

I. Eguiluz Gutiérrez-Barquín
J. Ventura Hijano Mir
M.A. Barber Marrero
L. Alonso Pacheco
G. Pérez Pérez
F. de los Santos Ramos

Unidad de Senología. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Materno Infantil. Complejo Regional Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

Correspondencia: M. A. Barber Marrero.
P.º de Sancha, 23, 4.º C. 29016. Málaga.

Fecha de recepción: 24/8/00

Aceptado para su publicación: 13/11/00

Casos clínicos

Fibrohistiocitoma maligno de mama tipo dermatofibroma protuberans

Malign dermatofibroma protuberans fibrohistiocytoma of the breast

I. Eguiluz Gutiérrez-Barquín, J. Ventura Hijano Mir, M. A. Barber Marrero, L. Alonso Pacheco, G. Pérez Pérez, F. de los Santos Ramos. Fibrohistiocitoma maligno de mama tipo dermatofibroma protuberans. *Prog Obstet Ginecol* 2001;44:36-38.

INTRODUCCIÓN

El fibrohistiocitoma maligno de mama es un tumor muy poco frecuente. Aparece en mujeres, generalmente, entre los 40 y 60 años de edad. Siendo un tumor de origen estromal, con crecimiento muy rápido y que suele producir masas de gran tamaño en el momento del diagnóstico. Son raras las metástasis ganglionares y algo menos las sistémicas, aunque son muy frecuentes las recidivas locales.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 69 años con antecedentes personales de hipertensión en tratamiento hipotensor y hemorragia subaracnoidea. Menarquia a los 13 años, menopausia a las 50 años. Nuligesta, con esterilidad primaria.

La enfermedad se inicia como una tumoración gigante, de rápido crecimiento, de 8 × 9 cm, por la cual consulta la paciente, apreciándose en la exploración una masa gigante, dura, que afecta a planos profundos, sin adenopatías axilares (figs. 1 y 2). En el estudio mamográfico se apreció una tumoración

gigante bastante bien delimitada y con márgenes lobulados sin microcalcificaciones ni espiculaciones. La biopsia tipificadora se informó como dermatofibrosarcoma protuberans.

En el comité de tumores de nuestro hospital se decidió como tratamiento mastectomía sin linfadenectomía. La anatomía patológica definitiva fue informada como histiocitoma fibroso de tipo dermatofibroma protuberans de grado intermedio de malignidad, decidiéndose controles seriados posteriores.

Dos años después aparece una tumoración de unos 8 cm, de crecimiento extraordinariamente rápido en zona supracatrical, dura, móvil y no adherida a planos profundos. En la sección se decidió tumorectomía, que la anatomía patológica informó como recidiva local (fig. 3). Al presentar de nuevo el caso en comité de tumores, se decidió realizar radioterapia postoperatoria.

La paciente siguió con sus controles posradioterapia, apareciendo 3 años después una masa supraclavicular homolateral de 6 × 6 cm dolorosa, de consistencia elástica, adherida a planos profundos, y de crecimiento rápido. Se procedió a un vaciamiento cervical radical izquierdo, que la anatomía patológi-



Figura 1. Inicio del histiocitoma fibroso maligno. Visión frontal.



Figura 2. Inicio del histiocitoma fibroso maligno. Visión lateral.

ca informó como metástasis de dermatofibroma protuberans.

A los 2 meses poscirugía la paciente se encontraba libre de enfermedad.

DISCUSIÓN

El fibrohistiocitoma de mama es un sarcoma de comportamiento maligno extremadamente raro, que aparece generalmente en un rango de edad entre los 40 y 60 años^{1-3,5}, cuya forma de inicio suele ser una masa gigante cuyo tamaño puede variar entre 5-6 cm, típicamente dura o de consistencia elástica¹⁻³. El crecimiento suele ser exageradamente veloz, como ocurrió en el caso que hemos expuesto. Es excepcional la afectación cutánea y del complejo pezón areola.

Al igual que el resto de los sarcomas las metástasis ganglionares son en exceso raras, apareciendo en menos del 10% de los casos, no recomendándose, por tanto, la linfección axilar^{6,8}, ya que ésta puede tener graves efectos secundarios. El tratamiento de elección es la mastectomía, al ser tumores de gran tamaño¹⁻⁴. Es importante conocer que la recidiva local es extraordinariamente frecuente, alrededor del

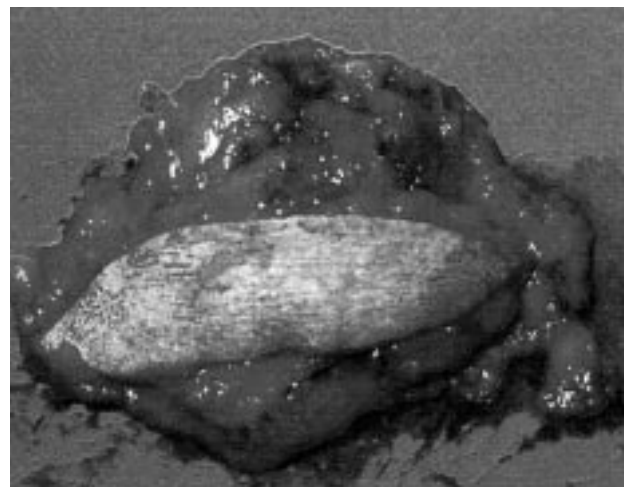


Figura 3. Pieza de tumorectomía de la primera recidiva poscirugía.

40 % de los casos¹⁻⁵ aun cuando se empleen tratamientos quirúrgicos amplios.

Hay que recordar que la quimioterapia parece tener muy poco valor en el tratamiento, aunque existen pocos datos al respecto, y que se podría valorar la radioterapia poscirugía para prevenir las recidivas⁵⁻⁸.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Manga G. Fibrohistiocitoma maligno. Otros tumores de mama. En: Pérez Manga G, editor. Cáncer de mama. MCR, 1989; 390.
2. Langham Jr J, Scot Mills A, Demay RM, O'Dowd GJ, Grathwohl MA, Shelton Hormley J. Malignant fibrous histiocytoma of the breast. *Cancer* 1984; 54: 558-563.
3. Weiss SW, Enzinger FM. Malignant fibrous histiocytoma: an analysis of 200 cases. *Cancer* 1978; 41: 2250-2266.
4. Gómez Palacios A, Ereño Zarate C, Fernández Fernández J, Ayestaran A. Histiocitoma fibroso maligno primitivo de mama. *Cir Esp* 1988; 44: 143-149.
5. Marcos Sánchez F, Juárez Ucelay F, Juárez González R, Durán Pérez-Navarro A. Un nuevo caso de fibrohistiocitoma maligno de la mama. *An Med Intern* 1994; 11: 617-618.
6. Tamir G, Nobel M, Hauben DJ, Sanbank J. Malignant fibrous histiocytoma of the breast. *Eu J Surg Oncol* 1995; 21: 210-211.
7. Weiskittel S. Malignant fibrous histiocytoma versus adenocarcinoma of the breast. *Oncol Nur Forum* 1996; 23: 1978.
8. Constantino V, Da Lio C, Sperti C, Petrin P, Pedrazzoli S. Malignant Mesenchymal tumors of the breast. *Minerva Med* 1994; 85: 113-116.