

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"DR. ENRIQUE CABRERA"
LA HABANA

Fascitis nodular en la región parotídea. Presentación de un caso

Nodular fasciitis of parotid region. A case report

Elier Morales Moreira (1), María Victoria López Soto (2).

RESUMEN

La fascitis nodular es una proliferación fibroblástica benigna considerada un proceso reactivo autolimitado de crecimiento rápido cuya patogenia se desconoce aún. Se presenta con mayor frecuencia en la adultez y tiene predilección por las extremidades y un menor número se desarrolla en la cabeza y el cuello. Se presenta el caso clínico de una mujer de 55 años de edad con fascitis nodular en la región parotídea. Se realizó un estudio que incluyó examen físico, análisis de laboratorio, radiográficos y una citología aspirativa con aguja fina para orientar el diagnóstico, con la que se descartó la malignidad de la lesión y se informó como una lesión fibroblástica/miofibroblástica compatible con fascitis nodular. Se realizó la exéresis quirúrgica de la lesión mediante una técnica conservadora. La importancia de este caso radica en el reto de diagnosticar una entidad poco frecuente en la cirugía maxilofacial, con ubicación en la región parotídea, lugar de asiento de otras enfermedades benignas y malignas, lo cual ayuda a evitar grandes cirugías y sobretratamientos.

Palabras clave: FASCITIS/patología, TUMORES.

1. Especialista de 2do Grado en Cirugía Maxilofacial. Profesor Asistente
2. Especialista de 2do Grado en Anatomía Patológica. Profesora Auxiliar.

INTRODUCCIÓN

Fascitis nodular (FN) es una denominación introducida por Mehregan (1) en la literatura dermatológica para describir una lesión fibroproliferativa benigna derivada del tejido fibroso. Inicialmente fue estudiada por Konwaller (2), quien la llamó fascitis pseudosarcomatosa o fibromatosis pseudosarcomatosa subcutánea, constituye una entidad distintiva e importante por la posibilidad de malinterpretarse como procesos malignos (3).

La FN aparece como proceso reactivo de los tejidos blandos que se puede desarrollar en la hipodermis intramuscular o en la fascia. En la actualidad se plantea que se origina como respuesta a un trauma localizado de naturaleza física o isquémica, aunque su etiología no está completamente esclarecida. Puede afectar a pacientes de todas las edades pero es más común en adultos jóvenes de ambos sexos, se presenta con más frecuencia en la cuarta década de la vida y con rareza en la niñez. No tiene predilección por un sitio anatómico exacto, casi la mitad de las lesiones se localizan en las extremidades superiores, otras en el tronco y un reducido por ciento de los casos se origina en la cabeza y el cuello (4).

La enfermedad aparece como nódulos o masas palpables de crecimiento rápido con márgenes bien definidos, característica distintiva que hace que se confunda con procesos malignos (5-6).

El objetivo de este trabajo es reportar un caso clínico de Fascitis Nodular diagnosticado por citología aspirativa con aguja fina (CAAF). Esta entidad nosológica es inusual en la cirugía maxilofacial, y su ubicación excepcional en la región parotídea constituye un reto para establecer un adecuado diagnóstico diferencial por ser un sitio raro para esta alteración y un territorio anatómico común para el desarrollo de enfermedades benignas y malignas, lo cual conlleva a errores diagnósticos frecuentes y cirugías innecesarias o demasiado radicales.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se atiende una paciente femenina de 55 años de edad que acude a la consulta externa de Cirugía Maxilofacial del Hospital General Docente "Enrique Cabrera" de La Habana la cual refiere, la presencia de una masa pequeña por delante de la oreja derecha, asintomática, de crecimiento rápido, con cinco meses de evolución. Durante el interrogatorio la paciente refiere que no existían padecimientos previos ni antecedentes de trauma en la zona.

Durante el examen físico se aprecia un aumento de volumen en la región parotídea derecha por delante del trago, de aproximadamente 1.5 cm en su mayor diámetro, de aspecto nodular con bordes bien delimitados, de consistencia duroelástica, cubierto por piel de aspecto y coloración normal que se desliza sin dificultad sobre la lesión, no presentaba dolor a la presión digital ni signos flogísticos y no existían manifestaciones de afectación del nervio facial.

Los resultados de los exámenes de laboratorio clínico mostraban valores normales.

