



P-173 - FASCITIS NODULAR: CASO CLÍNICO DE LOCALIZACIÓN INGUINAL

C. Basés Valenzuela, A. Vázquez Prado, V. Gumbau Puchol, I. Grifo Albalat, J. Puche Pla, M. Bruna Esteban, M. Oviedo Bravo y J.V. Roig Vila

Consortio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Resumen

Introducción: La fascitis nodular fue descrita en 1954 por Konwaler, bajo el término de "fibromatosis subcutánea pseudosarcomatosa" y, en 1966 Mehregan definió sus características epidemiológicas, clínicas e histológicas. Después, varios trabajos diferenciaron los subtipos histológicos. Se comporta como un tumor benigno, compuesto por fibroblastos y miofibroblastos, de crecimiento rápido que suele afectar al tejido celular subcutáneo, músculo y fascia; y que puede alcanzar de 2-3 cm de diámetro en 2-6 semanas, con una elevada proliferación de fibroblastos y actividad mitótica. Afecta a adultos jóvenes en torno a la tercera década de la vida.

Caso clínico: Mujer de 28 años con tumoración en región inguinal de rápido crecimiento, fija y de consistencia dura, de al menos 10 cm de longitud. Se realiza biopsia tru-cut informada como Sarcoma fibromixioide de bajo grado, decidiéndose intervención quirúrgica para exéresis. Antecedente de poliposis adenomatosa familiar con mutación positiva para el gen APC, intervenida en junio de 2011 realizándose coloproctectomía total con reservorio ileal e ileostomía de protección que se cierra a los 6 meses. Ecografía: masa sólida, bien delimitada, en fosa iliaca derecha, de 88 × 62,5 mm, vascularizada con el doppler color. RNM: lesión de 95,2 × 78,1 × 71,8 mm de diámetro, en región inguinal derecha, ocupando la topografía del conducto inguinal, y extendiéndose medialmente hasta alcanzar prácticamente el límite medial del recto anterior del abdomen. En sentido anterior abomba en la piel y la grasa subcutánea de la región inguinal y del hipogastrio, y en sentido posterior desplaza asas intestinales, y produce ligera compresión sobre los vasos íleo femorales, sin signos de infiltración. Contornos bien definidos, y contenido homogéneo. Adyacente a la lesión, inferior y lateral, adenopatía de 12 mm. TC: sin lesiones a distancia. Se realiza exéresis en bloque bajo anestesia local y sedación, con margen de seguridad, incluyendo aponeurosis y respetando peritoneo. Se aproximan las fibras de músculo oblicuo externo y se coloca una malla de refuerzo. Alta el mismo día con correcta evolución de la herida en el seguimiento postoperatorio. El informe histopatológico definitivo concluye que se trata de un nódulo con abundantes fibroblastos reactivos y miofibroblastos sobre un estroma mixoide junto a granulaciones y linfocitos. Sin atipias celulares. Recuento mitótico: 1 mitosis en 10 HPF. Se trata por tanto de una fascitis nodular, y queda invalidado el diagnóstico previo de sarcoma que se dio a la pieza de biopsia. La paciente no precisa más seguimiento desde este punto de vista.

Discusión: La fascitis nodular, por su comportamiento clínico y las características histológicas, aparenta ser una lesión maligna; siendo fundamental el diagnóstico diferencial con dermatofibroma,

fibrosarcoma, fibrohistiocitoma maligno y lipoma, e imprescindible realizar estudios inmunohistoquímicos. La causa de su proliferación permanece desconocida; en algunos casos existe historia de traumatismo en la zona o de infecciones, aunque el antecedente de traumatismo previo solo se ha constatado en el 5-10%. El tratamiento más indicado es la exéresis quirúrgica. Se ha propuesto el tratamiento con inyección de corticoides intralesionales, reservado a casos muy concretos.