



P-473 - TUMOR FIBROSO SOLITARIO DE LA PARED ABDOMINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Del Campo Martín, María; Charef El Jari, Loubna; Peña Soria, María Jesús; Jaimes León, Elka Alejandra; Sanz Medrano, Santiago; Iniesta, Beatriz; Buendía Pérez, Javier; Torres García, José Antonio

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción: El Tumor Fibroso Solitario (TFS) es un tumor raro que aparece mayoritariamente en la pleura, aunque puede desarrollarse en cualquier parte del cuerpo. Fue descrito en 1931 por Kemperer y Rabin. Se clasifica dentro de los tumores fibroblásticos mesenquimales. Son neoplasias de lento crecimiento, pero con un curso de la enfermedad impredecible. Se han descrito en la literatura menos de una veintena de casos de TFS localizado en la pared abdominal, convirtiéndolo en una localización extremadamente rara. En ellos, parece prevalecer el sexo femenino. Expresan CD34, bcl-2 y vimentina. Hasta un 10% puede presentar malignización (tumores > 10 cm, hipercelulares, índice mitótico elevado, pleomorfismo y presencia de necrosis o hemorragia). Pueden asociarse con síntomas paraneoplásicos sistémicos como hipoglucemia (por secreción de IGF), artralgia y osteoartropatías.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 72 años, con antecedente de espondiloartropatía inflamatoria HLA B27 negativa, que acude por tumoración en hipogastrio de más de 20 años de evolución, asintomática y con aumento de tamaño en los últimos meses. Se realizó una tomografía computarizada (TC), observándose una masa en el tejido celular subcutáneo en contacto con los músculos rectos anteriores de 8,4 × 5,4 × 8,8 centímetros, con áreas quístico-necróticas y profusa vascularización procedente de los vasos epigástricos inferiores, sospechosa de sarcoma. Tras presentar el caso en Comité Multidisciplinar, se decide biopsia guiada por ecografía con resultado de TFS de bajo grado. Se realizó exéresis de la lesión a través de una incisión circular peritumoral con extirpación completa de piel, rectos anteriores y peritoneo, preservando los vasos epigástricos de ambos lados. Posteriormente, para el cierre del defecto, se llevó a cabo un colgajo anterolateral del músculo recto del cuádriceps izquierdo en 2 perforantes con anclaje a músculo recto abdominal y fascia, por parte de Cirugía Plástica. La anatomía patológica objetivó un TFS de bajo riesgo, con márgenes libres y positivo para CD34 y STAT-6. La paciente presentó buena evolución posoperatoria. No se administró ningún tratamiento quimioterápico adyuvante y se decidió seguimiento periódico en consulta.

Discusión: El TFS de pared abdominal es una entidad rara, clasificada dentro de los tumores mesenquimales. Es importante conocer el manejo de estos tumores, dado el impredecible comportamiento agresivo que presentan algunos casos. La resección quirúrgica es el tratamiento de elección, con seguimiento estrecho posterior.