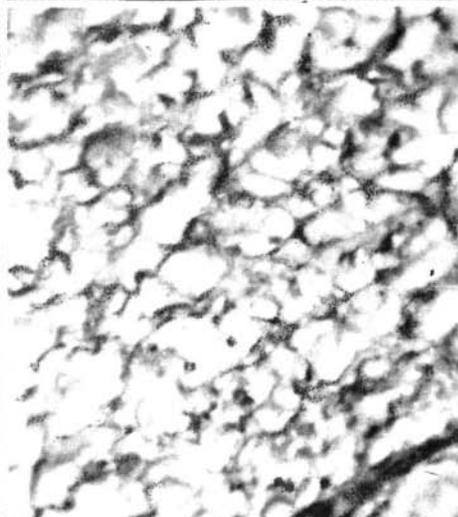
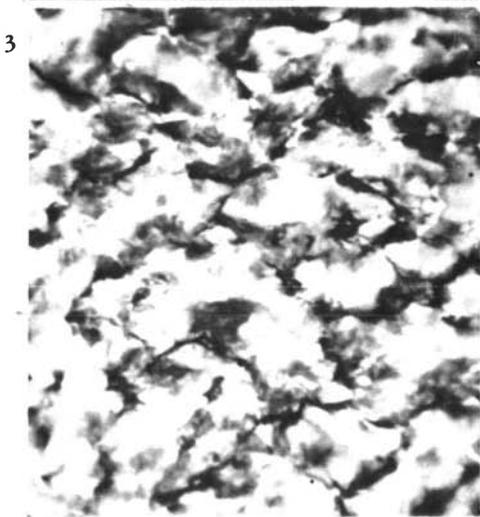
De acuerdo con la experiencia de SPONSEL *et al.* (7) para poner en evidencia el retículo usamos la técnica de impregnación argéntica según el método de Laidlaw (ver LILLIE (4), y también como indica HAM (3) la técnica P. A. de Schiff o técnica P. A. S.

En las figuras 9 y 10 se puede observar dos diferentes aspectos del retículo del cordón umbilical comparables con las figuras 11 y 12 que representan dos diferentes aspectos del retículo de la masa tumoral. En esta visión panorámica a pequeño aumento podemos observar que el retículo del tumor es más compacto y vascularizado (fig. 12).

Comparando las figuras 13 y 14 (gelatina de Wharton) con las 15 y 16 (mixoma) podemos observar que en las primeras las fibrillas son finas, segmentadas y polidireccionales mientras que en las segundas son más variadas en diámetro, más retorcidas y más anastomosadas pareciendo formar una malla alrededor de cada célula, aún cuando no en forma tan exagerada como se puede ver en el trabajo de SPONSEL *et al.* (7). Igualmente comparando las figuras 3 (cordón umbilical) y 4 (tumor) se puede observar que el retículo es mucho más retorcido en el tumor, y que el aspecto del mismo con la coloración de P. A. S. es perfectamente comparable con el de la impregnación argéntica (ver figs. 14 y 16).

La figura 8 (P. A. S.) pone en evidencia unas pocas células adiposas encerradas en la malla del retículo.

- Fig. 1: Aspecto macroscópico del mixolipoma localizado en el tercero medio del antebrazo derecho. Nótese la parte necrosada y el aumento de vascularización. En la parte superior de la foto se ve el lado ulnar de la muñeca derecha.
- Fig. 2: El ápice del tumor visto de frente. Nótese además de la parte necrosada la presencia de escavaciones y de material seropurulento.
- Fig. 3: Aspecto de la gelatina de Wharton con la técnica de P. A. S. Las fibrillas reticulares, moradas, y lineares no son muy abundantes. (340 ×).
- Fig. 4: Aspecto del mixolipoma con la técnica de P. A. S. Las fibrillas reticulares son mucho más evidentes que en la figura anterior y comparables sobre todo con las de la fig. 16 (impregnación argéntica). (340 ×).



La coloración de "Azan" (ver LILLIE (4)) que practicamos para estudiar fibras colágenas no contribuyó eficazmente a nuestro estudio.