Se indicó estudio ultrasonográfico que informó una formación redondeada de 1.5 cm con zona ecolúcida central, relacionada con la glándula parótida derecha.

Se le realizó una CAAF donde se describe un extendido hipocelular constituido por células fusiformes de núcleo oval, nucléolo visible, escasas células más grandes de citoplasma abundante, núcleo excéntrico y nucléolo prominente parecidas a las células ganglionares, sobre un fondo mixoide. Lesión fusocelular fibroblástica miofibroblástica compatible con fascitis nodular, se descarta el carácter maligno de la entidad.

Al no ocurrir la resolución espontánea de la lesión se decidió la intervención quirúrgica y se realizó la exéresis mediante una técnica conservadora, se planificó la enucleación de la misma al preservar el tejido glandular. La masa estaba adherida a la cápsula parotídea respetando el parénquima. Macroscópicamente se observaba como una lesión redondeada, bien delimitada de color blanquecino al corte centro de aspecto mixoide. Al examen microscópico la lesión estaba constituida por células fusiformes escasas entremezcladas con abundante tejido hialino y un área central mixoide se concluye como una fascitis nodular en estadio tardío.

La evolución de la paciente fue satisfactoria y no se observó recidiva de la lesión.

DISCUSION

Las células de las glándulas salivales tienen características morfológicas muy diversas si se comparan con el resto de los tejidos del cuerpo humano, por lo que en ellas se desarrollan un grupo heterogéneo de tumores desde el punto de vista histológico, representan factores complejos de importancia fundamental a la hora de un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado. Esto los convierte en un desafío para clínicos e histopatólogos, ya que son entidades nosológicas poco frecuentes y sus características histológicas, clínicas, epidemiológicas y evolutivas son múltiples y variadas (7).

El Adenoma Pleomorfo es el tumor más común de la glándula parótida con una localización preauricular, estadísticamente representado por el 80% de todas las enfermedades tumorales que afectan esta región facial (8). Es más probable pensar en esta entidad cuando se presenta un nódulo preauricular y nunca en una FN. Dada la similitud clínica entre ambos tumores, y la rareza de esta última en la región parotídea hace que el diagnóstico clínico constituya un desafío pues puede mal interpretarse. Existen una gran variedad de entidades benignas y malignas que involucran la zona en cuestión y es aquí donde cobra especial importancia el diagnóstico citológico para establecer el diagnóstico diferencial. El patólogo debe tener muy en cuenta el estadio evolutivo de la FN pues los cambios histológicos presentes en ella son los de un tejido de granulación en su curso cronológico. Dentro de las lesiones a considerar están el schwannoma, mioepiteliomas, mixomas, fibromatosis y sarcomas; esta última muestra mitosis atípicas con mayor pleomorfismo y clínicamente es una lesión más distintiva (9-10).

Existen pocos reportes que informan el desarrollo de la FN en la región de la parótida. Carr (11) en 1998 y Jaryszak (12) en el 2011 reportaron casos en la edad pediátrica. Reda (13) en 2005 publicó un caso diagnosticado por CAAF y Hidir (14) ha descrito la presencia de la entidad en la zona en cuestión.

La enfermedad se caracteriza por la presencia de un nódulo único, de rápido crecimiento que alcanza un tamaño máximo aproximado de 2 cm, aunque se han reportado lesiones mayores. La

masa es normalmente hipodérmica aunque puede ser profunda, generalmente movable y la piel que la cubre es normocoloreada y en la mayoría de los casos se describe como no dolorosa (4).

La CAAF ha sido aceptada como un proceder certero y poco invasivo en el diagnóstico de los tumores parotídeos. Existen pocos reportes de casos con FN diagnosticados por este proceder por lo ambiguo que resulta. Cuando la muestra aspirada está constituida por un extendido bifásico, con nidos de células epiteliales y células de aspecto plasmocitoide con una matriz fibrilar mixocondroide posiblemente se está en presencia de un Adenoma Pleomorfo; en contraste con la Fascitis Nodular donde el extendido debe incluir células fusiformes y una matriz mixoide. Las mitosis pueden estar presentes en ambas lesiones. La diferenciación entre ellas es importante pues ambas se manejan de diferentes maneras: el adenoma pleomorfo se trata mediante una parotidectomía subtotal, mientras que la FN puede ser intervenida de forma conservadora o solo con seguimiento pues la lesión tiende a desaparecer espontáneamente (9, 15).

