

Ruptura de hemangioma cavernoso simulando embarazo ectópico

Drs. Rafael Molina Vílchez*, Alejandro Avila**, Juan Carlos Ortega***, Nelson Velásquez*

RESUMEN: Los hemangiomas son de muy rara localización en pelvis u órganos genitales femeninos. No se toman en cuenta, habitualmente, entre las posibilidades de diagnóstico diferencial con embarazo ectópico. La literatura sobre el tema es escasa. En esta comunicación se describe el caso de una paciente con hemangioma cavernoso paraovárico, que se presentó con dolor pelviano agudo y prueba positiva para gonadotropina coriónica humana en sangre. Se hacen consideraciones en torno al actual conocimiento de la localización pelviana de estos tumores y la secreción ectópica de hormonas gonadotróficas.

Palabras clave: Dolor pelviano. Embarazo ectópico. Gonadotropina coriónica humana. Hemangioma. Hemangioma cavernoso. Secreción hormonal ectópica. Tumor paraovárico.

SUMMARY: Hemangioma grows seldom in female pelvis or genitalia. Usually it is not taken into account in the ectopic pregnancy differential diagnosis. References regarding the subject are rare. In this communication a case of paraovarian cavernous hemangioma causing acute pelvic pain and human chorionic gonadotropin positive blood test is reported. Considerations are made about the pelvic location of this tumor and ectopic gonadotrophic hormones secretion.

Key words: Pelvis pain. Ectopic pregnancy. Human chorionic gonadotropin. Hemangioma. Cavernous hemangioma. Ectopic hormonal secretion. Paraovarian tumor.

Los hemangiomas cavernosos se encuentran con relativa frecuencia en piel y mucosas, aunque pueden crecer en otros órganos como hígado, bazo, páncreas y hasta en el cerebro.

Algunos autores dan a los hemangiomas, cualquiera que sea su tipo, una clasificación intermedia entre las malformaciones hamartomatosas y las verdaderas neoplasias, pero por su forma de ocupar espacio, se consideran tumores, que casi nunca se malignizan (1). El 50% crece en cabeza y cuello. La localización en útero, trompa, ligamento ancho u ovario es muy rara, de modo que, por lo general, no se piensa en ellos al plantearse las posibilidades de diagnóstico diferencial en dolor pelviano.

En esta nota comunicamos sobre una paciente en la cual, la ruptura de un hemangioma paraovárico, se presentó con un cuadro clínico que llevó al diagnóstico de embarazo ectópico roto, sobre todo porque, a los datos físicos, se añadió una prueba positiva en sangre para detección de gonadotropina coriónica (hCG-)

Caso clínico

Paciente de 36 años, casada, gesta IV, con antecedente de tres cesáreas y un aborto, que consultó el 14-1-96 por crisis de dolor en fosa ilíaca izquierda e hipogastrio, de muy elevada intensidad, acompañado de sudoración, desvanecimiento y palidez cutánea. Con historia de menstruaciones irregulares, oligomenorrea y amenorrea secundaria. En los dos últimos años había menstruado 5 veces, pero la fecha de su último sangrado fue 14-1-96. Refería esterilización quirúrgica inmediatamente después de la tercera cesárea. Estaba en tratamiento psiquiátrico por sintomatología de tipo depresivo, y para el tiempo de aparición del episodio doloroso,

* Médico gineco-obstetra. Policlínica San Luis. Maracaibo, Venezuela.

** Anatomopatólogo.

*** Cirujano general.

tomaba Alprazolam a la dosis de 0,5 mg cada 8 horas, por vía oral.

Al ingreso se encuentra afebril, psíquicamente excitada, pulso rítmico de frecuencia 90 por minuto. Abdomen doloroso a la palpación en toda su mitad inferior, pero no había reacción peritoneal. Signo de Blumberg negativo. El tacto bimanual resulta difícil de evaluar, por la intensidad del dolor, pero los fondos de saco no se tocan ocupados, y la palpación y movilización del útero, que estaba aumentado de tamaño, exacerbaban la molestia. La concentración de hemoglobina en sangre era de 12 g por 100 ml, con hematocrito de 41%, cuenta blanca de 8 600-70% neutrófilos y 30% linfocitos. La glicemia, urea, creatinina, transaminasas y amilasas estaban dentro de cifras normales. El examen de orina reporta bacterias escasas, como único dato digno de mención. La prueba de hCG en sangre positiva.

