

## Hemangioma intramuscular de la infancia simulando rhabdomyosarcoma

J. J. PANISELLO SEBASTIÁ, A. A. MARTÍNEZ MARTÍN, J. DOMINGO CEBOLLADA,  
R. ÁLVAREZ ALEGRET y A. MARTÍNEZ TELLO

*Servicios de Cirugía Ortopédica y Traumatología y Anatomía Patológica. Hospital «Miguel Servet». Zaragoza.*

**Resumen.**—Se presenta un caso de hemangioma intramuscular de la infancia en una paciente de 14 meses de edad en quien la historia, examen clínico y técnicas de imagen sugerían un rhabdomyosarcoma. El tratamiento planteado fue la escisión en bloque, y la anatomía patológica reveló la verdadera naturaleza de la lesión. Se revisan las características de este raro tumor y los elementos que lo hacen semejante a lesiones malignas.

### INTRAMUSCULAR HAEMANGIOMA IN INFANCY RESEMBLING RHABDOMYOSARCOMA

**Summary.**—We report a case of intramuscular haemangioma occurring in a 14-month-old girl. Medical history, physical findings and imaging techniques suggested rhabdomyosarcoma. Complete excision was the treatment applied. The histological analysis gave the diagnosis. We review the characteristics of such unusual tumor and the aspects which make it similar to malignant tumors.

### INTRODUCCIÓN

Los hemangiomas intramusculares de la infancia son lesiones raras de origen tumoral o congénito (1); constituyen el 0,8% de los hemangiomas (2). Se trata de lesiones de difícil diagnóstico y tratamiento ya que suelen interpretarse como malignas por la rapidez de su crecimiento.

El examen clínico y la historia no permiten descartar otros procesos tumorales. La radiología simple muestra, a veces, calcificaciones que sugieren el diagnóstico (3). La angiografía muestra la evidencia de vasos anormales y la extensión de la lesión (4), aunque las técnicas de imagen —TAC y RMN— han mostrado ser las más útiles tanto para el diagnóstico como para la planificación del tratamiento (1). La extirpación en

bloque es el tratamiento de primera elección cuando la lesión es accesible.

El objetivo de este artículo es exponer un caso estudiado y tratado en nuestro centro en el que la evolución clínica y las técnicas de imagen sugerían un proceso maligno, llevando a la escisión en bloque de la masa sin biopsia previa. La naturaleza de la lesión nos permite reflexionar sobre el valor de las técnicas diagnósticas, importancia de la biopsia previa y posibilidades terapéuticas.

### CASO CLÍNICO

Niña de 14 meses de edad remitida a nuestro centro por presentar una masa en cara externa de muslo izquierdo de un mes de evolución, sin traumatismo previo. En el último mes la masa había crecido de tamaño, pasando a medir 4 x 1 cm a 5 x 1 cm en ecografías separadas 30 días.

En la exploración clínica se objetivó una masa en el área del vasto externo de unos 5 x 2 cm a la palpación,

#### *Correspondencia:*

J. J. PANISELLO SEBASTIÁ

Avda. Gertrudis Gómez de Avellaneda, 57, portal 3, 1.º O  
50015 Zaragoza

de consistencia elástica y adherida a planos profundos. No había ninguna alteración cutánea. El examen radiográfico no mostró hallazgos significativos y una nueva ecografía confirmaba la existencia de una tumefacción sólida, ecogénica y bien delimitada, de 5 x 1 cm. La localización intramuscular sugería, como primera posibilidad, un rhabdomyosarcoma, y como menos posible un lipoma o un tumor vascular. En la RMN se constató un proceso expansivo a nivel de vasto externo, con amplia superficie de contacto con los músculos crural y recto anterior, de dimensiones 63 x 27 x 44 mm. No había afectación vasculo-nerviosa. Las señales en T1 y T2 indicaban que se trataba de una lesión sólida, sugiriendo naturaleza sarcomatosa (Figs. 1A y 1B).

El rápido crecimiento de la lesión y la posibilidad de realizar en ese momento una escisión en bloque hizo omitir la biopsia a favor de un tratamiento quirúrgico precoz. En la intervención se realizó exéresis completa del vasto externo y parte de la fascia lata afecta por la neoformación. La pieza tenía consistencia elástica y color amoratado.

El estudio anatomopatológico informó de hemangioma infiltrante de músculo esquelético, de predominio capilar (Figs. 2A y 2B).