COSTERO (2) afirma que uno de los datos importantes para distinguir un mixosarcoma de un mixoma es la presencia de vasos abundantes cuya fragilidad ocasiona frecuentes hemorragias intersticiales que tardan mucho en resolverse. Según él en los mixomas (formas benignas) no es raro encontrar hemorragias producidas al tomar la biopsia o al extirpar el tumor; por ese motivo es conveniente determinar la edad de las efusiones sanguíneas. En efecto la presencia de hemosiderina en los cortes nos permite averiguar que las hemorragias son antiguas, en cuyo caso se trata de formas mixosarcomatosas. Siguiendo este consejo, hemos aplicado la coloración de Perls (ver LILLIE (4)) a un corte del tumor, para investigar la presencia de hemosiderina puesto que había abundante hemorragia intersticial en nuestro caso; la reacción resultó negativa.

DISCUSION

Revisando la literatura hemos podido darnos cuenta de que entre los patólogos no existe todavía un concepto uniforme respecto a la clasificación de los mixomas y de las mixosarcomas puros o mixtos. Los textos de anatomía patológica clásicos, como el de COSTERO (2) y otros AA., aseguran que existe un tumor bien definido de tipo mucoide que se llama mixoma con su respectiva forma maligna, el mixosarcoma.

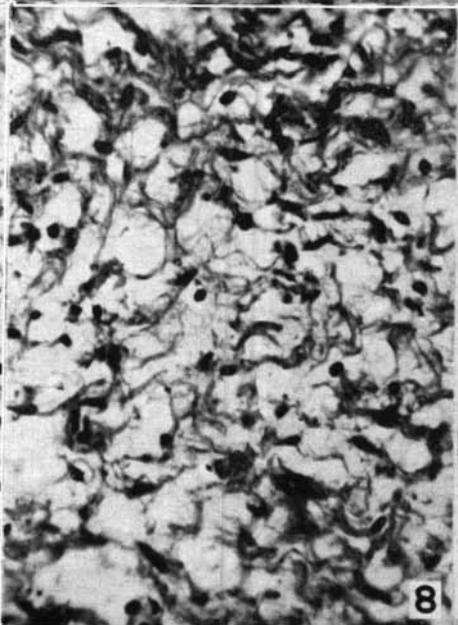
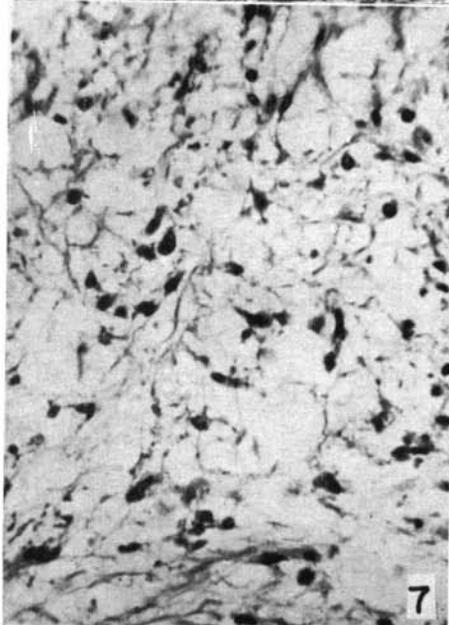
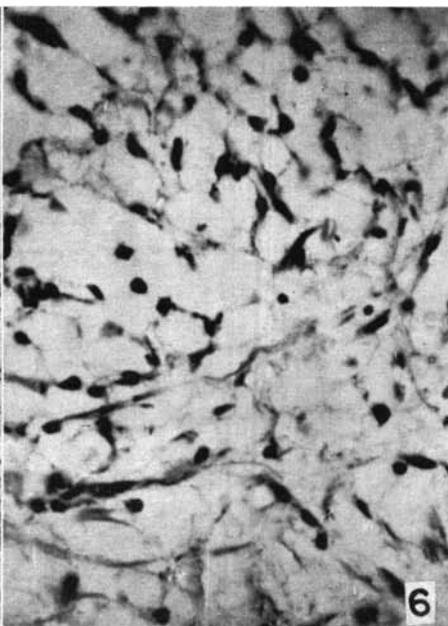
SMITH y GAULT (6), dicen que el mixosarcoma y el mixoma son sarcomas o fibromas con fuerte componente mixomatoso.

