



Página del residente. Soluciones

Tumor fibroso solitario en la región temporal: a propósito de un caso



Solitary fibrous tumour in the temporal region: Presentation of a case

Oscar de la Sen Corcuera*, Alejandro Encinas Bascones,
Rafael Martín-Granizo y Alberto Berguer Sandez

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Ante estos hallazgos, el paciente fue intervenido quirúrgicamente mediante una incisión preauricular de Al-Kayat izquierda, consiguiendo la exéresis completa del tumor en la fascia temporal superficial, con posterior colgajo de rotación con bola adiposa de Bichat ipsilateral. El tumor se encontraba encapsulado, sin presentar signos macroscópicos de malignidad (fig. 1).

Como única complicación postoperatoria, el paciente presentó una parálisis definitiva de la rama frontal del nervio facial izquierdo debido a que dicha rama se encontraba englobada por el tumor. En el momento actual, un año tras la cirugía, el paciente se encuentra sin signos de recidiva tumoral y asintomático (fig. 2).

La anatomía patológica definitiva fue de tumor fibroso solitario (TFS). Histológicamente, el tumor presentaba predominancia de regiones hipercelulares con proliferación de fibroblastos sin un claro patrón de crecimiento y con escaso estroma vascular, alternando con zonas hipocelulares. No se observaron atipias celulares ni un elevado índice mitótico. Tampoco se encontraron células inflamatorias en el espécimen. La inmunohistoquímica fue positiva para vimentina, CD34 y bcl-2 (fig. 3).

Discusión

El TFS es un tumor compuesto por células fusiformes dendríticas intersticiales de origen mesenquimal. Fue descrito por

primera vez en 1931 por Klemperer y Rabin como una lesión pleural.

Los TFS son tumores muy raros en cabeza y cuello, aunque se han encontrado casos de este tipo de tumor en cavidad oral, órbita, faringe, laringe, tiroides, meninges, glándulas salivales, cavidad nasal, senos paranasales y fosa temporal¹⁻³. Dentro de la cavidad oral, la localización más frecuente es la mucosa oral, seguida por la lengua, la encía y el paladar⁴. En la bibliografía resulta difícil encontrar este tipo de tumores en la región temporal.

Una revisión de los casos de TFS en cabeza y cuello muestra la mayor frecuencia de estos tumores entre la tercera y sexta décadas de la vida, y la mayor prevalencia en pacientes del sexo masculino³.

Son tumores de crecimiento lento, circunscritos, móviles, de consistencia dura y que no producen síntomas en el paciente hasta alcanzar un tamaño notable.

Aunque se han descrito manifestaciones sistémicas como fiebre, dolor torácico, hipoglucemia y osteoartropatía asociadas a TFS de gran tamaño, estas manifestaciones no han aparecido en casos de tumores de localización temporal^{5,6}.

Las pruebas de imagen como la resonancia magnética y la tomografía computarizada, permiten sospechar el origen mesenquimal de este tipo de neoplasias, que muestran un patrón hipervascular sin signos de infiltración.

El diagnóstico definitivo es anatomopatológico, mediante inmunohistoquímica de la pieza quirúrgica, siendo positiva para CD34, CD99, Bcl-2 y vimentina en la gran mayoría de los

Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2014.06.011>.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: odelasen@gmail.com (O. de la Sen Corcuera).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2014.06.013>

