# Tumor no especificado de células fusiformes. Informe de un caso y su tratamiento

Spindle-cell tumor not otherwise specified. A case report and treatment

Carlos García

*Director, cirugía dermatológica y oncología cutánea, Departamento de Dermatología, Universidad de Oklahoma, EUA*

Resumen

Los tumores cutáneos de células fusiformes presentan dificultades diagnósticas en cuanto a su histopatología. Las posibilidades son múltiples y el examen microscópico con HE es muchas veces insuficiente. El uso de la inmunohistoquímica es esencial para distinguir neoplasias malignas de sus contrapartes benignas o de procesos reactivos.

Presentamos un tumor de la mano que inicialmente fue diagnosticado como fibrosarcoma pleomórfico, pero que en examen ulterior debiera clasificarse mejor como un tumor no especificado de células fusiformes. Esta entidad fue descrita recientemente y su diagnóstico tiene implicaciones pronósticas significativas.

Palabras clave: *Tumor de células fusiformes, cirugía de Mohs*

Abstract

Cutaneous tumors with spindle-cell morphology are difficult to interpret histologically. The possibilities are multiple, and frequently the examination under HE microscopy is insufficient for rendering a specific diagnosis. The use of immunohistochemical stains is essential to distinguish malignant neoplasms from their benign counterparts and/or from reactive processes.

Herein, we present a tumor of the hand that was labeled initially as a pleomorphic fibrosarcoma, but that on further examination should be better classified as a spindle-cell tumor not otherwise specified. This entity was recently described in the dermatologic literature and its diagnosis has significant prognostic implications.

Key words: *Spindle cell tumors, spindle cell tumors not otherwise specified, Mohs surgery*

## Presentación del caso

Se trata de un paciente masculino de 80 años de edad con historia de diabetes e hipertensión arterial. Sus medicamentos actuales incluían captopril, hidroclorotiazida y un hipoglucemiante oral no especificado.

El paciente fue referido para diagnóstico y manejo de un tumor localizado en el dorso de la mano izquierda. Aparentemente, la lesión tenía un año de evolución, era asintomática y había crecido rápidamente. El examen dermatológico demostró un tumor localizado en el dorso de la mano izquierda a nivel del primer dedo (Figuras 1 y 2). La lesión era eritematosa, firme, indolora a la presión y de aproximadamente 4 por 3 cm de diámetro. El tumor tenía superficie lisa con ligera descamación, era móvil y no estaba fijo a planos profundos. No había evidencia de linfadenopatía local o regional en ganglios supratrocleares o axilares.

Una biopsia examinada bajo microscopía con HE demostró un tumor dérmico superficial y profundo compuesto por células fusiformes y epitelioides. A mayor acercamiento, las células epitelioides mostraban pleomorfismo, atipia nuclear y múltiples figuras mitóticas (Figuras 3 y 4). Las tinciones de inmunohistoquímica fueron positivas para vimentina pero negativas para actina, citoqueratinas AE1/AE3, antígeno leucocitario común (LCA), CD30, HMB45, S-100, Melan-A y CD34 (Cuadro 1).

Correspondencia:

Carlos García MD
Department of Dermatology at Oklahoma University Health Sciences Center
619 NE 13th street, Oklahoma City, Oklahoma 73104, USA
E-mail: Carlos-garcia@ouhsc.edu



Figura 1. El tumor medía 4 cm de diámetro y había crecido significativamente durante algunos meses.



Figura 2. La superficie estaba erosionada pero no había sangrado activo. La lesión era firme y no dolorosa.

Se estableció el diagnóstico tentativo de tumor no especificado de células fusiformes, y se realizó tratamiento quirúrgico con técnica de Mohs obteniéndose escisión completa con márgenes quirúrgicos negativos (Figura 5). La herida fue reparada por cirujanos plásticos utilizando una combinación de colgajo local e injerto cutáneo, y el paciente recibió radiación adyuvante postoperatoria en dosis divididas para un total de 6 000 rads. No ha habido recurrencia después de 20 meses de seguimiento.

