

Cartas al director



Tumor fibroso solitario presacro: un diagnóstico difícil y una localización infrecuente

Sr. Director:

Los tumores fibrosos solitarios (TFS) son neoplasias mesenquimales raras, descritas por primera vez en la pleura en 1931 (Klamperer y Robin), con identificación posterior en numerosas localizaciones. En el ámbito retrorrectal tan sólo se han publicado 2 casos en la literatura médica mundial^{1,2}. A continuación se describe un caso intervenido en nuestro servicio.

Mujer de 51 años que consulta por dolor sacro de 6 meses de evolución. Al tacto rectal presentaba una masa extrarrectal posterolateral izquierda. La tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM) pélvicas mostraron una tumoración presacra heterogénea de 5,5 x 5 cm, rodeada de una fina cápsula hipointensa, bien delimitada de órganos adyacentes, salvo 2 cm de contacto íntimo con la superficie anterolateral izquierda del sacro (fig. 1). Se procedió a la extirpación completa de esta lesión, cuyo diagnóstico definitivo fue: TFS de bajo grado de malignidad, con infiltración de bordes quirúrgicos (cápsula tumoral), por lo que se decidió realizar radioterapia pélvica adyuvante. Actualmente la paciente se encuentra asintomática y sin evidencia de recidiva a los 32 meses de la cirugía.

El espacio retrorrectal puede acoger tumores raros y diversos, de sintomatología mal definida y diagnóstico tardío. Los TFS son neoplasias que pueden encontrarse en lugares inusuales, difíciles de diagnosticar al ser grandes simuladoras de tumores de partes blandas³. Las técnicas de imagen de elección son la TC y la RM. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico: pequeñas células en huso separadas por tractos similares al colágeno, vascularización hemangiopericitóide⁴ e inmunohistoquímica positiva a CD-34 y vimentina³. Los criterios de malignidad son: tumores mayores de 10 cm, necrosis, hemorragia, hiper celularidad, pleomorfismo nuclear y más de 4 mitosis por 10 campos de gran aumento⁴ (fig. 2).

La escisión quirúrgica completa, pero conservadora, es el tratamiento de elección. Actualmente no se conoce un tratamiento adyuvante óptimo para los TFS malignos, y existe una gran controversia sobre su administración³. Generalmente presentan un comportamiento clínico benigno en todas las localizaciones, pero pueden recurrir y metastatizar tras su resección⁴, por lo que es necesario un seguimiento exhaustivo de estos pacientes.

Inmaculada Monjero Ares, Manuel María Moreda Pérez y José Manuel Couselo Villanueva

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.
Hospital Xeral. Calde. Lugo. España.

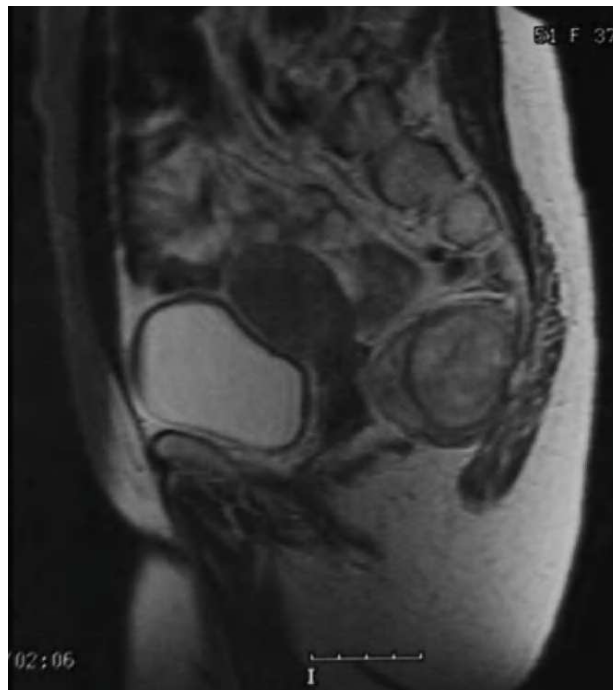


Fig. 1. Resonancia magnética pélvica.

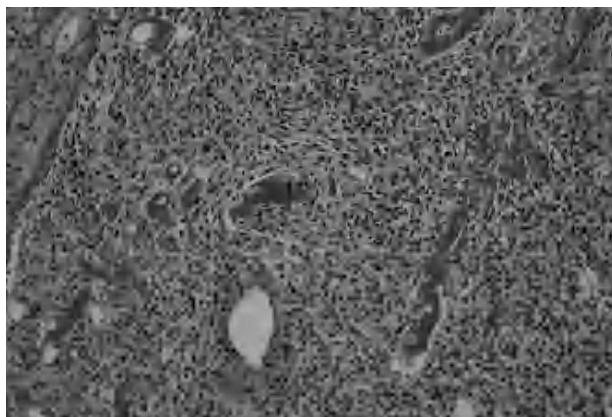


Fig. 2. Microscopía (H & E): neoplasia mesenquimal de células con límites citoplasmáticos mal definidos, núcleos de contornos irregulares, y hasta 7 mitosis por 10 campos de gran aumento en las áreas más activas. Esta celularidad (fuertemente positiva para CD-34) se dispone en haces cortos separados por bandas de colágeno denso hialinizado, bien vascularizado (con áreas hemangiopericitomatosas-like), alternando zonas hiper e hipocelulares, sin existir focos de necrosis tumoral.

Bibliografía

1. Chun HJ, Byun JY, Jung SE, Kim KH, Shinn KS. Bening solitary fibrous tumour of the pre-sacral space: MRI findings. *Br J Radiol.* 1998;71:677-9.
2. Compérat EP, De Saint-Maur P, Chatelain D, Parc R, Fléjou JF. Tumeur fibreuse solitaire rétrorectale: une localisation exceptionnelle de diagnostic difficile. *Ann Pathol.* 2003;23:379-80.
3. Suster S, Nascimento AG, Miettinen M, Sickel J, Moran CA. Solitary fibrous tumors of soft tissue: a clinicopathologic and immunohistochemical study of 12 cases. *Am J Surg Pathol.* 1995;19:1257-66.
4. Gold JS, Antonescu CR, Hajdu C, Ferrone CR, Hussain M, Lewis JJ, et al. Clinicopathologic correlates of solitary fibrous tumors. *Cancer.* 2002;94:1057-68.