

Fibrohistiocitoma maligno cutáneo con metástasis satélites

Malignant fibrous histiocytoma with satellite metastasis

Erick A. Bravo^{1,2}, Nathaly Bär¹, Rossana Mendoza¹, Carlos Rivera¹, Cesar Chian³, Sandro Casavilca⁴

RESUMEN

El fibrohistiocitoma maligno es un tumor subcutáneo de larga evolución y localizado principalmente en extremidades. Se presenta el caso de una paciente de 77 años con una tumoración nodular de superficie ulcerada con múltiples pápulas perilesionales en su pierna derecha. Se realizó la confirmación histopatológica y de inmunohistoquímica compatible con Fibrohistiocitoma maligno asociado a metástasis cutáneas satélites.

PALABRAS CLAVE. *Fibrohistiocitoma maligno, sarcoma pleomórfico.*

ABSTRACT

Malignant fibrous histiocytoma is a subcutaneous tumor of long evolution, more frequently located in the extremities. We present the case of a 77 year- old female with a nodular ulcerated tumor with multiple perilesional papules on her right lower leg. Histopathology and immunohistochemistry were consistent with cutaneous malignant fibrous histiocytoma associated to satellite metastasis.

KEY WORD. *Malignant fibrous histiocytoma, pleomorphic sarcoma.*

INTRODUCCIÓN

El fibrohistiocitoma maligno (FHM), o sarcoma pleomórfico, es el tumor maligno de partes blandas más frecuente (adultos), fue descrito en 1963, por O'Brien.¹ Presenta patogenia no definida, con asociación a factores físicos, químicos y virales.^{2,3} Se presentan como una masa confinada al espacio subcutáneo en una extremidad del cuerpo (75 %) y usualmente es de reconocimiento tardío (al menos seis meses de evolución de enfermedad).^{2,4}

Se comunica el siguiente caso de FHM porque –si bien es frecuente como tumor subcutáneo– su forma cutánea ulcerada es de presentación infrecuente, más aún con lesiones satélites tumorales.

CASO CLÍNICO

Paciente de 77 años, natural y procedente de Lima, con antecedente de hipertensión arterial controlada desde hace tres años con enalapril, que acude con un tiempo de enfermedad de dos años, caracterizada por la aparición de una ‘herida’ que no cicatrizaba en su pierna derecha, la cual fue incrementándose lentamente de tamaño a pesar de curaciones que se realizaba. Posteriormente nota la aparición de nuevas lesiones alrededor de la úlcera.

Al examen clínico se evidenció una tumoración ulcerada de aproximadamente 7 x 8 cm con bordes delimitados, irregulares e infiltrados con superficie de aspecto granular y secreción serosa escasa en su superficie, correspondiendo a la región inferior de pierna derecha. Además de lesiones papulares y nodulares entre 0,5 y 2 cm de coloración rosada en región maleolar y dorso de pie. Se realizaron biopsias del borde de la úlcera así como de una zona papular adyacente, revelando histológicamente ambos células epitelioideas y fusiformes de aspecto empalizado, asociado a atipia celular y figuras mitóticas. En la inmunohistoquímica se evidenció positividad

1. Departamento de Dermatología, Hospital Nacional PNP, Luis N. Sáenz. Lima, Perú.
2. Instituto de Investigaciones Clínicas, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
3. Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, Perú.
4. Departamento de Patología, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Lima, Perú.



Figura 1. Tumoración ulceroinfiltrante en región inferior de pierna.

a vimentina, ciclina c1 y parcialmente positivo a citoqueratina. Negativo para S-100, citoqueratina 34BE12 y CD34.

El cultivo microbiológico para bacterias y hongos resultó negativo. La analítica sanguínea y hemograma resultaron en rangos normales. El estudio de resonancia magnética Nuclear y gammagrafía, reveló afectación de tejidos blandos sin compromiso óseo.

DISCUSIÓN

A la clínica el FHM se evidencia como una masa indolora en la pierna de aproximadamente 5 x 10 cm de diámetro, siendo dostercios de estos intramusculares.¹⁻⁴ Se ha asociado el FHM a linfomas, mieloma múltiple e histiocitosis maligna y a dispositivos fijos metálicos y prótesis.^{4,6} En



Figura 2. Evidencia de lesiones tumorales satélites alrededor de tumor ulcerado.