STOUT (8) es de la idea de que no es correcto usar los términos de mixoma y mixosarcoma puesto que los tumores mixomatosos no dan metástasis y que no existe un medio para anticipar la energía de crecimiento del neoplasma por medio de la histología. Concluyendo, según este autor deberían existir únicamente los mixomas.

SPONSEL *et al.* (7) mantienen que los términos de mixoma y de mixosarcoma deben ser retenidos y demuestran que las neoplasias, que en todo aspecto corresponden a la descripción del mixoma de Stout, se pueden dividir en formas benignas y malignas así como fueron considerados desde años atrás en los textos de patología. Estos autores sostienen que las fibrillas de los tumores mixomatosos tienen una fuerte afinidad para la plata siendo ellas más finas y uniformes en los mixomas y más retorcidas, numerosas y variables en espesor en los mixosarcomas. Comparando los resultados histopatológicos con el estudio clínico de los casos, ellos quieren demostrar que se justifica la creencia de que existen las formas benignas y malignas de los mixomas.

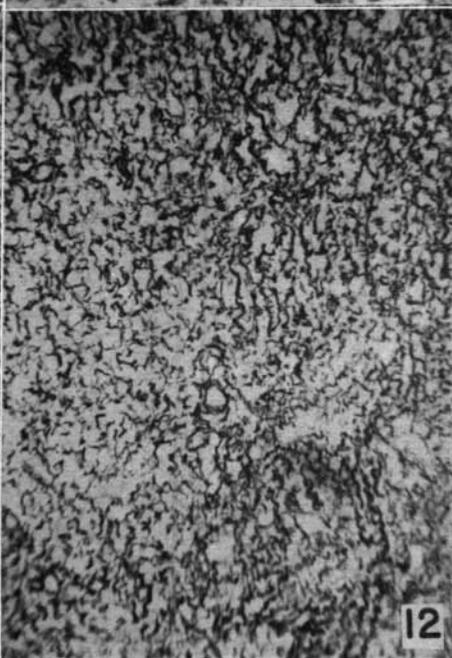
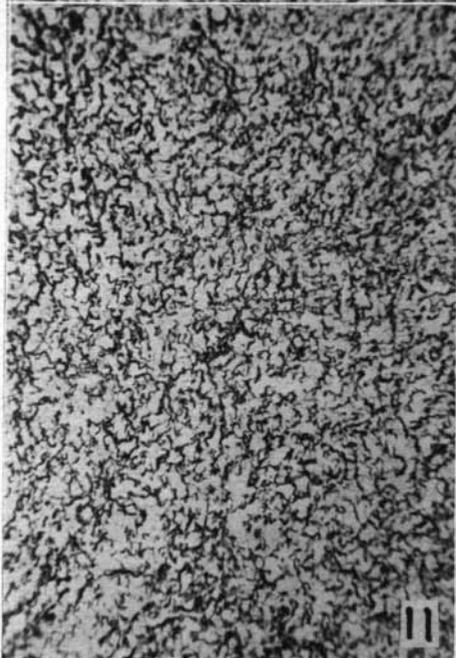
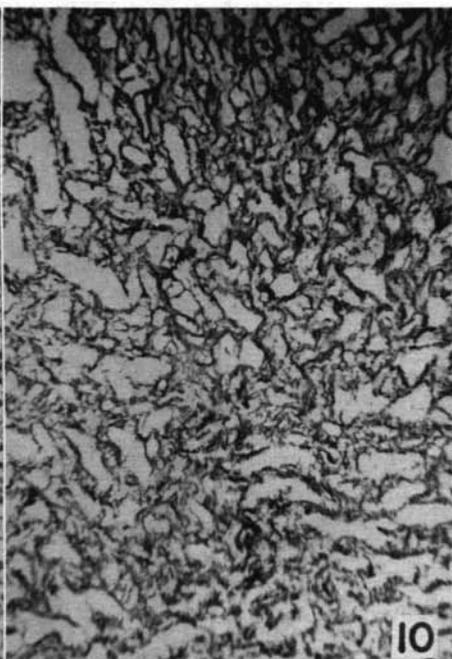
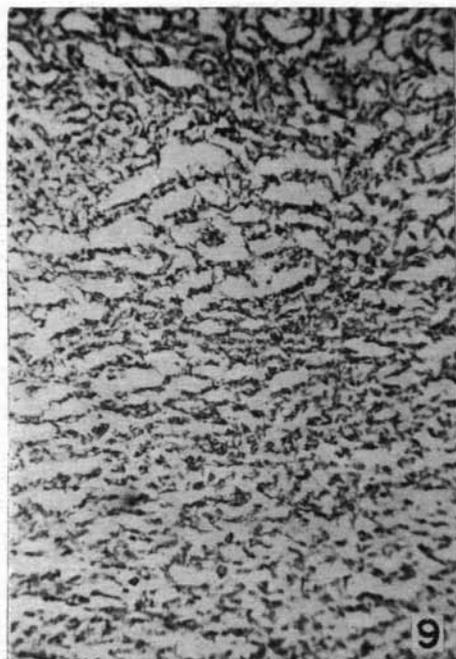
Aplicando la técnica de impregnación argéntica aconsejada por SPONSEL *et al.* (7) en estos tumores, nosotros hemos podido observar que en nuestro caso las fibrillas eran de tipo intermedio entre ambas clases descritas por ellos. Comparamos nuestros cortes con las fotografías del trabajo de ellos y con las fibrillas del tejido mucoide del cordón umbilical, confirmando nuestra suposición de que también nuestro caso correspondía a un tumor mixomatoso de tipo

