

Histiocitoma fibroso maligno de bolsas

Dres. Fabio Croci, Julio Real,
Rogelio Belloso, Fernando Calleriza.

Se presenta un caso de histiocitoma fibroso maligno de topografía en las bolsas, en un paciente añoso. Se destaca la excepcionalidad de esta ubicación. Se realizan consideraciones sobre este tipo de sarcoma de partes blandas.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Histiocytoma, scrotum.

SUMMARY: Malignant fibrous histiocytoma of scrotum.

Description of a case of malignant fibrous histiocytoma topographed in the scrotum of an aged patient and discussion of this type of sarcoma in soft parts is done.

RÉSUMÉ: Histiocytome fibreux maligne des bourses.

On présent un cas de histiocytome fibreux maligne topographié dans les bourses, dans un malade âgé. On remarque le caractère exceptionnel de cette topographie. On fait des considérations sur ce type de sarcome des tissus mous.

Clinica Quirúrgica "A" (Dir. Prof. Dr. A. Aguiar). Hospital de Clínicas. Fac. de Medicina. Montevideo.

INTRODUCCION:

El histiocitoma fibroso maligno (HFM) es un sarcoma de partes blandas de reciente conocimiento histopatológico, con algunas características oncogénicas interesantes (su variable grado de malignidad, su frecuente y posible confusión con el liposarcoma, su frecuencia elevada dentro de este grupo de sarcomas). Los autores han tenido oportunidad de operar tres casos de este tipo de sarcoma, pero el presente caso por su topografía excepcional, su evolución peculiar y sus discrepancias anátomo-patológicas y evolutivas, lo hacen de interés para su presentación.

CASO CLINICO:

I.F.E.R. HdeC. H° Reg. 487.880. Hombre, 76 años. Raza blanca. Procedente del Interior. Ingreso: 21/12/81.

Paciente que ingresa por tumoración de bolsa derecha. En noviembre de ese año presenta dolor a ese nivel y la rápida progresión de una tumoración previa de decenas de años de evolución. Consulta en el Hospital de Melo, donde se hace una biopsia quirúrgica y se le envía al Hospital de Clínicas con diagnóstico de liposarcoma de cordón. No existen otros elementos funcionales ni urológicos ni de otras esferas.

Como antecedente personal sólo se destaca el hecho de que 30 años antes había sido operado en Brasil por una gran tumoración de la misma bolsa (según relata el enfermo le dijeron que pesaba 1.200 gr.). No se puede ser categórico en cuanto a si se realizó orquiectomía o no en ese momento (según relata conservó su testículo).

Examen: se comprueba un enfermo con excelente estado general, cuya edad biológica es claramente menor que la cronoló-

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 23 de mayo de 1984.

Prof. Adjunto, Médico Colaborador, Prof. Adjunto y Practicante Interno.

Dirección: Yaguarón 1581 apto. 302. Montevideo (Dr. F. Croci).

gica. No existen adenomegalias en ningún territorio superficial. Examen PP y CV clínicamente normal. Abdomen: Sin visceromegalias; no ascitis. TR: Próstata ligeramente aumentada de tamaño. Resto normal. Genitales Externos: Gruesa tumoración de escroto derecho. de unos 10 × 15 × 18 cm en sus diámetros mayores, proseramente redondeada, poliobulada, de consistencia firme-elástica, homogénea, móvil, que adhiere a la piel del escroto, fundamentalmente a nivel de una cicatriz transversa quirúrgica. Esta compromete el sector inferior del cordón, pero en la parte alta de la bolsa se palpan claramente los elementos del funículo, sin anomalías aparentes. Es indolora. No se logra palpar en ninguna situación ni testículo ni epidídimo. El examen realizado a izquierda no muestra anomalías.