Cuando se recibió el informe de hCG, la hemoglobina había descendido a 10,5g% y el hematocrito a 36%, la cuenta blanca era de 18 800 x mm³. La hCG en sangre fue repetidamente positiva.

El dolor continuaba sin alivio y los signos físicos cambiaron, haciéndose evidente la reacción peritoneal y positividad para el signo de Blumberg.

La ultrasonografía mostró la ausencia de embarazo intrauterino, pero no aportó datos concluyentes sobre tumoración pélvica. En la tomografía axial computarizada (TAC) pudo apreciarse sangre libre en cavidad pélvica y una tumoración colocada sobre el útero, de densidad comparable a la de la sangre, que medía 9 a 10 cm en eje mayor.

La laparoscopia confirmó su presencia, su contenido hemático y sangre libre en cavidad, escapada de una pequeña efracción. La masa colocada sobre el útero, inmediatamente en el lado derecho del ovario izquierdo se unía al mesovario por un pedículo vascular. Se extirpó y la misma midió 10 x 7 x 5 cm, y en el laboratorio de patología pesó 120 g. En su superficie de corte mostraba abundantes cavidades de aspecto vascular, ocupadas por coágulos. Las preparaciones microscópicas exhibieron tejido constituido por múltiples cavidades hemáticas, separadas por tabiques fibroconectivos que, a su vez, contenían numerosos vasos sanguíneos. El diagnóstico histopatológico fue hemangioma cavernoso. La prueba de hCG en sangre, se negativizó después de extirpado el tumor.

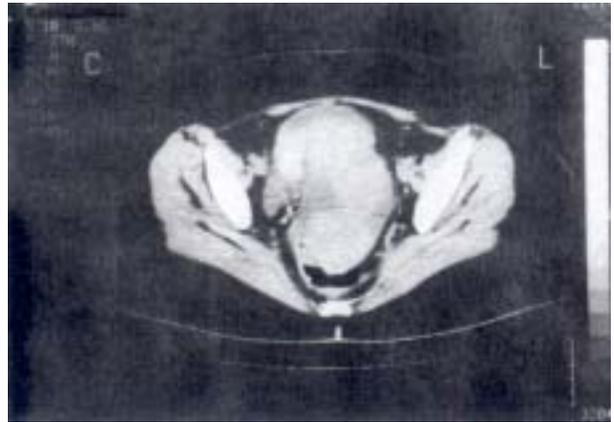


Figura 1. Tomografía axial computarizada. Se aprecia la tumoración en la línea media.

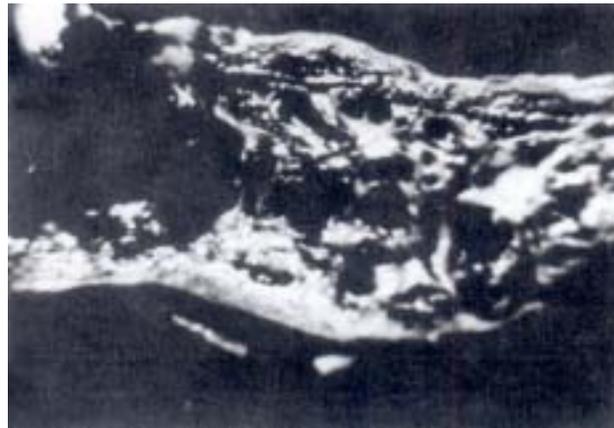


Figura 2. Anatomía macroscópica. Superficie de corte en la que se ven grandes cavidades vasculares.

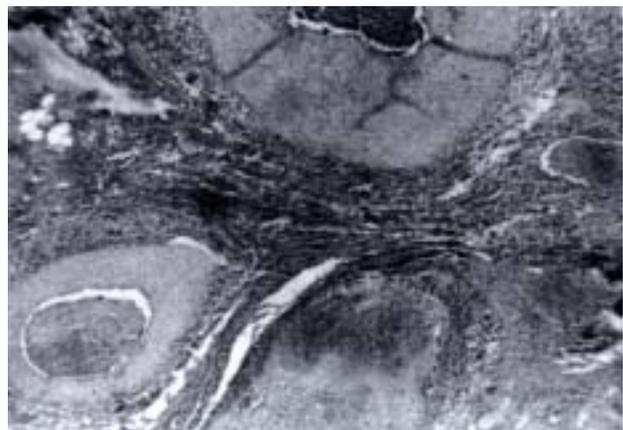


Figura 3. Detalles de histopatología.