- Fig. 5: Aspecto histológico panorámico del tumor. (Hematoxiosina, 75 \times).
- Figs. 6 y 7: Particulares de la fig. 5. Nótese la presencia de células en forma estrellada, de huso o circular que están puestas en comunicación entre ellas por medio de una fina trama fibrillar. (Hematoxiosina, 340 \times).
- Fig. 8: Aspecto histológico del tumor coloreado con la técnica de P. A. S. Nótese algunas células adiposas encerradas en la malla del retículo. (340 \times).

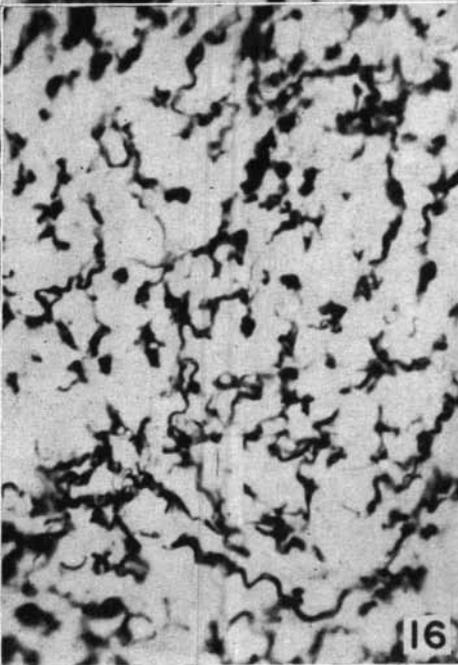
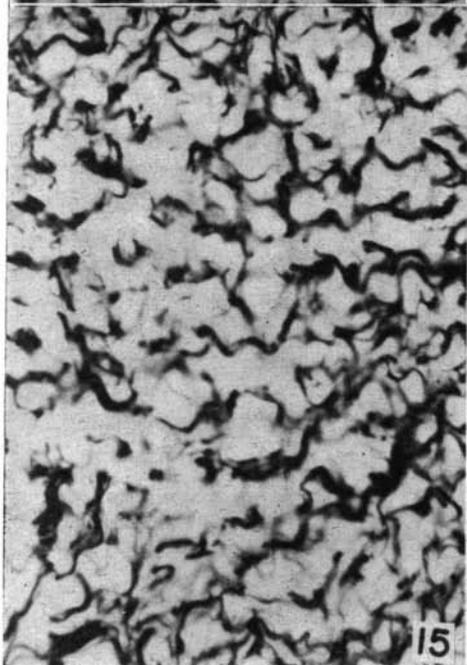
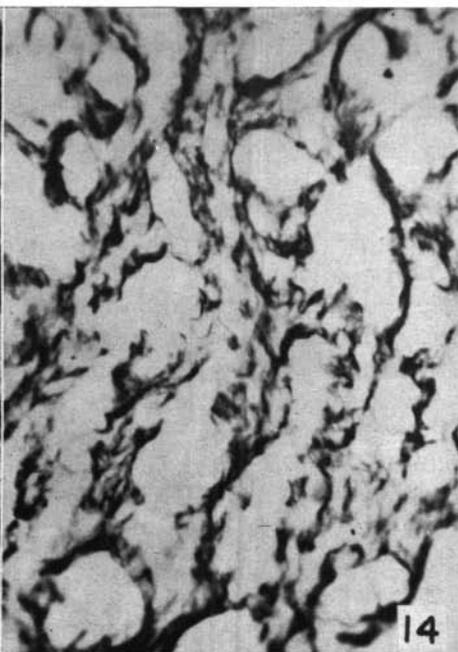
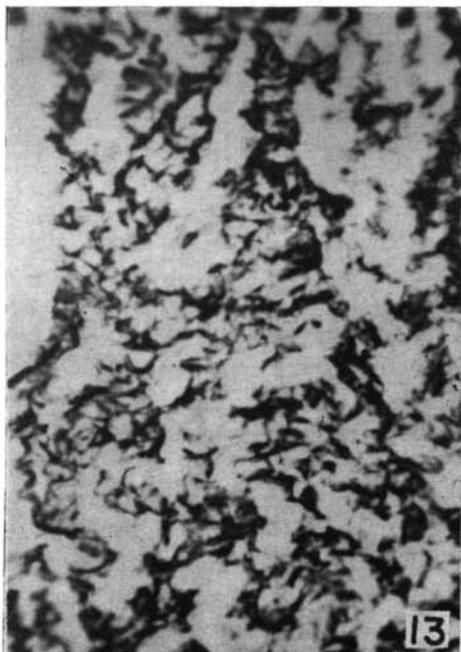