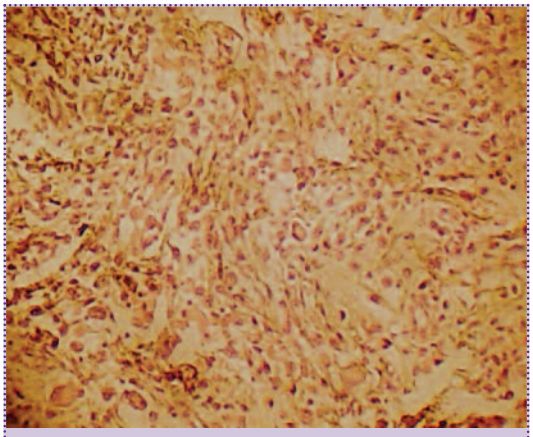


Figura 3. Tumor de células fusiformes y epitelioides que involucraba la dermis superficial y profunda.

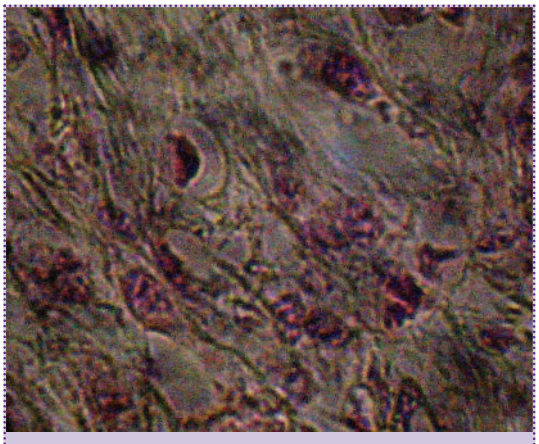


Figura 4. A mayor acercamiento, las células epitelioides muestran gran pleomorfismo y alguna figuras mitóticas anormales.

## Discusión

Este caso es muy interesante tanto por su presentación clínica como por su aspecto histopatológico. El diagnóstico diferencial clínico pudiera incluir al carcinoma espinocelular, melanoma amelánico, fibrohistiocitoma maligno, fibroxantoma atípico y sarcoma de tejidos blandos. El examen histopatológico reveló un tumor dérmico de células fusiformes y epitelioides pleomórficas compatible con todas y cada una de las posibilidades clínicas mencionadas anteriormente.[1]

La inmunohistoquímica fue positiva únicamente para vimentina, y el diagnóstico final basado en esta tinción es poco específico; sin embargo, este perfil descarta las siguientes entidades.

El carcinoma espinocelular, porque este tumor es positivo a citoqueratinas. El melanoma, porque esperaríamos tinción positiva con S-100, HMB-45 y Melan-A. El fibrohistiocitoma maligno, porque éste tiende a ser positivo a la actina; y el fibrosarcoma pleomórfico, porque estos tumores son positivos a CD34 (Cuadro 1).

Nuestro caso pudiera corresponder a un fibroxantoma atípico, ya que éste puede presentarse como un nódulo eritematoso de crecimiento reciente, y aunque poco frecuentemente, puede afectar la mano. Por lo general, el aspecto histológico se caracteriza por nódulos de células fusiformes y epitelioides atípicas, que en inmunohistoquímica son positivas para vimentina y negativas para las otras tinciones como en el presente ejemplo.[2]

Sin embargo, el fibroxantoma atípico tiende a localizarse más superficialmente en la dermis, y es por ello que favorecemos el diagnóstico de tumor no especificado de células fusiformes (SCTNOS: *spindle cell tumor not otherwise specified*).

Esta entidad fue descrita recientemente en la literatura dermatológica.[3] Huether *et al.* reportaron 15 casos de tumores de células fusiformes en los que no se pudo establecer un diagnóstico definitivo y en los que se observaron tinciones de inmunohistoquímica inespecíficas. El seguimiento pudo establecerse en sólo 12 de los casos. Los 12 tumores (100%) eran primarios, es decir, sin tratamiento previo, y fueron tratados con cirugía de Mohs. Hubo siete hombres (58.3%) y cinco mujeres (41.7%), con una edad promedio de 57.9 años (rango de 15-91 años).