La evolución postoperatoria cursó sin complicaciones. Al año y medio de evolución no se han apreciado recidivas. La paciente mantiene una movilidad normal con ligera asimetría en el volumen de los muslos.

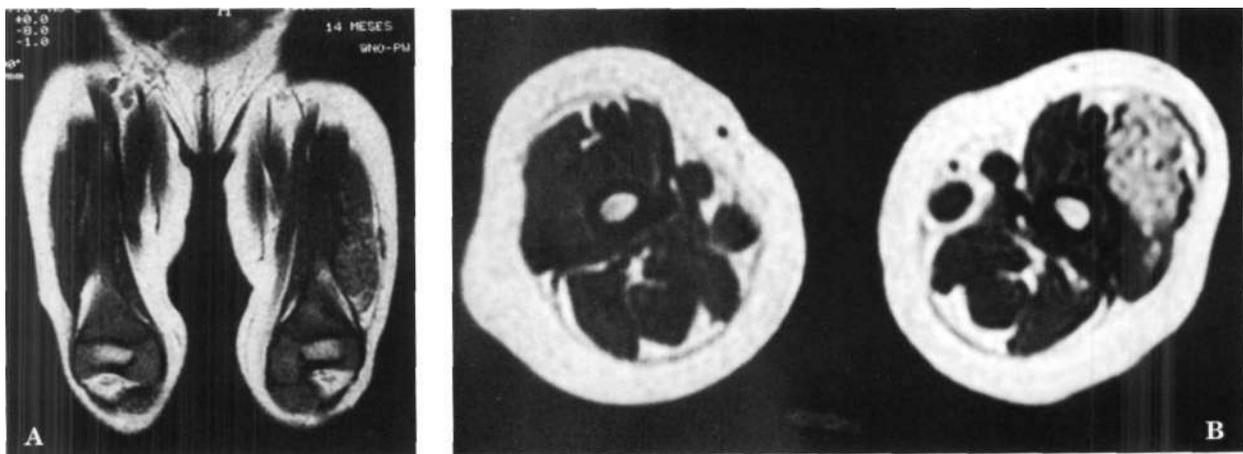
## DISCUSIÓN

Los hemangiomas intramusculares son lesiones raras que constituyen menos del 1% de los tumores vasculares benignos. Afectan de modo igual a ambos sexos y muchos de ellos se descubren durante la infancia o la adolescencia. Afectan

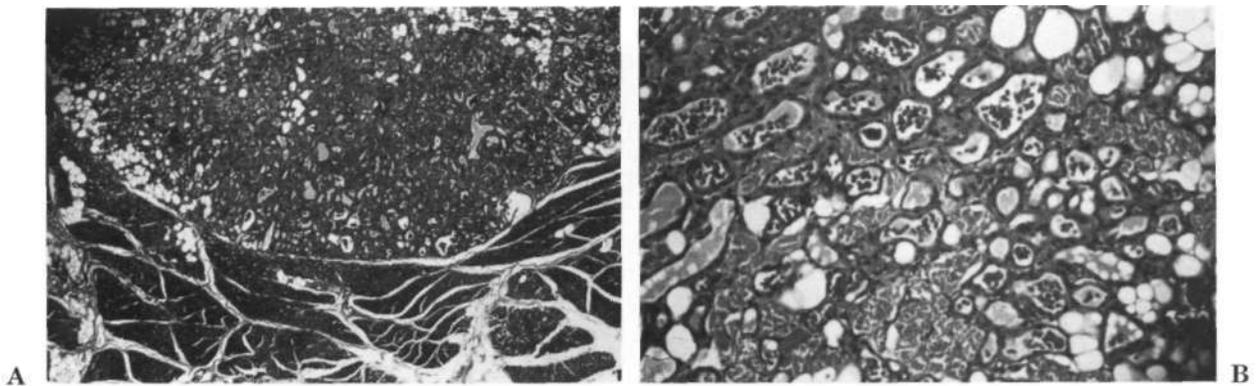
tan a extremidades inferiores en el 45% de casos, superiores en el 27%, cabeza y cuello en el 14% y tronco en el 14% (5).

Las formas que se presentan en la infancia existen ya al nacer (6), generalmente se expanden durante los primeros meses de vida, alcanzando su máximo tamaño a los 6-7 meses, y en ese momento tienden a estabilizarse. Clínicamente suelen cursar asintomáticos o causar dolor que aumenta con el movimiento y tumefacción (7). En algunos casos pueden presentar un intenso color rojizo en la piel, típico de una lesión angiomatosa (6, 7).

