

CIRUGIA PLASTICA

Volumen
Volume 12

Número
Number 3

Septiembre-Diciembre
September-December 2002

Artículo:

Fibrosarcoma en cicatriz mamaria. Reporte de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

- 👉 [Índice de este número](#)
- 👉 [Más revistas](#)
- 👉 [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

- 👉 [Contents of this number](#)
- 👉 [More journals](#)
- 👉 [Search](#)



[Medigraphic.com](http://www.Medigraphic.com)

Fibrosarcoma en cicatriz mamaria. Reporte de un caso

Dr. Roberto M. Tamez Cavazos,* Dr. Miguel Ángel Rodríguez Soto,** Dr. Jesús María Rangel Flores,***
Dr. Manuel Torres Nájera,**** Dr. Juan José Martínez Pérez*****

RESUMEN

Se describe el caso de una paciente de 52 años de edad que durante 30 años tuvo un tumor cutáneo en la glándula mamaria izquierda, extirpado tres años antes de su reintervención por haber desarrollado tumor en la cicatriz quirúrgica, que se reportó como fibrosarcoma. En la actualidad cursa sin recidiva de la lesión.

Palabras clave: Fibrosarcoma, piel, cicatriz, mama.

SUMMARY

The case is described of a 52 year-old female patient, who for thirty years had a skin tumor in the left breast gland. It was removed three years before new surgery caused by development of a new skin tumor on the surgical scar, which was reported as fibrosarcoma. At present there is no lesion recidivation.

Key words: Fibrosarcoma, skin, scar, breast.

INTRODUCCIÓN

El fibrosarcoma de piel es un tumor maligno relativamente poco frecuente. Se localiza sea en la dermis y tejido subcutáneo, como en otras estructuras.¹ Puede alcanzar un tamaño importante hasta formar un gran tumor multilobulado, duro, renitente o pseudofluctuante, de color rojo violáceo, telangiectásico, con tendencia a la ulceración; destruye los tejidos adyacentes y desarrolla metástasis por vía hemática, con más frecuencia que la vía linfática. Es más común en varones entre los 30 y 55 años,² y su localización preponderante es en las extremidades. Su tratamiento siempre es quirúrgico.

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo femenino de 52 años de edad, con antecedentes de tabaquismo de 30 años de evolución, a razón de 15 cigarrillos al día; enfermedad coronaria a los 47 años, tratada con aspirina, clorhidrato de diltiazem y cateterismo cardiaco; ooforectomía total bilateral y hernioplastia umbilical a los 36 años. Refería la presencia de un tumor de más de 30 años de evolución en el cuadrante inferior interno de la mama izquierda, de 3 x 3 cm, de color rosa, consistencia firme, de crecimiento lento, no ulcerado ni doloroso. Tres años antes se le había resecado un tumor que se reportó como neurofibroma en la piel de la mama.

Acudió a nuestro servicio por presentar tumor polipode en el sitio de la cicatriz de la resección anterior, en el cuadrante inferior interno de la mama izquierda (*Figura 1*), de color rosa perlado, con dimensiones de 2.8 x 1.3 cm, no doloroso ni ulcerado, de consistencia firme, con áreas rojizas y un área polipode central de 1.5 cm de largo (*Figura 2*). Se efectuó resección fusiforme del tumor y de la cicatriz; el estudio anatomopatológico reportó: huso de piel de 5 x 3 cm, al corte con nódulo subcutáneo de 2.8 cm, bien delimitado, blan-

* Profesor Titular del Curso de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

** Residente de 5º año de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

*** Profesor adjunto del Curso de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

**** Jefe del Departamento de Anatomía Patológica.

***** Jefe de Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

quecino y firme, histológicamente formado por células fusocelulares de núcleo ovoide con escasas mitosis, en haces arremolinados, separados por fibras de colágena entretejidas y dispuestas en forma paralela (*Figura 3*). Se diagnosticó como fibrosarcoma de bajo grado de malignidad y fue enviada al servicio de oncocirugía, donde se le sugirió resección amplia, misma que al momento no se ha realizado. A la fecha no hay datos de recidiva local y la paciente cursa asintomática.

