



■ Caso clínico

# Tumor fibroso solitario en mesenterio: reporte de un caso y revisión de la literatura

Medina-Franco H,<sup>1</sup> Cabrera-Mendoza F,<sup>2</sup> Almaguer-Rosales S,<sup>3</sup> Guillén-Pérez F,<sup>4</sup> Chablé-Montero F<sup>5</sup>

- 1 Departamento de Cirugía. Sección de Cirugía Oncológica. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.
- 2 Facultad de Medicina. Universidad Veracruzana.
- 3 Escuela de Medicina. Universidad de Sonora.
- 4 Escuela de Medicina. Universidad de las Américas Puebla.
- 5 Departamento de Patología. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Recibido el 30 de agosto de 2010; aceptado el 13 de octubre de 2010.

■ Resumen

Los tumores fibrosos solitarios son una neoplasia inusual del adulto, fueron descritos por primera vez en el siglo XVIII. Se ubican principalmente en la pleura, tanto parietal como visceral, parénquima pulmonar y pericardio. Existen numerosos informes que documentan su localización extrapleural y pueden encontrarse en casi cualquier parte del cuerpo; sin embargo, su localización en mesenterio es excepcional.

**Palabras clave:** neoplasias, neoplasias de tejido fibroso, tumor fibroso solitario, mesenterio, tumores mesenquimatosos, México.

■ Abstract

*Solitary fibrous tumors are a very unusual group of spindle-cell neoplasm of adults; they were described for first time in the 18<sup>th</sup> century. They locate mainly in parietal and visceral pleura, lung parenchyma and pericardium. There are numerous reports that document their extrapleural location and we can find it in any place in the body, but mesenteric localization is extremely unusual.*

**Keywords:** neoplasms, fibrous tissue neoplasms, solitary fibrous tumors, mesentery, mesenchymal tumors, Mexico.

## ■ Introducción

Los tumores fibrosos solitarios (TSF) fueron primeramente descritos en la pleura por Lietaud en 1767. En 1870, Wagner describió la naturaleza localizada de este tipo de tumores. Generalmente se localizan en pleura, parénquima pulmonar y pericardio. Se caracterizan por un crecimiento *sin patrón* de células fusiformes, alternando focos hiper celulares e hipocelulares, hialinización del estroma tipo queloidal y una ramificación vascular prominente. El reconocimiento de éste tipo de tumores en diversos sitios extrapleurales incluyen una larga lista, siendo sólo dos casos malignos, uno en médula espinal y otro en glándula parótida.<sup>1</sup> Cuando este tipo de tumor se encuentra en la cavidad abdominal, lo cual es extraordinariamente raro, suele confundirse con tumores del estroma gastrointestinal (GIST), sobre todo, cuando estos se localizan en zonas como mesenterio o retroperitoneo a causa de lesiones metastásicas.<sup>2</sup> Nosotros presentamos este caso, muy poco frecuente; un tumor fibroso solitario originado en el mesenterio.

## ■ Presentación del caso

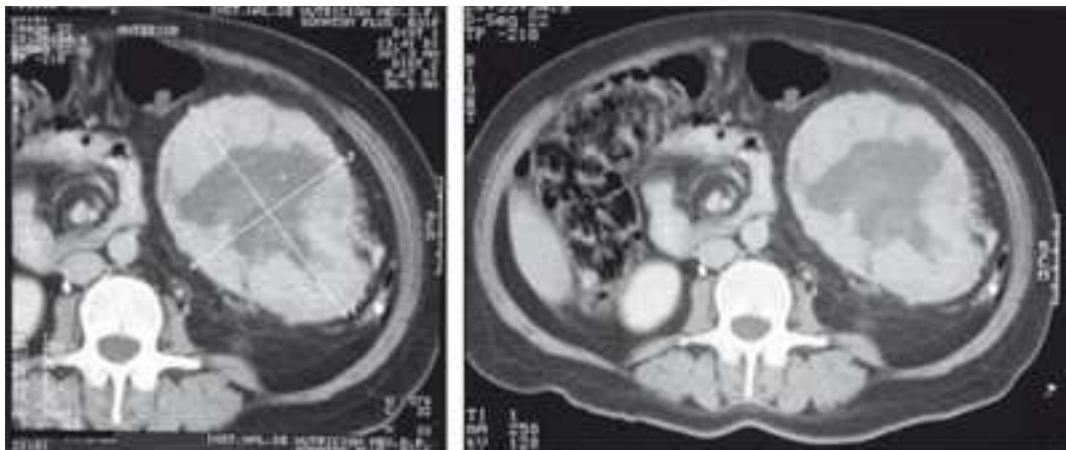
Mujer de 60 años, que acude a consulta por presentar dolor constante en hipocondrio izquierdo, náuseas, vómito, escalofríos y diarrea líquida sin moco, sangre o creatorrea. Refirió pérdida de 10 kg