OPERACION: (29/12/81) Se procede a reseca, bajo anestesia general, toda la tumoración en block, incluyendo la piel del escroto y liberando la misma del tabique. Se extiende la incisión a la región inguinal donde se comprueba la existencia de un saco peritoneal oblicuo externo. que se reseca ampliamente, cerrándose posteriormente el peritoneo. Se dilata el orificio inguinal profundo y se realiza la resección bien alta de los elementos del funículo, que tienen aspecto normal, no se evidencian adenopatías ni retrocraurales ni ilíacas. Se repara la pared posterior del trayecto inguinal mediante descenso del transverso a la bandeleta, anulando el orificio inguinal profundo. Cierre del oblicuo mayor. Cierre de piel dejando drenaje de lámina de goma. Abierta la pieza y seccionada no se logra reconocer complejo testículo-epididimario.

En la evolución postoperatoria el enfermo presenta supuración de herida a nivel escrotal que mejora rápidamente con curaciones, obteniéndose en dos semanas el cierre secundario de la misma. Todos los controles posteriores han sido normales sin evidencia de recidiva ni manifestaciones metastásicas.

ANAT. PATOL. Masa tisular ovoidea de 15 cm de eje mayor con una formación pediculada de 10 × 2 cm y cubierta de piel escrotal. elástica. depresible, que pesa 300 g. En las múltiples secciones seriadas realizadas únicamente se logra reconocer un tejido amarillento lobulillar, untuoso, con las características de un tejido adiposo adulto. La formación pediculada corresponde al cordón espermático. No se identifica testículo ni epidídimo. Microscópicamente, a pesar de los múltiples fragmentos tomados, tampoco se reconoce la estructura testicular. En cambio la mayor parte de los mismos están compuestos por piel y estructuras adiposas, en su gran mayoría bien diferenciadas y con una vascularización normal. Sin embargo, en algunos de ellos se reconoce una proliferación extensa, que anoga algunos locus adiposos y que está compuesta por células fusiformes de aspecto fibroblastosimil y otras gigantes multinucleadas (Fig. 1). Estas células de citoplasma visible pero escaso, tienen en algunos casos núcleos fuertemente teñidos. En relación con esta proliferación existe otra a células inmunocompetentes perivasculares, de bajo tenor. En suma, en la cual se ha injertado una proliferación de mediana a baja malignidad, de crecimiento moderado, en la cual dentro de los sarcomas de partes blandas se orienta a la línea histiocitaria, siendo por tanto un histiocitoma fibroso maligno.

COMENTARIO:

Este caso es sumamente ilustrativo en algunos aspectos y excepcional en otros. En primer lugar se debe decir que su localización es excepcional.

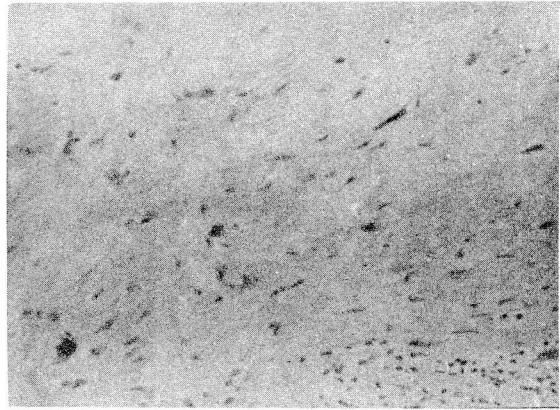


Fig. 1. Microscopía de la proliferación atípica mostrando las células husiformes, gigantocelulares e inmunocompetentes.

En la serie de la Administración Nacional de Veteranos de EE.UU.⁽⁶⁾ no hay ningún caso de esta topografía consignado y lo mismo ocurre en otras series menos numerosas^(2 4. 5. 10). En segundo lugar, sus características evolutivas y las discrepancias anátomo-clínicas son evidentemente interesantes, con una evolución en dos etapas, con una probable recidiva tardía o un implante de una nueva proliferación tumoral, decenas de años después y la rápida evolutividad de esta segunda instancia, la cual está en discrepancia con los hallazgos anátomo-patológicos. En tercer lugar, las peculiares dificultades en diferenciar este proceso (HFM) del liposarcoma, tanto en la biopsia como en el examen de la pieza, hecho que es relativamente común.