Figs. 9 y 10: Dos diferentes aspectos panorámicos del retículo de la gelatina de Wharton. (Laidlaw, 75 ×).

Figs. 11 y 12: Dos diferentes aspectos panorámicos del retículo del mixolipoma. (Laidlaw, 75 ×).



- Fig. 13: Particular de la figura 9. Nótese la estructura segmentada de las fibrillas reticulares. (Laidlaw, 340 \times).
- Fig. 14: Particular de la figura 10. En esta foto el aspecto de cada fibrilla de la gelatina de Wharton es más continuo y definido y se aprecia la presencia de áreas más claras y menos definidas. (Laidlaw, 340 \times).
- Fig. 15: Particular de la figura 11. Las fibrillas son más gruesas, retorcidas y compactas. (Laidlaw, 340 \times).
- Fig. 16: Particular de la figura 12. Las fibrillas, en menor número que en la foto anterior, en parte se anastomozan, rodean a los cuerpos celulares y tienen un decurso muy irregular. (Laidlaw, 340 \times).



intermedio, similar al único que ellos encontraron en el antebrazo. No sabemos si esto corresponde a pura casualidad, puesto que, como mencionamos, estos tumores son extremadamente raros en dicha región; sin embargo, creemos que vale la pena mencionar esta coincidencia. Confirma la hipótesis de que no se trata de un tumor maligno la negatividad de la reacción de Perls, aún cuando eran visibles macro y microscópicamente el aumento de vascularización y la necrosis en su parte apical.