DISCUSIÓN

El abdomen agudo con hemoperitoneo por ruptura de un tumor vascular pelviano, es una verdadera curiosidad clínico-patológica. Los tumores vasculares son muy infrecuentes en los órganos genitales internos femeninos, y cuando existen, ocupan principalmente el cuerpo uterino. Alvarez y Cerezo (2), afirmaron en 1986, que apenas se encontraban en la literatura médica algo más de una veintena de hemangiomas de ovario, y que la mayoría se trataba de lesiones pequeñas, hallazgos incidentales, unilaterales y de tipo cavernoso. En pocas oportunidades se habían encontrado que estos tumores produjeran molestia abdominal y ascitis (3), tumoración palpable (1,4) o torsión del ovario (5). El caso presentado por ellos (2) parece corresponder al tumor conocido con mayores dimensiones 24 x 14 x 10 cm, 1 166 g de peso.

En trompa de Falopio son aún más raros. En 1979, Joglekar publicó un caso (6) y encontró cinco reportados con anterioridad. La paciente en cuestión era la segunda en sufrir un abdomen agudo con hemoperitoneo (más de 500 ml de sangre) debido a esa causa. En ella, la laparoscopia permitió observar trompas macroscópicamente sanas, pero por una de las fimbrias, se escapaba a la cavidad sangre en gotas. Los cortes histológicos mostraron un hemangioma cavernoso roto espontáneamente. En cuanto a peritoneo pelviano, Mondor (7) incluye la angiomatosis peritoneal entre las causas de hemorragia de origen genital, no gravídico.

El caso que motiva esta nota clínica se hace más digno de comentarios por la asociación con prueba positiva para hCG. Parece corresponder a los que se conoce como secreción hormonal ectópica, fenocopias endocrinas, desorden endocrino paraneoplásico o producción de hormonas peptídicas o glicopeptídicas por tumores no endocrinos (8), concepto que hoy no parece tener una definición muy clara. Se dice que la producción hormonal es ectópica cuando se da en un tumor formado por un tejido que, normalmente, no produce la hormona en cuestión (9). Esa definición supone que están bien identificados todos los sitios y tejidos capaces de sintetizar las hormonas, lo que es motivo de discusión permanente, especialmente cuando se analiza la hCG o sus subunidades.

La asociación clínica entre varones con tumor de pulmón y ginecomastia, data de 1915 (8). La ginecomastia, en algunos casos se ha explicado por

un aumento de gonadotrofinas que, a la vez podría provocar una elevación en la producción de estrógenos. La secreción ectópica de hCG, o de alguna de sus dos subunidades, se ha relacionado principalmente con tumores malignos, aparte de los de origen trofoblástico; encontrándose en los textos listas de tumores que forman la hCG entera, la fracción alfa o la beta (8-10). Se decía que la producción ectópica de la hCG era característica de células tumorales malignas o indiferenciadas, pero en la actualidad se sabe que también lo hacen las neoplasias benignas y los tejidos sanos. Andersen y Marushak (11) midieron beta-hCG en sangre de pacientes con tumores de ovario tanto benignos como malignos, y encontraron que cuando se detectaba, los niveles de ambos grupos no tuvieron diferencia significativa, siendo levemente superior la cifra media de los benignos. Está demostrado que las personas consideradas normales, en un porcentaje pequeño, tienen hCG detectable en sangre. Yoshimoto y col. (12) opinan que todos los tejidos normales son capaces de elaborar la porción proteica de la hCG, diferenciándose la placenta por su habilidad enzimática para glicosilarla, transformando una proteína celular ubicua en una hormona que, para ellos, debería llamarse gonadotrofina celular humana.

En nuestra paciente se dan criterios puramente clínicos para considerarla como secreción ectópica de hCG. Se encontraron cifras sanguíneas elevadas, en ausencia de otro posible mecanismo causal, y se negativizaron después de extraer el tumor. La prueba empleada para detectar la glicoproteína fue la llamada "hCG-one step" de Laboratorio Bioscience, método inmunoenzimático que combina anticuerpos mono y policlonales, para determinación cuantitativa de la hormona total, con sensibilidad igual a 25 mUI/ml. No tenemos duda de que la prueba era positiva, o sea, que la concentración superaba la cifra anterior, puesto que se insistió en su repetición por el antecedente de esterilización quirúrgica. Desafortunadamente, en la institución donde se presentó la emergencia, se estaba utilizando ese tipo de prueba, esencialmente cualitativa, aunque con una sensibilidad aceptable. En la literatura se recogen interesantes casos clínicos apoyados en "pruebas de embarazo", como el adenocarcinoma endometrial de Tsoutsoplides (13).

