

Fibroxiantoma atípico. Estudio clinicopatológico de 10 casos

Enrique Gómez de la Fuente, Miriam Sols, Fernando Pinedo, José G. Álvarez-Fernández, Francisco J. Vicente, Elena Naz y José L. López-Estebanz

Servicio de Dermatología. Fundación Hospital Alcorcón. Madrid. España.

Resumen.—*Introducción.* El fibroxantoma atípico (FXA) es un tumor poco frecuente de histogénesis incierta, considerado por la mayoría de los autores como la variante superficial del histiocitoma fibroso maligno (HFM). El objetivo principal de este trabajo es presentar las características clínicas e histológicas de una serie de 10 pacientes.

Material y métodos. Los datos fueron recogidos retrospectivamente de la historia clínica informatizada. Se analizan variables clínicas (edad de aparición, tiempo hasta el diagnóstico, localización, patología acompañante, evolución), histológicas (patrón arquitectural, celularidad, ulceración, invasión vascular o perineural, afectación tejido celular subcutáneo, pleomorfismo, mitosis, infiltrado inflamatorio acompañante) e inmunohistoquímica.

Casos clínicos. Las características clinicoepidemiológicas coinciden en general con las publicadas en la literatura especializada: edad avanzada de aparición, poco retraso hasta el diagnóstico, afectación de piel con daño actínico y buena evolución. Histológicamente todos los casos presentaban un predominio fusocelular, dispuesto en un patrón vagamente estoriforme junto con células gigantes y células poligonales eosinófilas.

Discusión. El diagnóstico es siempre de exclusión, y deben diferenciarse mediante inmunohistoquímica de otros tumores fusocelulares como carcinomas epidermoides, melanomas, leiomiomas o dermatofibrosarcoma *protuberans* entre otros.

A pesar de ser un tumor poco frecuente es preciso conocerlo para evitar tratamientos agresivos e innecesarios.

Palabras clave: fibroxantoma atípico, histiocitoma fibroso maligno.

ATYPICAL FIBROXANTHOMA. CLINICAL/PATHOLOGICAL STUDY OF 10 CASES

Abstract.—*Introduction.* Atypical fibroxanthoma (AFX) is a rare tumor of unknown histogenesis, considered by most authorities as a superficial form of malignant fibrous histiocytoma (MFH). The aim of this work is to report the clinicopathological features of 10 cases of AFX.

Material and methods. Data were retrospectively collected of the computerized medical history. Clinical (age, onset-diagnosis time, location, accompanying pathology, outcome), histological (architectural pattern, cell type, ulceration, vascular or perineural invasion, subcutis involvement, pleomorphism, mitosis, inflammatory infiltrate) and immunohistochemical variables were analyzed.

Cases report. Clinical and epidemiological features coincide with those previously reported: onset late in life, short time onset-diagnosis, involvement of skin with notable sun damage and a good outcome. Pathologically all the cases showed a spindle-cell prevalence arranged in a vaguely storiform pattern, along with both, multinucleated and eosinophilic cells.

Discussion. The diagnosis of AFX is always of exclusion. Other spindle-cell tumors such as squamous cell carcinoma, malignant melanoma, leiomyosarcoma or dermatofibrosarcoma *protuberans* must be ruled out by immunohistochemical techniques.

In spite of its rarity, the recognition of AFX is important in order to avoid inappropriately aggressive treatment

Key words: atypical fibroxanthoma, malignant fibrous histiocytoma.

INTRODUCCIÓN

El término fibroxantoma atípico fue acuñado por Helwig en 1961 para definir un tumor poco frecuente con marcado pleomorfismo y con un curso usualmente benigno¹. Su histogénesis es incierta, pero la mayoría de los autores lo consideran una variante superficial del histiocitoma fibroso maligno y como él derivaría de un progenitor mesenquimatoso pobremente diferenciado que se puede diferenciar hacia línea histiocítica o fibroblástica^{2,3}. Generalmente se manifiesta como un nódulo solitario en zonas de daño actínico de personas mayores, aunque con menor fre-

cuencia puede afectar al tronco y a los miembros de personas jóvenes.

El objetivo principal de este trabajo es presentar las características clínicas e histológicas de 10 pacientes recogidos en los últimos 5 años en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudian 10 casos de fibroxantoma atípico diagnosticados en los últimos 5 años en nuestro hospital. Los datos clínicos se recogieron retrospectivamente de la historia clínica, analizándose la edad al diagnóstico, el tiempo desde la aparición de la lesión hasta el diagnóstico, la localización del tumor, los factores preexistentes, enfermedad acompañante y evolución. Los datos histológicos se obtuvieron revisando las preparaciones anatomopatológicas, analizándose el patrón arquitectural, celularidad, tipos celulares presentes, ulceración de las epidermis, invasión vascular o

Correspondencia:

Enrique Gómez de la Fuente. Servicio de Dermatología. Fundación Hospital Alcorcón. Budapest, 1. 28922 Alcorcón. Madrid. España. egomezf@fhalcorcon.es

Recibido el 29 de julio de 2004.

