



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2980 - DOLOR INGUINAL, ¿QUÉ SE OCULTA DETRÁS?

V. Blesa Mingarro^a, I. Just Insa^a, L. Hernández Martínez^b y J.I. García García^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Llíria. Valencia. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Paterna. Valencia. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Puerto de Sagunto. Valencia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 46 años sin antecedentes de interés, que acude a consulta por cuadro de dolor en ingle izquierda tras resbalón hace 6 meses y que hace 1 mes le impide la deambulacion correcta, el dolor lo refiere como continuo y así mismo asocia fiebre autolimitada de hasta 38 °C con el aumento de la deambulacion.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración física presenta dolor en ingle izquierda a la palpación, resto de exploración normal, se derivó a Traumatología por persistencia del dolor y solicitamos una Rx donde se objetiva imagen lítica con bordes mal definidos en rama iliopúbica izquierda. Ante los hallazgos se solicitó TC que es informado como lesión lítica permeativa que destruye la mayor parte de la rama iliopúbica izquierda hasta nivel acetabular con masa de partes blandas asociada. La paciente ingreso en medicina interna para completar estudio, donde la AP se describe un tumor mesenquimal maligno compatible inmunohistoquímicamente (CD 68 positivo) con fibrohistiocitoma maligno. El estudio de extensión fue negativo, por lo que se inicio tratamiento con quimioterapia a altas dosis.

Juicio clínico: Fibrohistiocitoma maligno.

Diagnóstico diferencial: Metástasis, plasmocitoma.

Comentario final: El fibrohistiocitoma maligno es el sarcoma más común de tejidos blandos en adultos (20-25%), La edad de presentación es entre los 50 y 70 años; siendo más frecuente en el hombre. La localización más frecuente es en miembros inferiores (49%); le siguen en frecuencia los miembros superiores (19%), tronco (18%), cabeza y cuello (1 al 6,6%). A nivel inmunohistoquímico generalmente hay reactividad a la vimentina, alfa 1 antitripsina, alfa1 antiqumotripsina, KP-1 (CD68), factor XIIIa, ferritina y la proenzima plasmática: factor XIII, y a veces también a la desmina y lizosima. En cuanto al tratamiento debe individualizarse aunque uno de los más aceptados es iniciar quimioterapia seguido de una cirugía amplia.

Bibliografía

1. Martel Villagrán J, Bueno Horcajadas Á, Escribano Vera J, Jiménez Jurado J. Características radiológicas del fibrohistiocitoma maligno del hueso. 2007.

2. Carolina Sureda N, Bosch MP, Alente EV, Kurpis M, Ruiz Lascano A. Fibrohistiocitoma maligno. Localización cefálica como presentación poco frecuente. Arch Argent Dermatol. 2008;58:55-9.

Palabras clave: *Fibrohistiocitoma. Dolor inguinal. Plasmocitoma.*