CIR ESP. 2019;97(Espec Congr 2):5

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-060 - LA UBICUIDAD DEL TUMOR FIBROSO SOLITARIO

Ros Comesaña, Alejandro; Ferri Candela, Lirios; Gerona Serrano, Delia; Cortes Climent, Javier; Belda Ibáñez, Tatiana; Cipagauta Bazurto, Luis; Serra, Carlos

Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy.

Resumen

Introducción: Los tumores fibrosos solitarios (TFS) son tumores mesenquimales que pueden desarrollarse en diferentes localizaciones, siendo la más frecuente pleural (30%) y meníngea (27%) seguida de la localización abdominal (20%). La incidencia de de TFS es de 2,8/100.000 habitantes, siendo similar entre hombres y mujeres con una edad media de 50-60 años. Son tumores con buen pronóstico, el 80-85% de los casos su comportamiento es benigno y su tratamiento es la exéresis.

Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente de 43 años que acude a la la consulta de cirugía por clínica miccional obstructiva acompañada de dolor abdominal hipogástrico de varios meses de evolución. Se realiza una TC abdomino-pélvica que muestra una masa de localización prevesical de 6 × 5 cm de tamaño, bordes bien definidos, altamente vascularizada e hipercaptante en fase arterial. Es sugestiva de TFS, sin embargo la PAAF es inconcluyente. Se decide exéresis de la lesión previa embolización mediante radiología intervencionista. En la cirugía la lesión se encontraba a nivel prevesical (extraperitoneal) y adherida firmemente al pubis y en contacto con vejiga pero sin infiltración por lo que no fue preciso resección vesical. En el estudio AP se identifica como tumor FS benigno de 6 cm de diámetro. No se observan necrosis y se cuentan 3 figuras de mitosis no atípicas/40 CGA. Muestra positividad para BCL2 y betacatenina (citoplasmática) y negatividad para CKAE1/AE3, desmina, actina de músculo liso y S100.

Discusión: Los tumores fibrosos solitarios (TFS) prevesicales son neoplasias mesenquimales raras con una diferenciación fibroblástica. Fueron descritos por primera vez por Klemperer y Rain en 1931 con localización torácica y en 1997 fue descrito por primera vez como localización en tracto urinario. Sin embargo se ha registrado este tumor en prácticamente cualquier región corporal. En el caso actual el tumor estaba localizado en el espacio prevesical (entre el peritoneo parietal y el pubis), con adherencias importantes a esta región. La clínica miccional fue a causa de la compresión extrínseca. Suelen ser tumores bien delimitados, a veces multinodulares y de fácil exéresis. Microscópicamente presentan células fusiformes, con núcleo alargado, cromatina dispersa y nucleolo ausente, rodeado de citoplasma escaso. Las células están rodeadas por estroma colagenoso. Muestran con frecuencia una vascularización prominente, con patrón de crecimiento hemagiopericítico. Presenta positividad para CD34 y vimentina. El comportamiento clínico de estos tumores es impredecible. La mayoría de las publicaciones describen comportamiento benigno pero entre un 15-20% de los tumores presentan metástasis. Estos pacientes tienen un peor pronóstico con un 75% de mortalidad a 5 años. Tumores de gran tamaño (110 cm), con hipercelularidad, alta actividad mitótica (> 4 mitosis por 10

CGA), pleomorfismo y presencia de hemorragia o necrosis son criterios de malignidad. El tratamiento recomendado es la exéresis del tumor. El seguimiento a largo plazo es fundamental en estos pacientes debido a su potencial maligno.

0009-739X © 2019 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados