



ARTÍCULO BREVE

Lesión lipomatosa fibrohistiocítica hemosiderótica (tumor fibrolipomatoso hemosiderótico). Presentación de un caso y revisión de la literatura

Juan Segura-Sánchez*, Carlos Escudero-Severín y Carmen Eloy-García-Carrasco

Servicio de Laboratorio, Sección de Anatomía Patológica, Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Bormujos, Sevilla, España

Recibido el 3 de diciembre de 2012; aceptado el 31 de enero de 2013

Disponible en Internet el 26 de marzo de 2013

PALABRAS CLAVE

Lesión lipomatosa
fibrohistiocítica
hemosiderótica;
Tumor angiectásico
hialinizante
pleomorfo precoz;
Sarcoma fibroblástico
mixoinflamatorio

KEYWORDS

Hemosiderotic
fibrohistiocytic
lipomatous lesion;
Early pleomorphic
hyalinizing
angiectatic tumor;
Myxoinflammatory
fibroblastic sarcoma

Resumen La lesión lipomatosa fibrohistiocítica hemosiderótica, también llamada tumor fibrolipomatoso hemosiderótico, es una rara y recientemente descrita entidad fibrolipomatosa. Inicialmente considerada como el resultado de un proceso inflamatorio reactivo secundario a trauma o enfermedad vascular, evidencias más recientes sugieren que pueda ser de origen neoplásico.

Presentamos el caso de una mujer de 57 años y revisamos la literatura, particularmente con respecto a acontecimientos genéticos, morfológicos, inmunohistoquímicos y de diagnóstico diferencial, con especial atención a su relación con el tumor angiectásico hialinizante pleomorfo precoz y el sarcoma fibroblástico mixoinflamatorio.

© 2012 SEAP y SEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Hemosiderotic fibrohistiocytic lipomatous lesion (hemosiderotic fibrolipomatous tumor). A case report and a review of the literature

Abstract A hemosiderotic fibrohistiocytic lipomatous lesion, also called hemosiderotic fibrolipomatous tumour, is a newly described, rare fibrolipomatous entity. Initially considered to be the result of a reactive inflammatory process subsequent to trauma or vascular disease, recent evidence suggests that it may have a neoplastic origin.

We report a case occurring in a 57-year-old woman and review recent reports on current genetic developments, morphology, immunohistochemistry and differential diagnosis, paying special attention to its relation with early pleomorphic hyalinizing angiectatic tumour and myxoinflammatory fibroblastic sarcoma.

© 2012 SEAP y SEC. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jsegurasanchez@yahoo.es (J. Segura-Sánchez).

Introducción

La lesión lipomatosa fibrohistiocítica hemosiderótica/tumor fibrolipomatoso hemosiderótico (LLFH/TFH) fue descrita por Marshall-Taylor y Fanburg-Smith como una proliferación reactiva de naturaleza mixta fibrohistiocítica, miofibroblástica y fibroblástica en el tejido adiposo¹. Desde entonces se ha debatido si verdaderamente se trata de un proceso reactivo secundario a traumatismos de repetición o más bien es un proceso neoplásico relacionado con otros tumores, especialmente con 2 entidades: el sarcoma fibroblástico mixoinflamatorio (SFMI)² y el tumor angiectásico hialinizante pleomorfo precoz (TAHP-P)^{3,4}.

Presentamos un nuevo caso de esta infrecuente lesión, haciendo hincapié en su morfología y en su relación con otras neoplasias.

Caso clínico

Mujer de 57 años sin antecedentes clínicos de interés que consulta por tumoración subcutánea no dolorosa de meses de evolución en la cara dorsal de la mano derecha.

El espécimen estudiado consiste en una tumoración ovoide bien delimitada de $1,5 \times 1$ cm con aspecto adiposo y punteado anaranjado.

El examen microscópico muestra en el seno de un tejido adiposo maduro agregados nodulares y tractos fibrosos con áreas focales mixoides constituidos por células de apariencia fibrohistiocítica con morfología fusiforme junto a células gigantes tipo osteoclastos y dispersos linfocitos (fig. 1). Estas células fusiformes muestran frecuente presencia de hemosiderina intracitoplasmática y proliferan entre los adipocitos, a los que rodean de forma individual o en grupo (fig. 2). No se identifica atipia significativa, necrosis ni relevantes figuras de mitosis.

El estudio inmunohistoquímico muestra positividad para CD34 (fig. 3), siendo negativo para S100, antígeno de membrana epitelial (AME), CD68, actina de músculo liso (AML) y desmina.

Desde el punto de vista evolutivo y hasta la fecha, no ha existido recidiva tras la extirpación completa.