El HFM o xantoma fibroso maligno es una entidad que fue independizada en 1964 por O'Brien y Stout⁽⁷⁾, considerándola un sarcoma originado en el sector histiocitario. Previamente se le confundió con otros sarcomas y especialmente con el lipo y fibrosarcoma. En nuestro medio, en el 23º Congreso Uruguayo de Cirugía se trató el tema de Sarcomas de Partes Blandas, sin hacer mención a este tipo tumoral^(1 9) y existe una comunicación previa de Pignata y col. sobre 3 observaciones⁽⁸⁾.

Se destaca la frecuencia del HFM dentro de los sarcomas, entre los cuales sólo es superado por el liposarcoma. El mismo predomina en el sexo masculino, entre la 5ª y 7ª décadas de la vida, localizándose con mayor frecuencia en las extremidades (3/4 partes de los casos), especialmente en el muslo y menos frecuentemente en el tronco o

el retroperitoneo^{3, 8)} Clínicamente, sus características son en todo superponibles con las de las formas más frecuentes de sarcomas. Se suele distinguir formas superficiales (ubicadas totalmente en el tejido celular subcutáneo) y formas profundas (que comprometen músculo y aponeurosis) las cuales son las más frecuentes. La anatomía patológica muestra un franco pleomorfismo histológico con manifestación bimodal: por un lado células husiformes fibroblastosímiles, con una disposición típica (en remolino o rueda de carro) y por otro áreas de células redondas histiocitosímiles. Ambas se originarían en el tejido histiocitario. Se observan asimismo células gigantes multinucleadas y células inmunocompetentes. La alta variabilidad de este patrón, con un gran polimorfismo, hace que a veces sea muy difícil el diagnóstico diferencial con otros sarcomas. En cuanto al tratamiento, en las formas superficiales se debe hacer la resección radical en block de piel y tejido celular, incluyendo al tumor con un margen adecuado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. GATEÑO N. — Sarcoma de Partes Blandas. Estudio clínico. Datos estadísticos. *Cir. Urug.* 43: (Supl. 2) 37, 1973.
2. KEARNEY M.M., SOULE E.H., IVINS J.C. — Malignant fibrohistiocytoma. Retrospective study of 167 cases. *Cancer* 45: 178, 1980.
3. KEMPSON R.L., KYRIAKOS M. — Fibroxantoma of the soft tissues. A type of malignant fibrohistiocytoma. *Cancer* 29: 961, 1972.
4. MACKSOOD M.J., JAMES R.E. (Jr). — The scrotal mass; cause and diagnosis. *Am. J. Surg.* 145: 297, 1983.
5. MENDY F., DE LOS SANTOS J., SCHENONE H., GARCIA GUIDO L., VIOLA PELUFFO J., PEREYRA BONASSO J., DURANTE A., LOCKHART J., GLAUSIUS J. — Tumores de Testículo. *Cir. Urug.* 43 (Supl. 4): 1, 1973.
6. MOSTOFI F.K., PRICE E.B. — Tumors of the male genital system. 2nd. serie. EE.UU. A.F.I.P.. 1973, fasc. 8.
7. O'BRIEN J.E., STOUT A.P. — Malignant fibroxanthoma. *Cancer* 17: 1445, 1964.
8. PIGNATA D., POMI J., KVASTINA T., PALLAS J.A., BEGUIRISTAIN A., PIRIZ A. — Histiocitoma fibroso maligno. A propósito de 3 observaciones. *Cir. Urug.* 51: 578, 1981.
9. PURRIEL J., D'AURIA A. y col. — Sarcomas de Partes Blandas. Patología, Clínica y Tratamiento. *Cir. Urug.* 43 (Supl. 2): 1, 1973.
10. WEISS S.W., ENZINGER F.M. — Malignant fibrohistiocytoma. An analysis of 200 cases. *Cancer* 41: 2250, 1978.