1130-0558/© 2014 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

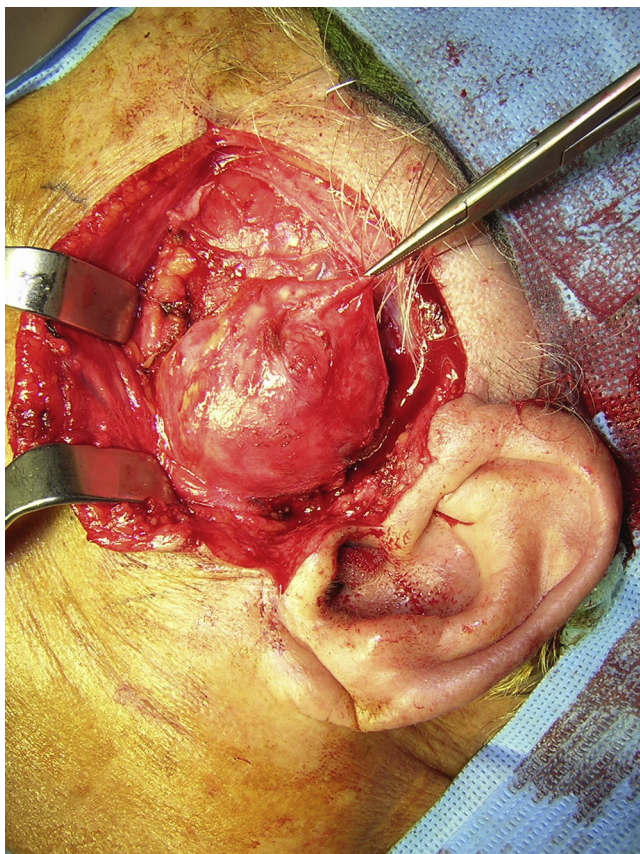


Figura 1 – Imagen intraoperatoria de la tumoración.

casos. Por otro lado, es característica la negatividad para desmina, S100, actina de músculo liso, CD68 y factor VIII^{1,3,5,7}. Este tipo de tumores suelen mostrar áreas de celularidad aumentada sin un claro patrón proliferativo y predominancia de tejido fibroso hialinizado⁴.

Debido a la gran variedad histológica e inmunohistoquímica que se ve en el TFS, se ha de diferenciar a esta neoplasia de muchos tumores benignos y malignos de partes blandas, como el histiocitoma fibroso benigno o maligno, neurofibroma, neurilemoma, miofibroma, leiomioma, fibroma, lipoma de células fusiformes, dermatofibrosarcoma protuberans, angiofibroma de células gigantes, sarcoma sinovial monofásico, siendo el hemangiopericitoma probablemente

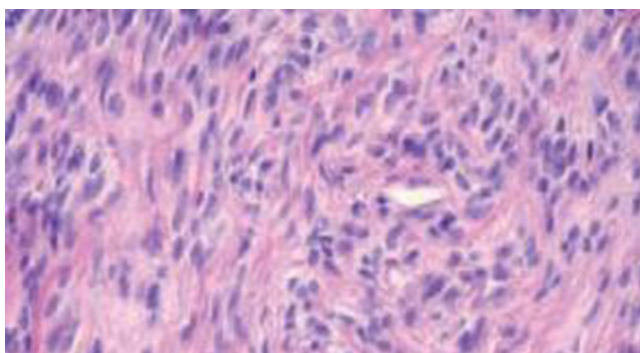


Figura 2 – Imagen de la microscopía óptica donde se observan las células fusiformes.

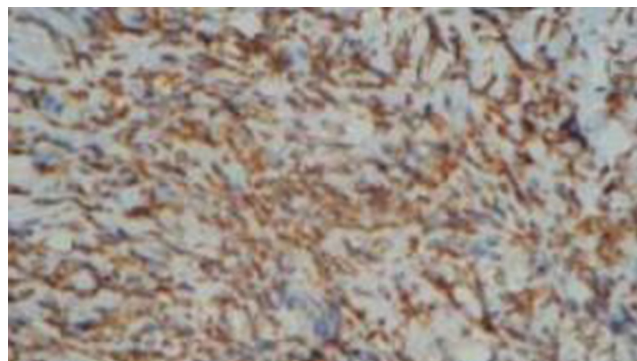


Figura 3 – Imagen que muestra la positividad para CD34 de las células tumorales.

el tumor con el que es más difícil realizar el diagnóstico diferencial.

Numerosos autores postulan la posibilidad de que los traumatismos sean el principal agente etiológico de estas neoplasias.

La mayor parte de los TFS tienen un comportamiento benigno, dando síntomas por compresión y alteraciones estéticas, pero se han descrito casos con células atípicas y malignas, tanto en localización pleural como extrapleural^{3,5}. Se estima que entre un 5 y un 20% de los TFS pleurales se comportan de una manera maligna, caracterizándose por su agresividad local, recurrencia, propagación y la aparición de metástasis a distancia. Revisiones de los TFS extratorácicos han demostrado que un 10% de estos, incluidos los de partes blandas, pueden tener un comportamiento maligno y generar metástasis a distancia⁴.