Aceptado el 15 de diciembre de 2004.

TABLA 1. DATOS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS DE UNA SERIE DE PACIENTES CON FIBROXANTOMA ATÍPICO

Caso n.º	Localización	Patología asociada	Edad	TD (meses)	Evolución (meses)	Recurrencia
1	Frente	QAC	64	–	74	No
2	Cuello	QAC	71	–	74	No
3	Pómulo	QAC, CES	85	2	56	Sí
		Radiodermatitis				(2meses)
4	Frente	QAC,CBC (5)	72	12	59	No
5	Cuero cabelludo	QAC, CBC	83	–	44	No
6	Mejilla	QAC, CES, CBC	89	3	25	No
7	Frente	QAC, CBC (6)	77	3	20	No
8	Sien	QAC	81	3	18	No
9	Tronco		25	3	18	No
10	Cuero cabelludo	QAC	61	2	10	No

TD: tiempo hasta el diagnóstico; QAC: queratosis actínica; CBC: carcinoma basocelular; CES: carcinoma espinocelular.

TABLA 2. HALLAZGOS HISTOLÓGICOS DE LA SERIE DE FIBROXANTOMAS ATÍPICOS

Caso n.º	Invasión subcutis	Ulceración	Mitosis	Invasión vascular	Necrosis	Inflamación
1	No	Sí	++	No	No	++
2	No	No	++	No*	No	++
3	No	Sí	+	No	No	++
4	No	No	++	No	No	+/-
5	No	No	++	No	No	+
6	Sí	No	+++	No	No	+/-
7	Sí	Sí	+++	No	Sí	++
8	No	Sí	+	No	No	++
9	Sí (Prof)	Sí	+++	No	No	++

*Este caso presentó invasión perineural.

perineural, afectación del tejido celular subcutáneo, grado de pleomorfismo, cantidad de mitosis y presencia de infiltrado inflamatorio acompañante. El índice mitótico fue expresado según el número de mitosis por campo de gran aumento: + corresponde a 3 o menos mitosis por campo; 2 +, entre 4-15 mitosis, y 3 +, más de 15 mitosis por campo.

A todas las preparaciones se les realizaron las siguientes tinciones de inmunohistoquímica: vimentina (V9), S100, HMB45, panqueratina (AE1/AE3), panactina (HHF-35), desmina (D33), CD68 (KP1) y CD34 (Qbend10).

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS

Las características clínicas se resumen en la tabla 1. Todos los pacientes presentaron lesiones únicas, de diversas morfologías (figs. 1-3), generalmente nodulares, que oscilaban entre 0,5 y 3 cm, algunas erosionadas. Las lesiones se localizaban en 9 casos en cabeza y cuello, mientras que en un caso se localizó en tronco. La edad al diagnóstico osciló entre 25 y 89 años, con una media de 70,8 y una mediana de 74,5 años. El tiempo al diagnóstico presentó una media de 4 meses, con un rango de 2-12 meses.

En todos los casos se realizó extirpación con margen clínico, permaneciendo todos los pacientes vivos y sin lesiones después de un tiempo de evolución que variaba entre 10 y 74 meses, con una media de 39,8 meses y una mediana de 34,5. Sólo un caso presentó recidiva a los 2 meses de la exéresis, realizándose nueva extirpación sin haberse producido recurrencia 50 meses después. Ningún caso ha desarrollado metástasis locorregionales ni a distancia.

En todos los casos el diagnóstico definitivo se realizó mediante el correspondiente estudio histológico con tinciones de hematoxilina-eosina y posterior inmunohistoquímica. La tabla 2 resume una serie de hallazgos histológicos.

Todos los pacientes presentaban tumores bien circunscritos, no encapsulados, con alta celularidad y centrados en dermis, aunque en 3 casos llegaban hasta el tejido celular subcutáneo. Había un marcado pleomorfismo y polimorfismo. En todas las piezas se observaban tres tipos celulares. La célula predominante era fusocelular, de núcleo grande y vesiculoso, en ocasiones xantomizadas, dispuestas de forma desordenada o en un patrón vagamente estoriforme (figs. 4 y 5). Se acompañaban en mayor o menor grado de células gigantes, algunas multinucleadas y de células poligonales, con citoplasma amplio y eosinófilo (fig. 6).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9221936>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9221936>

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