



OBSERVACIÓN CLÍNICA

Masa intraabdominal de difícil diagnóstico: tumor fibroso peritoneal solitario

Inmaculada Alonso^a, Manuel Hernández-Guerra^{a,*}, Yanira González^a,
Antonio Gimeno-García^a, Rafael Méndez^b, Antonio Malagón^c y Enrique Quintero Carrión^a

^aServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Canarias, Tenerife, España

^bServicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Canarias, Tenerife, España

^cServicio de Cirugía General, Hospital Universitario de Canarias, Tenerife, España

Recibido el 13 de octubre de 2009; aceptado el 12 de diciembre de 2009

Disponible en Internet el 4 de marzo de 2010

PALABRAS CLAVE

Tumor fibroso solitario;
Tumor del estroma gastrointestinal;
Tumor mesenquimal;
Ultrasonografía endoscópica;
Inmunohistoquímica

KEYWORDS

Solitary fibrous tumor;
Gastrointestinal stromal tumor;
Mesenchymal tumor;
Ultrasound endoscopy;
Immunohistochemistry

Resumen

El tumor fibroso solitario es un tumor raro de origen mesenquimal, de localización preferentemente en la pleura y las meninges, y menos frecuentemente se diagnostica como masa asintomática peritoneal hepática, en el páncreas o renal. Los hallazgos clínicos y radiológicos no son específicos, aunque nos permiten sospechar una evolución maligna por invasión o metástasis. Sin embargo, la citología preoperatoria suele ser de resultado dudoso o equivoco. Por tanto, el diagnóstico definitivo se logra tras la resección quirúrgica y el estudio mediante inmunohistoquímica con marcadores tales como CD34, vimentina y desmina. Presentamos un caso de tumor fibroso solitario de difícil diagnóstico, incluso tras una extensa serie de pruebas de imagen.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Intraabdominal mass with difficult diagnosis: Solitary fibrous tumor

Abstract

Solitary fibrous tumor (SFT) is a rare neoplasm of mesenchymal origin. The most commonly reported locations are the pleura and meninges. Less frequently, SFT manifests as an asymptomatic mass in the pancreas, liver, peritoneum or kidney. Clinical and radiological findings have failed to provide any specific diagnostic pattern but allow malignant development to be suspected due to infiltration or metastasis. In addition, preoperative cytology often yields inconclusive or misleading results. Therefore the definitive diagnosis is achieved after both surgical resection and immunohistochemical analysis, with markers

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mhernandezguerra@gmail.com (M. Hernández-Guerra).

such as CD34, vimentin and desmin. We present a case of SFT, which was difficult to diagnose, even after an extensive battery of tests based on imaging techniques.
© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Observación clínica

Paciente varón de 56 años, sin hábitos tóxicos declarados, con los únicos antecedentes patológicos de hipertensión arterial en tratamiento dietético y una hiperplasia prostática benigna. Fue remitido al Servicio de Digestivo para que se realizara el estudio de una masa de 5 cm de diámetro máximo entre la cara anterior del estómago y el lóbulo hepático izquierdo, de la que no se había podido precisar su origen y a la que se había descubierto de forma incidental en un escáner (fig. 1) durante el estudio de disfunción miccional.

El paciente se encontraba asintomático desde el punto de vista digestivo y, en la analítica, tanto el hemograma como la bioquímica resultaron estrictamente normales. Para profundizar en el estudio de la lesión, se realizó una ecografía hepática que informó de una masa subhepática adyacente al lóbulo hepático izquierdo, sólida, de $58 \times 44 \times 25$ mm, que tras la administración de potenciadores de señal se comportaba como una lesión hipervascular en la fase arterial y que indicaba depender de la pared gástrica. Se efectuó una gastroscopia en la que, a la altura del cuerpo gástrico, se observó una imagen indicativa de lesión submucosa o compresión extrínseca con mucosa suprayacente normal. Las biopsias no revelaron lesión mucosa alguna. Finalmente, se realizó un estudio mediante ultrasonografía endoscópica (USE), que evidenció un área mal delimitada, heterogénea, hipoeoica, con áreas quísticas en su interior y pérdida de planos de separación con el parénquima hepático en íntima relación con la pared gástrica (fig. 2). La punción-aspiración con aguja fina de la lesión resultó ser negativa para malignidad sin precisar el diagnóstico.