El tratamiento de elección de un TFS es la resección quirúrgica de la lesión, recomendándose un seguimiento postoperatorio a largo plazo por la escasa posibilidad de aparición de recurrencias y metástasis tardías⁷. En caso de recidiva o de presencia de una metástasis, el tratamiento indicado es la quimioterapia adyuvante con adriamicina y dacarbazina o la radioterapia^{3,5,6}.

Conclusión

El TFS es una neoplasia infrecuente en el área maxilofacial, de comportamiento benigno y escaso riesgo de recidiva, pese a lo que deben tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de una tumoración. Su diagnóstico definitivo es inmunohistoquímico y el tratamiento de elección es la resección quirúrgica.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todos los miembros del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Clínico San Carlos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Veltrini VC, Etges A, Magalhaes MH, de Araujo NS, de Araujo VC. Solitary fibrous tumor of the oral mucosa-morphological and immunohistochemical profile in the differential diagnosis with hemangiopericytoma. *Oral Oncol.* 2003;39:420-6.
2. Fan CY, van Hemert RL, Thomas JR, Breau RL. Atypical solitary fibrous tumor of the larynx. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2006;134:880-2.
3. Terré Falcón R, Gil Paraíso P, Ayerve Torrero V, Bernat Gili A. Tumor fibroso solitario como causa inusual de S.A.H.S. *ORL Aragón.* 2012;1:24-6.
4. Shimoyama T, Horie N, Ide F. Solitary fibrous tumor of the palate: A case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg.* 2004;62:895-7.
5. Alawi F, Stratton D, Freedman PD. Solitary fibrous tumor of the oral soft tissues: A clinicopathologic and immunohistochemical study of 16 cases. *Am J Surg Pathol.* 2001;25:900-10.
6. Shnayder Y, Greenfield BJ, Oweity T, DeLacure MD. Malignant solitary fibrous tumor of the tongue. *Am J Otolaryngol.* 2003;24:246-9.
7. García de Marcos JA, del Castillo Pardo de Vera JL, Susana Arroyo Rodríguez M, Galdeano Arenas J, Calderón Polanco MJ, García de Marcos J, et al. Tumor fibroso solitario intraoral: análisis clinicopatológico e inmunohistoquímico. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac.* 2008;3:180-4.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2014.06.013>

Tumor inflamatorio de Pott

Pott's puffy tumour

Daniel Garcia Molina* y Teresa Gonzalez Maria Jose Nieto

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España



Teniendo en cuenta la evolución, la imagen radiológica, el resultado del cultivo y la biopsia, se llegó al diagnóstico definitivo de tumor de Pott.

En el ingreso, el paciente fue tratado con cefotaxima, metronidazol y vancomicina durante 7 días, a la espera del resultado del cultivo. Tras una semana de ciclo antibiótico se programó para extirpación del tejido de granulación y cranealización del seno frontal (fig. 1). Tras 5 días de ingreso postoperatorio, el paciente fue trasladado a otro centro para finalizar tratamiento antibiótico intravenoso, durante 6 semanas más.

La evolución postoperatoria fue favorable y el resultado estético excelente, no precisando reconstrucción del defecto óseo frontal.

Discusión

Percivall Pott, neurocirujano del siglo XVIII, fue el primero en describir esta entidad en 1760. El tumor de Pott es definido como el absceso subperióstico del hueso frontal asociado con osteomielitis frontal. Tradicionalmente se lo considera como una complicación de una sinusitis frontal, aunque también se ha descrito tras traumatismo craneoencefálico¹.

Actualmente, en la era de la antibioterapia, es una entidad infrecuente. De hecho en la literatura hay descritos alrededor de 50 casos en los últimos 40 años². No obstante, esta condición hoy en día se puede producir en adictos a las drogas por vía nasal, pacientes con VIH, infección fúngica, antecedente

Véase contenido relacionado en DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2015.01.002>.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Dr.garciamolina@gmail.com (D. Garcia Molina).