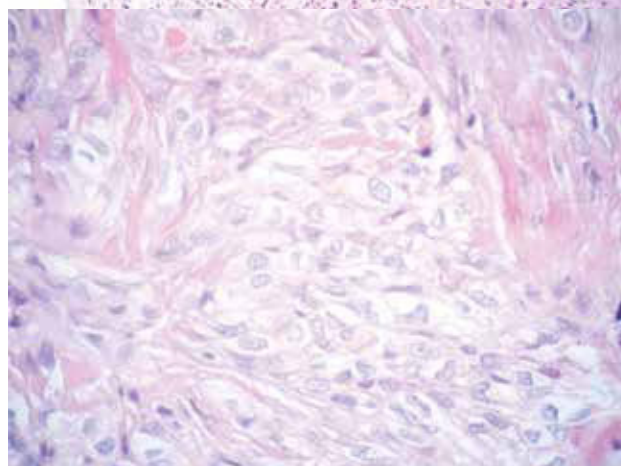
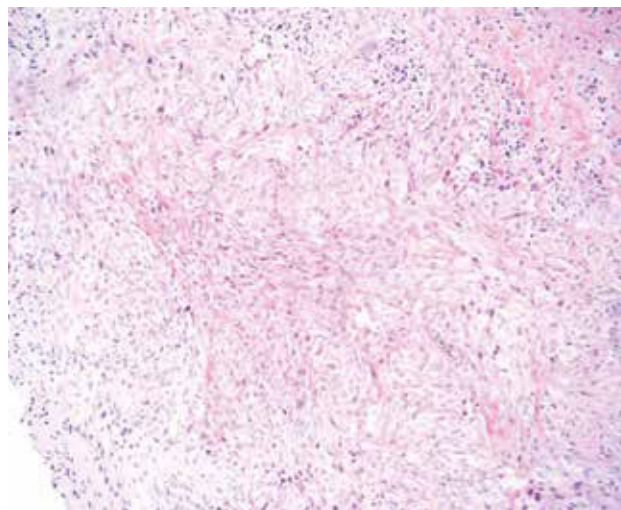


Figura 3. Histopatología. A. Cúmulo de células epitelioides en empalizada. B. A mayor detalle, células fusiformes atípicas en dermis profunda.

nuestro caso no se tiene antecedente de tales patologías, sin embargo el trauma continuo mediante ‘curaciones caseras’ pudo haber desencadenado el inicio de la lesión tumoral, correlacionando la aparición cutánea del FHM como en cicatrices de Cirugía o en traumatismos repetitivos.^{2,4,5}

El diagnóstico se realiza mediante el patrón histológico, confirmado con la inmunohistoquímica^{1,3} donde se evidencia positividad de vimentina, actina y negativa para S-100, mientras el CD68 no excluye ni descarta el diagnóstico. Adicionalmente, se realizó el marcaje de citoqueratina 34BE12, que resultó negativo, lo que descarta el carcinoma epidermoide, que se presentaba como diagnóstico diferencial. El FHM es usualmente de reconocimiento tardío (al menos seis meses de evolución de enfermedad). Las metástasis del FHM ocurren principalmente en el pulmón (90 %).¹⁻⁴ La presencia de presentación primariamente cutánea es rara y se manifiesta como una lesión ulcero-

infiltrante de crecimiento lento donde la cirugía radical es de elección como tratamiento de esta entidad.^{4,6} Al existir metástasis se recomienda quimioterapia de inicio, por lo que es útil reconocer y descartar esta entidad en su etapa primaria antes de que realice diseminación a distancia el cual resultará en un pobre pronóstico para el paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lew W, Lim HS, Kim YC. Cutaneous metastatic malignant fibrous histiocytoma. *J Am Acad Dermatol.* 2003;48(2):S39-40.
2. Cardoso R, et al. Malignant fibrous histiocytoma of the extremity: a case report. *An Bras Dermatol.* 2004;79(5):569-73.
3. Barquinero A, y col. Fibrohistiocitoma maligno. *Folia Dermatol. Peru.* 2007;18(2):81-83.
4. Fujimura T, Sugawara M, Haga T, Kariyab Y, Okuyama R, Tagamia H, Aiba S. Malignant fibrous histiocytoma with in-transit metastasis. *Case Rep Dermatol.* 2011;3(2):164-169.
5. Conejero R, et al. Histiocitoma fibroso maligno sobre cicatriz tras extirpación de un nevus melanocítico. *Actas Dermosifiliogr.* 2011;102:642-4.
6. Seper L, Schwab R, Kiattavorncharoen S, Büchter A, Bánkfalvi A, et al. Malignant fibrous histiocytoma of the face: report of a case. *Head & Face Med.* 2007;3:36-9.

CORRESPONDENCIA: Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Esquina de Av. Brasil y Av. De la Policía s/n Lima, Perú.
erick.bravo@upch.pe

FECHA DE RECEPCIÓN: 12 de agosto de 2013.

FECHA DE ACEPTACIÓN: 26 de agosto de 2013.