Para los investigadores básicos, estos criterios, per se, no tienen mucha fuerza.

Vaitukaitis (10) los considera, cuando mucho,

circunstanciales. Le dan valor a la demostración de un gradiente arteriovenoso ascendente en el lecho capilar del tumor, y a la presencia de la hormona en el mismo tejido tumoral; así como a otros criterios llamados investigacionales, tales como: demostración *in vitro* de la síntesis y liberación, de la presencia del RNA mensajero específico, y otros (8-10). El caso presentado: una emergencia quirúrgica, dista mucho de satisfacer tales exigencias.

Resulta intrigante que tantos tumores sinteticen y liberen hCG, sugiriendo que ésta pudiera jugar algún papel en el crecimiento e invasividad tisular. La neutralización biológica de la fracción alfa, es capaz de reducir el crecimiento tumoral (14,15). La hCG constituye un campo de búsquedas ampliamente abierto para las ciencias básicas, pero aquí nos limitamos a la presentación de un cuadro clínico-patológico que, en el caso específico de hemangiomas pelvianos o genitales como causa de hemoperitoneo y, sobre todo, con prueba positiva en sangre para hCG, tiene pocos antecedentes en la bibliohemografía médica.

REFERENCIAS

1. Rosai J. Soft tissues. En: Rosai J, editor. "Ackerman's Surgical Pathology" Vol 2. 8ª edición. San Luis: Edit Mosby; 1996.p.2021-2213.
2. Alvarez M, Cerezo L. Ovarian cavernous hemangioma. Arch Pathol Lab Med 1986;110:77-78.
3. McBurney K, Trumbull M. Hemangioma of the ovary with ascites. Mississippi Doct 1955;32:271-274.
4. Mann LS, Metrick S. Hemangioma of the ovary: Report of a case. J Int Coll Surg 1961;36:500-502.
5. Kela K, Aurora AL. Hemangioma of the ovary. J Indian Med Assoc 1980;75:201-202.
6. Joglekar VM. Haemangioma of the fallopian tube. Case report. Br J Obstet Gynaecol 1979;86:823-825.
7. Mondor H. Abdomen agudo. Barcelona (España): Edit Toray -Masson SA 1963.p.632.
8. Sherwood LM. Paraneoplastic endocrine disorders (Ectopic hormone disorders). En: DeGroot LJ, editor. Endocrinology. Volumen 3. 3ª edición. Filadelfia: Edit Saunders Co.; 1955.p.2754-2802.
9. Orth DN. Ectopic hormone production. En: Felig PL, Baxter JD, Broadus AE, Frohman LA, editores. Endocrinology and metabolism. 2ª edición. New York: Edit McGraw-Hill Book Co.; 1987.p.1692-1735.
10. Vaitukaitis JL. Secreción hormonal ectópica y disfunción reproductora. En: Yen SS, Jaffe RB, editores. Endocrinología de la reproducción. 3ª edición. Buenos Aires: Edit Méd Panamericana 1993.p.821-832.
11. Andersen HJ, Marushak A. Value of beta-subunit of human chorionic gonadotropin, pregnancy-specific beta 1-glycoprotein and alpha-fetoprotein in preoperative evaluation of patients with pelvic mass. Am J Obstet Gynecol 1984;149:694-695.
12. Yoshimoto Y, Wolfsen AR, Hirose F, Odell WD. Human chorionic gonadotropin like material: Presence in normal human tissues. Am J Obstet Gynecol 1979;134:729-733.
13. Tsoutsoplides GC. Ectopic production of human chorionic gonadotropin by a highly anaplastic adenocarcinoma of the endometrium. Am J Obstet Gynecol 1980;136:694-695.
14. Rivera RT, Pasion SG, Wong DT, Fei YB, Biswas DK. Loss of tumorigenic potential by human living tumor cells the presence of antisense RNA specific to the ectopically synthesized alpha subunit of human chorionic gonadotropin. Cell Biol 1989;108:2423-2434.
15. Kumar S, Talwar GP, Biswas DK. Necrosis and inhibition of growth of human lung tumor by anti-alpha chorionic gonadotropin antibody. J Natl Cancer Inst 1992;84:42.