en los últimos seis meses. Informó contar con antecedentes familiares de cáncer de tiroides y cáncer gástrico en hermanos. Se realizó el diagnóstico de gastroenteritis y fue tratada con antibióticos sin mejoría. Seis meses después se detectó una tumoración en hipocondrio izquierdo y dolor leve exacerbado con deambulación y aliviado con reposo, sin signos de irritación peritoneal ni otros datos. Se le realizó ultrasonido (US) que corroboró la presencia de tumoración abdominal sin esclarecer origen, por lo que es referida a nuestra institución. Al ingreso la sintomatología inicial había desaparecido y se consideró que la tumoración era un hallazgo incidental sin relación con los síntomas gastrointestinales.

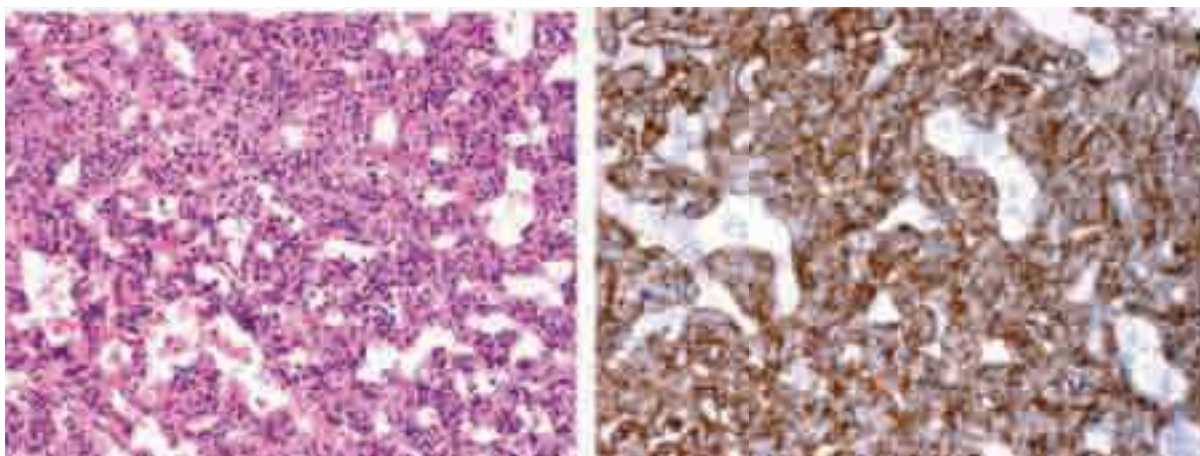
A la exploración física se encontró abdomen asimétrico a expensas de crecimiento de hemiabdomen izquierdo debido a una tumoración palpable, de 15 cm a 20 cm de diámetro, móvil, blanda, dolorosa. No se palparon visceromegalias y se encontró timpanismo generalizado. Los estudios de laboratorio de rutina fueron normales.

Se realizó tomografía computarizada (TC) que demostró que la tumoración dependía del mesenterio, con características mixtas, describiéndose masa sólida con áreas de menor densidad, atribuida a probable necrosis que tampoco permitió discernir órgano de origen. Se concluyó probable tumor mesenquimatoso intraperitoneal (**Figura 1**). Se realizó laparotomía exploradora, en donde se

■ **Figura 1.** Tomografía computarizada donde se observa la lesión descrita.



■ **Figura 2.** Microfotomicrografías que muestran las características del tumor (izquierda) y su tinción con CD34 (derecha).



corroboró que la tumoración dependía del mesenterio. El tumor fue disecado y se realizó también colectomía del transverso de aproximadamente 15 cm. El informe de patología evidenció un tumor fibroso solitario (TFS) de 16 cm, positivo a Bcl-2, CD34 y vimentina y negativo a CD117, FVIII, actina, desmina y CD31 (**Figura 2**). Los bordes quirúrgicos fueron negativos. Se le dio seguimiento trimestral mediante US y estudios de laboratorio de rutina durante un año, y posteriormente seguimiento clínico anual. Actualmente la paciente se encuentra sin evidencia de enfermedad a siete años de seguimiento.