COMENTARIO

Si bien entre los reportes clínicos de la literatura de anatomía patológica se describen casos de fibrosarco-



Figura 1. Aspecto preoperatorio del tumor localizado en el cuadrante inferior interno de la glándula mamaria izquierda a su llegada al servicio.



Figura 2. Acercamiento del tumor en el que se observa el aspecto polipoide de la porción central no ulcerado.

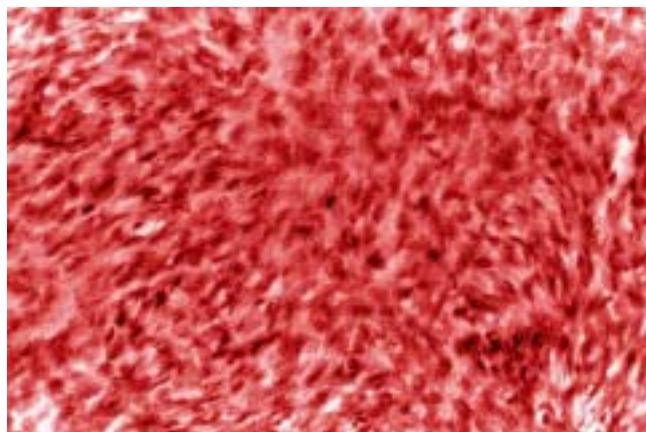


Figura 3. Micrografía del fibrosarcoma en la que se observan las células fusiformes de núcleo ovoide dispuestas en remolinos propios de este tumor.

ma originado en cicatrices crónicas, como las causadas por quemaduras o radiación,^{5,6} el reporte de aparición espontánea en cicatrices quirúrgicas es mucho menos frecuente.

Si se considera el importante papel de los fibroblastos en la reparación postraumática, no es sorprendente que se haya implicado repetidamente a los traumatismos como posible factor causal de fibrosarcoma.² Algunos autores han informado de casos de fibrosarcoma en tejido cicatrizal,^{3,4} pero pocos son concluyentes en cuanto a la relación etiológica o a los factores contribuyentes para su aparición.

CONCLUSIONES

Este caso confirma la posible presencia de fibrosarcoma en cicatrices independientemente de su etiología. Es importante enviar de rutina para estudio histopatológico todas las muestras que se obtienen de biopsias cutáneas en hospitales y consultorios. Asimismo, es necesario puntualizar el beneficio del tratamiento interdisciplinario de las patologías neoplásicas malignas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez-Sahuaquillo A. Tumores benignos y malignos de las partes blandas de cara y cuello. En: Coiffmann F. *Cirugía plástica reconstructiva y estética*. 2a edición. España: Masson-Salvat 1994: 1849.
2. Enzinger F. *Tumores de tejidos blandos*. Argentina: Editorial Médica Panamericana 1985: 120-43.
3. Stout AP. Fibrosarcoma. The malignant tumor of fibroblasts. *Cancer* 1948; 1:30.

4. Irvins JC, Dockerty MB, Ghormley RK: Fibrosarcoma of the soft tissues of the extremities. A review of 78 cases. *Surgery* 1950; 28: 495.
5. Bradley, Patrick J. Radiation-induced tumors of the head and neck. *Curr Op Otol Head Neck Surg* 2002; 10(2): 97-103.
6. Champeau F, Verola O, Vignon-Pennamen MD. Cutaneous and subcutaneous sarcomas. *An Chir Plast Esthet* 1998; 43(4): 421-38.

Dirección para correspondencia:
Dr. Roberto M. Tamez Cavazos
Hospital de Traumatología y Ortopedia
No. 21, IMSS. Av. Pino Suárez y
15 de Mayo S/N,
Centro, Monterrey,
NL. CP 64000.
Tel. (01 81) 83 40 26 80 Ext. 260