Existe una estrecha relación entre el aspecto microscópico y el tiempo evolutivo de la FN. Morfológicamente está formada por fibroblastos y miofibroblastos fusiformes de tamaño variable organizados en fascículos situados sobre un fondo mixoide laxo. Algunas de las células son grandes y muestran un núcleo oval con nucléolo prominente; presenta una sustancia mucoide intersticial entremezclada con linfocitos y eritrocitos y pueden verse algunas mitosis sin atipia (15-16).

El tratamiento se enfoca de variadas maneras. La regresión espontánea se ha demostrado en la mayoría de los casos. Cuando la entidad persiste la biopsia excisional se convierte en el tratamiento de elección. Algunos autores aceptan la excisión parcial, porque la lesión residual espontáneamente resuelve. La recurrencia después de la excisión es muy rara y si ocurre es importante revisar nuevamente el diagnóstico. Otros recomiendan la eliminación local completa con seguimiento. Así también la utilización de corticoides intralesionales se ha difundido como variante en los casos más complejos, lo que evita afectación estética dejada por la cirugía (10, 17-18).

CONCLUSIONES

La presencia de la fascitis nodular en el territorio maxilofacial es infrecuente se reportan pocos casos de la enfermedad. El diagnóstico de los tumores localizados en la región de la glándula parótida constituye un desafío por la variedad histológica de los mismos lo que conlleva a errores frecuentes. El diagnóstico citopatológico inicial de la fascitis nodular es esencial para evitar sobret ratamientos y cirugías de complejidad innecesarias realzando la utilidad de la CAAF como proceder poco invasivo y de utilidad demostrada.

ABSTRACT

Nodular fasciitis is a benign fibroblastic proliferation considered as a limited reactive process with a rapid growth and unknown pathogenic. It usually occurs in adulthood located in the extremity and few cases were found in head and neck. It describes a case with nodular fasciitis of parotid area in a 55 year old woman. A study including physical examination, laboratory, radiologic analysis and Fine-needle aspiration cytology was carried out to guide the diagnosis, with which the malignancy of the lesion was discarded and it was informed as a fibroblastic miofibroblastic lesion compatible with nodular fasciitis. Surgical exeresis was carried out due to a conservative technique. The importance of this case is the challenge of diagnosing an uncommon entity in the maxillofacial surgery, with location in the parotideal area, place to seat of other benign and malignant illnesses, which helps us to avoid big surgeries and treatments.

Key words: FASCIITIS, PAROTIDEAL REGION/pathology, TUMORS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mehregan AH. Nodular fasciitis. Arch Dermatol. 1966; 93:204-10.
2. Konwaler BE, Keasbey LE, Kaplan L. Subcutaneous pseudosarcomatous fibromatosis (fasciitis). Report of 8 cases. Am J Clin Path. 1955; 25:241-52.
3. Leventis M, Vardas E, Gkouzioti A, Chrysomali E, Chatzistamou I. Oral nodular fasciitis: report of a case of the bucal mucosa. J Craniomaxillofac Surg. 2011; 39(5):340-2.

