



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 160/1058 - Doctor, tengo un bulto

C. Flores Álvarez<sup>a</sup>, O.J. Huerta de Mora<sup>b</sup>, A. Vázquez Ballesta<sup>c</sup>, M. Clemente García<sup>a</sup>, A. Lueje Saorin<sup>c</sup>, L. Bernabé Vera<sup>d</sup> y A.I. Ortega Requena<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Floridablanca. Murcia.

<sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Infante. Murcia.

<sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Santomera.

<sup>d</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio del Carmen.

<sup>e</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 32 años que acude a consulta por presentar tumoración en trapecio derecho de 2 meses de evolución, no doloroso e indurado. Sin otros antecedentes médicos conocidos. Sin traumatismos previos ni cirugías previas.

**Exploración y pruebas complementarias:** Tumoración a nivel de trapecio derecho, indurada, bordes definidos, no dolorosa, no adherida a planos profundos. Biopsia: lesión con crecimiento de fibroblastos desorganizado en fascículos. Compatible con dermatofibrosarcoma protuberans. RMN: tumoración del tejido celular subcutáneo de la pared posterior y superior torácica derecha, sin evidencia de infiltración en profundidad.

**Juicio clínico:** Dermatofibromasarcoma protuberans de pared posterior y superior torácico.

**Diagnóstico diferencial:** Lipoma. Cicatriz hipertrófica o queloide. Diferentes sarcomas.

**Comentario final:** El dermatofibromasarcoma es el sarcoma más frecuente, aunque no deja de ser infrecuente. La presentación más típica es a nivel dérmico como una placa, con diferentes nódulos, que en el 10-20% relacionado con traumatismos previos, por lo que nos puede hacer pensar en cicatrices hipertróficas. El diagnóstico es eminentemente histológico, donde encontramos fascículos de fibroblastos dispuestos en remolinos. El 40-50% de los casos se presentan a nivel de tórax y espalda, el resto, con mayor frecuencia en porciones proximales de extremidades superiores. Es más frecuente en la raza negra, con mayor presentación entre los 20 y los 50 años de edad. Clínicamente se caracterizan por un crecimiento lento, indoloro. Suele presentarse como una placa única, violácea, indurada y adherida a la piel, pero no a planos profundos. Cuando la lesión evoluciona, dando un aspecto protuberante puede inducir a erro diagnóstico, interpretándose como una cicatriz hipertrófica, el crecimiento intradérmico es poco frecuente, complicando el diagnóstico. El tratamiento es quirúrgico, con extirpación con margen de la pieza y con necesidad de resección de planos profundos, incluyendo fascia muscular subyacente. Solo el 5% metastatizan, pero tiene una alta tasa de recidiva a nivel local. Inicialmente el paciente fue derivado a cirugía, por sospecha de lipoma. Sin embargo, ante los hallazgos de la anatomía patológica fue remitido a Dermatología,

donde se decidió derivar al Instituto Valenciano de Oncología, para la realización de cirugía de Mosh.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Fitzpatrick. Atlas en color y sinopsis en Dermatología Clínica. Mc Graw-Hill. 5ª edición.
2. Sanmartín O, Llombart B, López-Guerrero JA, Serra C. Revisión Dermatofibrosarcoma protuberans. Actas Dermosifiliogr. 2007;98:77-87.
3. Taylor HB, Helwig EB. Dermatofibrosarcoma protuberans. A study of 115 cases. Cancer. 1962;15:717-25.