



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/3234 - DOCTOR, ¿POR QUÉ NO PUEDO ANDAR?

V. Blesa Mingarro^a, J. Feltre García^b y E. González Manzana^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Lliria. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. ^bMédico Residente de 1^{er} año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Lliria. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. ^cMédico de Familia. Centro de Salud de Lliria. Valencia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 57 años sin antecedentes médicos de interés, que acude a consulta por cuadro de dolor en ingle izquierda tras resbalón hace 4 meses y que hace 1 mes le impide la deambulación correcta, el dolor lo refiere como continuo.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración física presenta dolor en ingle izquierda a la palpación, resto de exploración normal, por lo que dada la mala evolución se realiza Rx donde informan de imagen lítica con bordes mal definidos en rama iliopública izquierda. Ante los hallazgos se remite a Traumatología de forma preferente, se solicita TC que es informado como lesión lítica permeativa que destruye la mayor parte de la rama iliopubiana izquierda hasta nivel acetabular con masa de partes blandas asociada. El 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 inició tratamiento con quimioterapia a altas dosis.

Orientación diagnóstica: 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 antiquimotripsina, 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 A, Escribano Vera J, et al. Características radiológicas del fibrohistiocitoma maligno del hueso. 2007.
2. Carolina Sureda N, Bosch MP, Alente EV, et al. Fibrohistiocitoma maligno. Localización cefálica como presentación poco frecuente. Arch Argent Dermatol. 2008;58:55-9.

Palabras clave: Dolor inguinal. Fibrohistiocitoma. Inmunohistoquímica.