4. Acosta Feria M, Ramos Medina B, Sánchez Zapata BM, Gómez Pobeda A, Haro Luna JJ, Villar Puchadesa R. Fascitis nodular cervical en paciente gestante: revisión de la literatura y presentación de un caso. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac*. 2010; 32(3):110-14.
5. Cobanoglu U, Caylan R, Ersoz S. Nodular fasciitis of the external auditory canal. *B-ENT* 2010; 6(2):131-3
6. Yoo G, Baek SO, Jung SN, Kwon H, Moon SH, Shon WI. Nodular fasciitis in the forehead. *J Craniofac Surg*. 2010; 21(3):925-6.
7. Pérez L, Yoris O, Molina C, Castro B. Adenoma pleomorfo benigno contralateral en glándulas parótida y submandibular. Reporte de un caso. *Act Odontol Venez* [Internet]. 2007 [citado 17 Ene 2012]; 45(1). Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/1/adenoma_pleomorfo_benigno.asp
8. Takahama A; Paes de Almeida I O; Paulo Kowalski L. Parotid neoplasms: analysis of 600 patients attended at a single institution. *Braz J Otorhinolaryngol* [Internet]. 2009 [citado 17 Ene 2012]; 75(4): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-86942009000400005>
9. Kong C, Cha I. Nodular fasciitis diagnosis by fine needle aspiration biopsy. *Act Cytol*. 2004; 48: 473-7.
10. Guillou L, Folpe A. Fibroblastic and fibrohistiocytic tumors. En: Folpe A, Inwards CG. *Bone and soft tissue pathology*. London: Livingstone; 2010.
11. Carr MM, Fraser RB, Clarke K. Nodular fasciitis in the parotid region of a child. *Head Neck Pathol*. 1998; 20: 645-48.
12. Jaryszak EM, Shah RK, Bauman NM, Howell RJ, Rossi CT, Preciado DA. Unexpected pathologies in pediatric parotid lesions: management paradigms revisited. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2011; 75(4):558-63.
13. Reda S, Hidehiro S, Lipscomb J, Ruiz B. Nodular fasciitis of parotid region: A pitfall in the diagnosis of pleomorphic adenomas on fine-needle aspiration cytology. *Diag Cytopathol*. 2005; 33(3):191-4.
14. Hidir Y, Arslan HH, Gunhan O, Satar B. Case report: nodular fasciitis of the parotid region. *J Laryngol Otol*. 2011; 5:1-3.
15. Erickson-Johnson MR, Chou MM, Evers BR, Roth CW, Seys AR, Jin L, et al. Nodular fasciitis: a novel model of transient neoplasia induced by MYH9-USP6 gene fusion. *Lab Invest*. 2011; 91(10):1427-33.
16. Enzinger F, Weiss S. *Soft tissue tumors*. 5 ed. New York: Mosby; 2003.
17. Grobmyer SR, Knapik JA, Foss RM, Copeland EM, Hochwald SN. Nodular fasciitis: differential considerations and current management strategies. *Am Surg*. 2009; 75(7):610-4.
18. Vila Morales D, Sánchez Cabrales E. Fascitis nodular en región facial en edades pediátricas. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2009 [citado 17 Ene 2012]; 46(3): 78-87. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol46_3_09/est09309.htm

ANEXOS

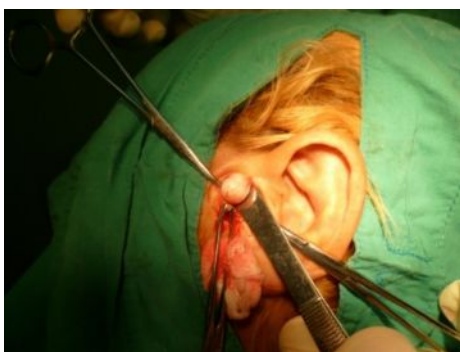
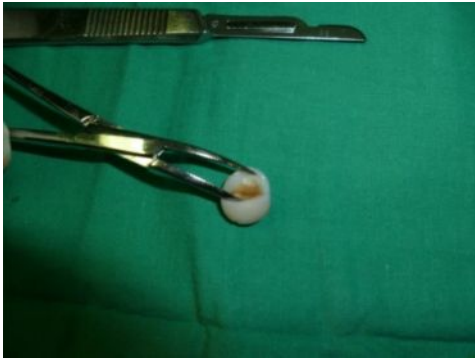


Figura No. 1. Trans-operatorio. Exéresis completa de la lesión nodular.



Figuras No. 2. Aspecto macroscópico de la lesión. Nótese la porción central de aspecto mixoide.

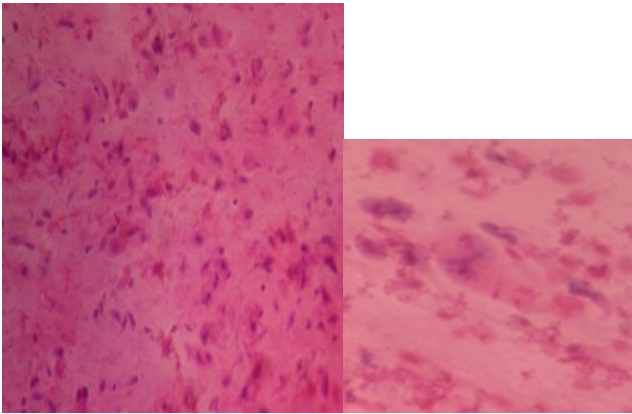


Figura No. 3. CAAF. Fasciitis nodular. Células fusiformes, otras de citoplasma rosado uni o binucleadas con nucléolo prominente, sobre un fondo mixoide. H/E x 200.