De estos tumores, siete estuvieron localizados en la cabeza y el cuello, cuatro en extremidades y uno en tronco. El diámetro promedio de las lesiones fue 1.2 cm (rango de 0.8-2.3 cm). Después de la cirugía de Mohs, ocho heridas (66.6%) fueron cerradas en forma primaria, dos (16.7%) cicatrizaron por segunda intención y dos (16.7%) se repararon con injerto cutáneo. El seguimiento promedio fue de 4.6 años (rango de 68-5494 días) y no se detectaron recurrencias.

El diagnóstico de tumor no especificado de células fusiformes es obviamente indicativo de nuestra incapacidad para llegar a un diagnóstico definitivo en un porcentaje variable de tumores con este patrón histológico. Es posible que la biopsia fuese tomada de una zona poco definida del tumor, y que biopsias múltiples pudieran definir el diagnóstico más adecuadamente.

Otra posibilidad es que la expresión de antígenos por las células tumorales sea variable en distintas zonas del tumor. Este fenómeno se ha demostrado, por ejemplo, en el dermatofibrosarcoma *protuberans*, en donde la expresión de CD34 es diferente entre las áreas nodulares y las de placa.[4] También podemos proponer que los tumores de células fusiformes tienen una evolución clínica con estadios indefinidos y que con el tiempo las células definirán su morfología y fenotipo en forma más específica.

Lamentablemente, el diagnóstico de tumor no especificado de células fusiformes limita nuestra capacidad para hacer declaraciones en cuanto al pronóstico de este paciente, y tendremos que aprender en retrospectiva, basados en su evolución clínica a través del tiempo.

Si nuestro caso y los pacientes reportados recientemente siguen sin recurrencias o metástasis, entonces podremos clasificar estos tumores como de bajo riesgo, con una histología agresiva pero un comportamiento biológico benigno.

Si los pacientes tienen recurrencias locales pero sin metástasis a distancia, entonces su clasificación será en el grupo de riesgo moderado, de agresividad local, como el fibroxantoma atípico y el dermatofibrosarcoma *protuberans*.

CUADRO 1

| Tinciones de inmunohistoquímica | Resultado |
|---|---|
| Vimentina | + |
| Actina | - |
| Citoqueratinas AE-1 y AE-3 | - |
| Antígeno común leucocitario (LCA) | - |
| CD-30 | - |
| HMB-45, MELAN-A, S-100 | - |
| CD-34 | - |



Figura 5. La marcada extensión subclínica de este tumor puede apreciarse por el tamaño de la herida postoperatoria después de tratamiento con cirugía de Mohs.

Finalmente, si los casos evolucionan hacia recurrencias locales y metástasis distantes, deberemos clasificarlos como sarcomas de alto riesgo.

En cuanto al manejo, este debe ser quirúrgico, ya sea con escisión tradicional utilizando secciones congeladas transoperatorias para control de márgenes quirúrgicos; o con cirugía de Mohs, que ofrece control microscópico de los márgenes y preservación de tejido sano. No existe evidencia de que alguna de estas técnicas operatorias sea mejor que la otra por lo que su empleo queda a discreción del médico tratante. Basados en la experiencia previa de tratamiento de sarcomas de tejidos blandos, parece prudente recomendar radiación postoperatoria en todos los casos.

## CONFLICTO DE INTERÉS


- El autor no tiene ningún conflicto de interés en la preparación o publicación de este informe, ya que no recibió apoyo económico de ninguna compañía o institución.
- Este caso fue presentado durante el *Gross & Microscopic Symposium* de la reunión anual de la Academia Americana de Dermatología. San Francisco, California, marzo 22, 2003.


## Referencias


1. Stadler FJ, Scott GA, Brown MD. *Malignant fibrous tumors.* Semin Cutan Med Surg 1998; 17 (2): 141-152
2. Longacre TA, Smoller BR, Rouse RV. *Atypical fibroxanthoma. Multiple immunobistologic profiles.* Am J Surg Pathol 1993; 17 (12): 1199-1209
3. Huether MJ, Zitelli JA, Brodland DG. *Mobs micrographic surgery for the treatment of spindle cell tumors of the skin*. J Am Acad Dermatol 2001; 44: 656-659
4. García C, Viehman G, Hitchcock M, Clark RE. *DFSP treated with Mobs surgery: a case with CD34 immunostaining variability.* Dermatol Surg 1996; 22 (2): 177-179