Discusión

La LLFH/TFH es una rara proliferación de naturaleza incierta descrita por Marshall-Taylor y Fanburg-Smith en el año 2000¹. Desde entonces no son más de 31 los casos publicados⁵.

La LLFH/TFH se presenta frecuentemente como una tumoración solitaria, superficial y circunscrita que mide entre 0,1 y 19 cm (media, 7,7 cm), afecta a pacientes de mediana edad (media, 50,6 años), con predilección por el sexo femenino (2:1), y suele afectar a las extremidades inferiores, particularmente la región dorsal del tobillo y del pie; sin embargo, también se han descrito otras localizaciones, como la mano, el muslo y el tórax^{5,6}.

Histológicamente la LLFH/TFH muestra 3 componentes tisulares: a) tejido adiposo sin criterios de malignidad; b) células fusiformes fibroblásticas con frecuente hemosiderina intracitoplasmática que crecen formando nódulos o más habitualmente en tractos fibrosos de variable grosor, a veces

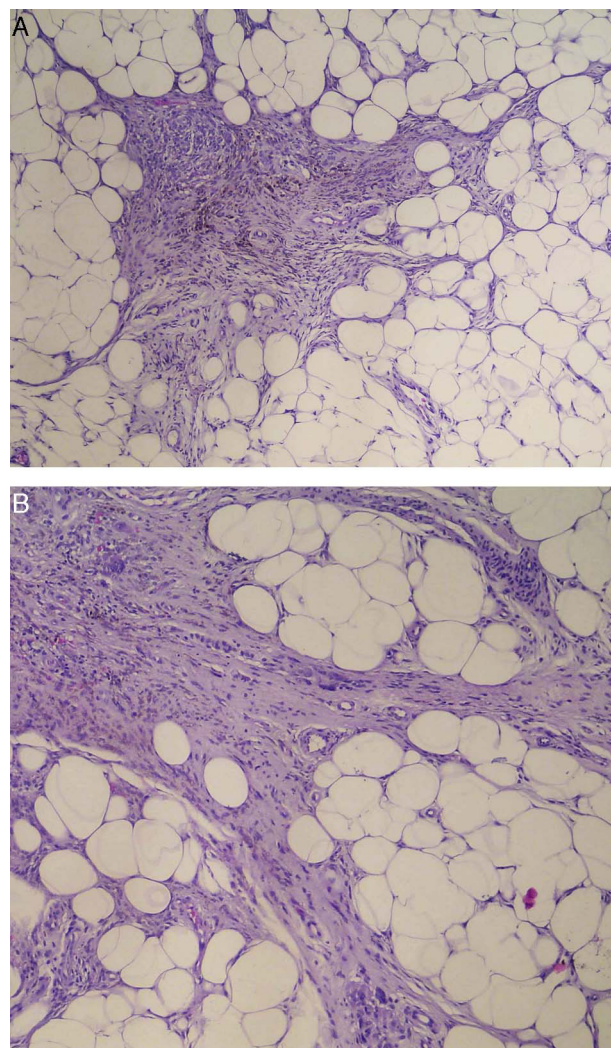


Figura 1 A) Proliferación fusocelular con morfología nodular y septal en el tejido adiposo y focal estroma mixoide (HE, 100×). B) Detalle de la periferia de uno de los nódulos en el que se identifican células gigantes tipo osteoclastos con dispersos linfocitos (arriba a la izquierda) y se aprecia cómo la neoplasia «diseca» el tejido adiposo (HE, 200×).

con áreas mixoides focales y englobando adipocitos de forma individual o en grupos, y c) celularidad inflamatoria constituida por linfocitos, histiocitos, células plasmáticas y células gigantes de tipo osteoclasto⁵⁻⁷.

El estudio inmunohistoquímico muestra positividad para CD34 en las células fusiformes en el 70-100% de los casos y variable positividad para CD68, siendo negativo para S100, AML, AME, caldesmón y desmina⁵⁻⁷.

El diagnóstico diferencial debe plantearse con neoplasias lipomatosas y no lipomatosas^{5,6}. Así, debe diferenciarse del lipoma de células fusiformes, que aunque también muestra positividad para CD34, frecuentemente presenta áreas mixoides más extensas, un colágeno característico, localización en cuello y carece de depósitos hemosiderínicos; y del tumor lipomatoso atípico, el cual, a diferencia de la LLFH/TFH, muestra células estromales atípicas y frecuentemente lipoblastos. Del mismo modo, debe diferenciarse de procesos no lipomatosos como el tumor fibrohistiocítico

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4137759>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4137759>

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