Como se nota en la historia clínica, el diagnóstico preoperatorio del médico fue de "fibrolipoma con degeneración epiteliomatosa"; esta sospecha clínica de neoplasia maligna fue muy indicativa para el cirujano, quien, desde el principio, hizo una extirpación muy amplia y profunda del tumor, lo que tal vez haya sido el motivo por el cual no se han presentado recidivas en nuestro caso después de casi cuatro años. Como refiere HAM (3), los trabajos de Leblond y colaboradores parecen indicar que las fibras reticulares proporcionan en general una mayor cantidad de azúcares (galactosa, fucosa, manosa y sobre todo, glucosa), que las fibras colágenas. Estos autores llegaron a la conclusión de que éste es el glúcido responsable de la tinción P. A. S. de las fibras colágenas y reticulares, y que estas últimas se tiñen más fuertemente que las colágenas porque tienen una proporción mayor de azúcares y en particular de glucosa. Aún cuando no se puede afirmar que esta suposición sea la correcta, puesto que parece que el material amorfo que acompaña íntima y abundantemente a las fibras reticulares es P. A. S. positivo, nosotros hemos aplicado esta técnica tanto a los cortes del tumor como a los del cordón umbilical. Con ese método hemos podido observar (figs. 3 y 4) que existe tanto en el tumor como en la gelatina de Wharton, estructuras lineares, delgadas, y ramificadas que se tiñen más intensamente (fibrillas reticulares) y áreas más anchas y menos definidas que toman una coloración rosa pálido (fibrillas colágenas); en los cortes del tumor prevalecen visiblemente las primeras, dando resultados similares a los obtenidos con la impregnación argéntica. Estos resultados nos hicieron suponer que el aumento de "fibrillas con afinidad por la plata" sobre todo evidente en los mixosarcomas, como notaron SPONSEL *et al.*, está en relación con el aumento de azúcares (glucosa?), los cuales, probablemente en estos tumores, están más íntimamente ligados a las fibras reticulares y por consiguiente éstas son bien visibles con la técnica de P. A. S.

Aún cuando esta interpretación pueda parecer únicamente de tipo especulativo, pensamos que tal vez la técnica de P. A. S. debería considerarse entre las que nos pueden ayudar en el diagnóstico diferencial histopatológico entre los mixomas y los mixosarcomas.

RESUMEN

En la presente publicación se describe un caso de mixolipoma del antebrazo. Después de una revisión clínica, se hace un estudio histológico comparativo con otros trabajos, y en la discusión se propone la técnica de P. A. S.

como uno de los medios para hacer el diagnóstico histopatológico diferencial entre los mixomas y los mixosarcomas.

SUMMARY

A case of myxolipoma of the forearm is presented. After the clinical description of the case, an histological study is made. With reference to the criteria proposed by SPONSEL *et al.* (7) to distinguish between myxoma and myxosarcoma, *i. e.*, the silver staining fibrils and the vascular pattern, the present case was of an intermediate type similar to the only case occurring on the forearm discussed in the publication mentioned. In sections stained with Schiff's periodic acid technique, results parallel closely those obtained with silver staining. The authors remark that the affinity for S. P. A. stain of the reticular fibrils may be an indication of a sugar component in their structure, and suggest that therein may lie the reason for the relationship between the amount of reticular material and the malignancy of the tumor shown by SPONSEL *et al.* S. P. A. stain might become a useful tool in distinguishing between myxoma and myxosarcoma.

BIBLIOGRAFIA

1. ASTAFF, A.
1953. Mixofibroma. *Oral. Surg. Oral Med. & Oral Path.* 6 (2):247-257.
2. COSTERO, I.
1946. *Tratado de anatomía patológica*. Vol. I y II. XIX + XV + 1986 pp. Editorial Atlante, S. A. México D. F.
3. HAM, A. W.
1958. *Tratado de Histología*. Trad. de la Ed. IIIª por A. Folch y Pi. XVI + 823 pp. Editorial Interamericana, S. A. México.
4. LILLIE, R. D.
1954. *Histopathologic technic and practical histochemistry*. IX + 501 pp. Blackiston Co. Inc. N. Y.
5. MARINELLO, Z.
1956. Sobre un caso de mixoma gigante del maxilar inferior *Arch. Cuban. Cancer.* 15 (7-8-9):282-289.
6. SMITH, L. W. y E. S. GAULT
1948. *Essentials of pathology*. III ed. XIV + 764 pp. Blackiston Co. Philadelphia y Toronto.
7. SPONSEL, K. H., J. R. McDONALD y R. K. GHORMLEY
1952. Mixoma and myxosarcoma of the soft tissues of the extremities. *Jour. Bone Ji. Surg.* 34-A. (4):820-826.
8. STOUT, A. P. (Cit. en SPONSEL *et al.* (7))
1948. Mixoma, the tumor of primitive mesenchyme. *Ann. Surg.* 127:706-719.
9. WILSON, D. A.
1945. Tumors of the subcutaneous tissue and fascia. *Surg. Gynec. & Obst.* 80 (5): 500-508.

PC: Descripción, mixolipoma, brazo. diagnóstico, hongos.
(enfermedades por hongos).