Dada la ausencia de diagnóstico y el tamaño de la lesión (mayor de 5 cm), se decidió finalmente exéresis quirúrgica

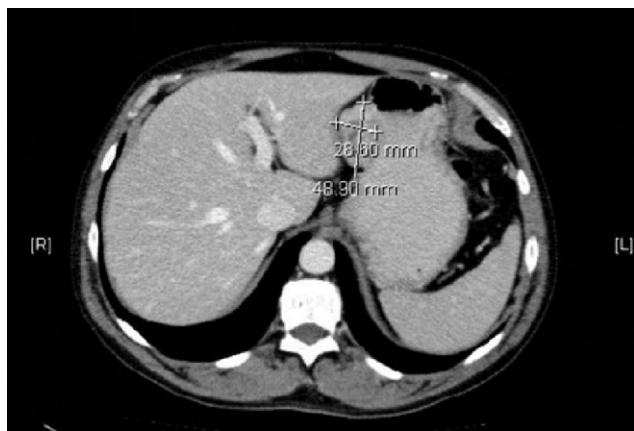


Figura 1 Imagen de una sección de escáner donde se aprecia una masa que parece depender del hígado y que pierde planos con la curvatura menor del estómago.

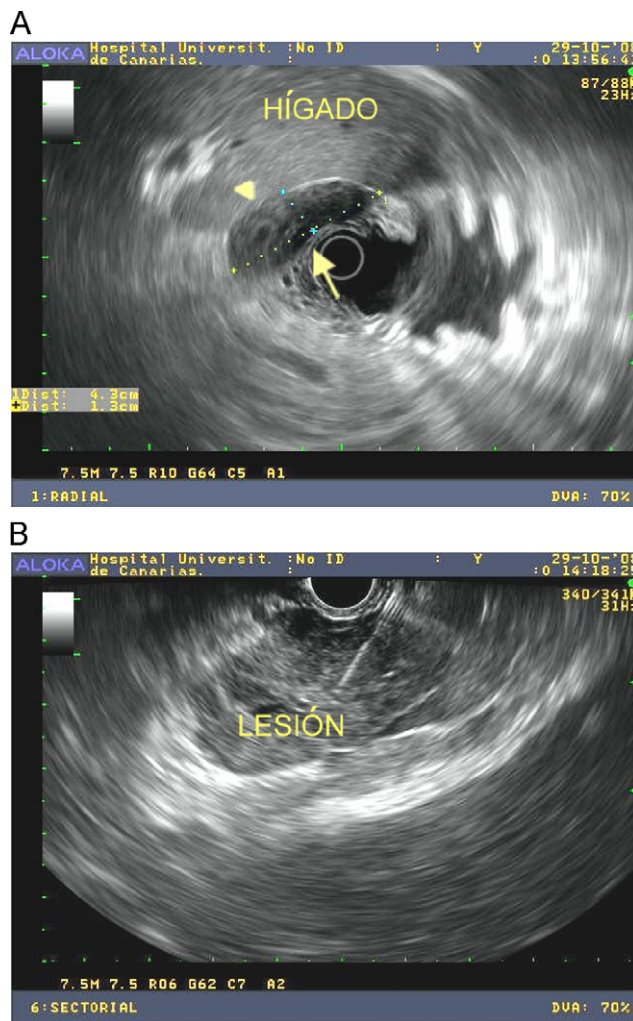


Figura 2 A) Imagen de ultrasonografía endoscópica donde se aprecia una lesión hipoeoica, heterogénea y mal delimitada, de $4,3 \times 1,3$ cm, con área quística milimétrica en íntimo contacto con el parénquima hepático. Punta de flecha: pérdida de plano de separación con respecto al parénquima hepático. Flecha: pared gástrica. Nótese que se puede diferenciar hasta la capa serosa de la pared. B) Imagen de ultrasonografía endoscópica lineal donde se aprecia la entrada de la aguja fina (22G) en la lesión.

completa mediante laparoscopia. Se halló una tumoración polilobulada, localizada en el epiplón menor, sin adherencias a órganos adyacentes. El análisis de la pieza histológica reveló células de morfología fusiforme sin figuras de mitosis. El análisis inmunohistoquímico para actina, desmina, S-100 y CD-117 (c-Kit) resultó negativo, mientras que para los marcadores CD-34 y vimentina reveló una fuerte positividad (fig. 3). El diagnóstico final fue tumor fibroso peritoneal solitario.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3288547>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3288547>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)