La radiología habitualmente no aporta información adicional; en algunos casos aparece densificación de las partes blandas o calcificaciones (flebolitos) (1, 3, 8); ocasionalmente pueden provocar reacción perióstica (6). La arteriografía muestra la existencia de vasos anormales y la presencia de numerosos vasos nutricios (8). La ecografía permite valorar la extensión de la lesión. Sin embargo, la RMN es la técnica de imagen que proporciona mayor información (1, 2, 7, 9) tanto de la consistencia como de la extensión del tumor, pudiendo sugerir el diagnóstico. Únicamente el examen anatomopatológico demuestra la naturaleza de la lesión. El diagnóstico diferencial debe realizarse con otros tumores como hemangiopericitoma, fibroblastoma, sarcoma sinovial, tumor glómico, leiomioma vascular, leiomyosarcoma vascular, schwannoma maligno, mesotelioma, liposarcoma y rhabdomyosarcoma (6, 7).



**Figuras 1A y 1B.** Imágenes de RMN mostrando la localización y extensión de la lesión. Ésta se sitúa en vasto externo, con amplio contacto con el vasto interno y recto anterior. No afecta a diáfisis femoral ni al paquete vasculonervioso. En T1 muestra intensidad de señal mayor que el músculo; en T2, un comportamiento heterogéneo.



**Figura 2.** A. Panorámica de la lesión, que muestra una tumoración de estirpe angiomatosa, bien delimitada, en el seno del músculo esquelético. H.E. 25x. B: Detalle de la tumoración: proliferación benigna de canales vasculares capilares, con hematíes intraluminales, tapizados por endotelios sin atipias ni mitosis. H.E. 200x.

Se han utilizado múltiples tratamientos, desde la congelación con dióxido de carbono (5), irradiación primaria, embolización y resección completa. La radiación está contraindicada en pacientes jóvenes, pues causa secuelas estéticas y funcionales severas por lesión físcaria, además del riesgo de radiosarcoma inducido (6). Actualmente sólo se utiliza en lesiones profundas, no accesibles quirúrgicamente, que causen compresión a otras estructuras (6). La embolización selectiva (8) no está justificada ya que habitualmente presentan múltiples

vasos nutricios, pudiendo emplearse para disminuir el riesgo de hemorragia masiva durante la intervención (7). De todos los tratamientos citados, la resección completa es la técnica utilizada por la mayoría de autores (2, 5, 7, 8), con una tasa de recurrencias locales del 18% y del 7% en más de una ocasión (4). Esta lesión no metastatiza. Hay, no obstante, autores (6) que defienden una actitud expectante dada la tendencia de estas lesiones a estabilizar su tamaño tras un rápido crecimiento; excepto en masas que amenacen la vida.

### Bibliografía

1. Greenspan A, McGahan JP, Vogelsang P, Szabo RM. Imagin strategies in the evaluation of soft-tissue hemangiomas of the extremities: correlation of the findings of plain radiography, angiography, CT, MRI, and ultrasonography in 12 histologically proven cases. *Skel Radiol* 1992;21:11-8.
2. Hawnaur JM, Whitehouse RW, Jenkins JP, Isherwood Y. Musculoskeletal haemangiomas: comparison of MRI with CT. *Skel Radiol* 1990;19:251-8.
3. Morris SJ, Adams H. Case report: paediatric intramuscular haemangioma, don't overlook the phebolith! *Br J Radiol* 1995;68:208-11.
4. Allen PW, Enzinger FM. Hemangioma of skeletal muscle. *Cancer* 1972;29:8-22.
5. Cohen A, Youkey J, Clagett P, Huggins M, Nadalo L, dAvis J. Intramuscular hemangioma. *Jama* 1983;249:2680-2.
6. Picci P, Sudanese A, Greggi T, Baldini N. Intramuscular hemangioma in infancy: Diagnostic an therapeutic considerations. *J Pediatr Orthop* 1989;9:72-5.
7. Marin LA, Gómez A, González J, Fernández C, Salido JA. Hemangioma intramuscular. *Rev Ortop Traumatol* 1995;39:521-3.
8. Christenson JT, Gunterberg B. Intramuscular haemangioma of the extremities: is computerized tomography useful? *Br J Surg* 1985;72:748-50.
9. Suh JS, Hwang G, Hahn SB. Soft tissue hemangiomas: MR manifestations in 23 patients. *Skel Radiol* 1994;23:621-5.