### ■ Discusión

Los tumores fibrosos solitarios (TSF), descritos por primera vez en el siglo XVIII y sus características histoquímicas en 1931, son neoplasias mesenquimatosas raras que han sido reportadas en la literatura con muchos nombres tales como tumor fibroso localizado, fibroma localizado, fibroma submesotelial o mesotelioma fibroso benigno, representando la evolución del conocimiento de este tipo de tumores a lo largo del tiempo. La localización intraabdominal es extraordinariamente rara. Se han descrito casos aislados de localización hepática, renal, retroperitoneal y pancreática.<sup>3</sup> Cuando se presentan intraabdominales, clínicamente

son asintomáticos y suelen diagnosticarse de manera incidental al solicitar estudios de imagen por otra razón o síntomas inespecíficos como plenitud, síntomas obstructivos, hipoglucemia o, como en este caso, dolor e incremento del perímetro abdominal. Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son más frecuentes en esta localización y aunque generalmente están en la pared del tracto gastrointestinal, 5% se localizan en mesenterio, omento o retroperitoneo; por lo tanto, tienen que tenerse en cuenta al momento del diagnóstico diferencial. Las características imagenológicas son lesiones bien circunscritas, altamente vascularizadas (probablemente a los prominentes espacios hemangiopericíticos), de tamaño variable, generalmente no invaden a estructuras adyacentes, y pueden ser descritas como áreas hialinizadas, fibrosas o mixoides.<sup>4</sup>

De 5% a 10% de los (TSF) son malignos y pueden recurrir o metastatizar, siendo los factores a considerar hiper celularidad, más de cuatro mitosis por campo de alto poder, atipia y necrosis.<sup>5</sup> Cranshaw y colaboradores demostraron en su estudio que siendo las ubicaciones extrapleurales extremadamente raras, 6% tiene capacidad de recurrir localmente (más que de metastatizar) y 1% mueren, siendo los TSF de localización pélvica, retroperitoneal e intrabdominal como grupo los de mayor riesgo.<sup>6</sup> El diagnóstico de TSF generalmente

se realiza por la observación de un patrón característico de alta proliferación de células fusiformes dentro de un patrón estoriforme y múltiples ramificaciones vasculares; esto en conjunto con inmunohistoquímica positiva para CD34, Vimentina y Bcl-2 y negativa para Citokeratina, lo cual es ampliamente sugestivo de TSF.<sup>7</sup> Cabe señalar que estos tumores no producen alteraciones bioquímicas ni tiene marcadores tumorales específicos.

El único tratamiento efectivo es la resección completa del tumor y partes adheridas al mismo.<sup>8</sup> Se debe realizar el seguimiento en todos los casos, pues se ha reportado enfermedad recurrente local y des-diferenciación de estos tumores que pueden recurrir incluso años después.<sup>5</sup> En este caso se trató de una lesión benigna con un curso clínico único, donde la paciente es vigilada en la actualidad anualmente.

## ■ Conclusión

Los tumores fibrosos solitarios son un tipo raro de tumor mesenquimatoso que se localiza comúnmente en pleura y cuya localización extrapleural (ETSF) es muy rara, siendo éste el primer caso en México del mesenterio y el cuarto con ésta

localización informado en la literatura. El diagnóstico es a base de morfología característica mas inmunohistoquímica positiva a CD34, vimentina, Bcl-2 y negativa a citoqueratina. La mayoría de los ETSF son benignos aunque se ha descrito que 5% a 10% tienen comportamiento maligno y recurrencias, en su mayoría regionales. El tratamiento es siempre quirúrgico y la vigilancia debe hacerse en cualquier caso pues se han reportado recurrencias regionales.

## Referencias

1. Hasegawa T, Matsuno Y, Shimoda T, et al. Extrathoracic solitary fibrous tumors: their histological variability and potentially aggressive behavior. *Hum Pathol* 1999;30:1464-1473.
2. Shidman BV, Chivukula M, Gupta D, et al. Immunohistochemical comparison of gastrointestinal stromal tumors and solitary fibrous tumors. *Arch Pathol Lab Med* 2002;126:1189-1192.
3. Alonso I, Hernandez-Guerra M, González Y, et al. Masa intraabdominal de difícil diagnóstico: tumor fibroso peritoneal solitario. *Gastroenterol Hepatol* 2010;10:1016-1020.
4. Rosenkrantz AB, Hindman N, Melamed J. Imaging appearance of solitary fibrous tumors of the abdominopelvic cavity. *J Comput Assist Tomogr* 2010;34:201-205.
5. Mosquera JM, Fletcher CDM. Expanding the spectrum of malignant progression in solitary fibrous tumors. *Am J Surg Pathol* 2009;33:1314-1321.
6. Cranshaw IM, Gikas PD, Fisher C, et al. Clinical outcomes of extrapleural solitary fibrous tumors. *Can J Surg* 2009;35:994-998.
7. Korkolis PD, Apostolaki K, Aggeli C, et al. Solitary fibrous tumor of the liver expressing CD34 and vimentin. *World J Gastroenterol* 2008;14:6261-6264.
8. Messa-Botero OA, Romero-Rojas EA, Chinchilla-Olaya SI, et al. Primary malignant solitary fibrous tumor/hemangiopericytoma of the parotid gland. *Act Otorrinolaringol Esp* 2010;10:1016-1019.