

Reporte de caso

Tumor fibroso solitario en mesenterio de colon transverso: Reporte de caso

Dra. Priscilla María Vargas Castillo ¹, Dra. Irene María Mora Quesada ²

¹Médico General, Trabajador independiente. Costa Rica.

² Servicio de Cirugía General, Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia. Costa Rica.

Autor Corresponsal

Dra. Irene Mora Quesada
Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia
ire.moraq@gmail.com

RESUMEN

Se reporta el caso de un tumor fibroso solitario de colon en una mujer de 43 años que ingresó al servicio de urgencias debido a dolor abdominal. El ultrasonido de abdomen demostró la presencia de una lesión sólida que podría corresponder a un mioma pediculado. Se lleva a sala de operaciones y se documenta la presencia de una lesión que impresiona originarse en mesocolon y compromete pared colónica, se reseca la lesión por completo y su posterior análisis histopatológico, diagnosticó tumor fibroso solitario de colon.

PALABRAS CLAVE: Cirugía, patología, presentación intraabdominal, tumor maligno, tumor fibroso solitario.

ABSTRACT: It is reported a case of a colon solitary fibrous tumor in a 43-years-old woman who was admitted to the hospital due to abdominal pain. Ultrasound of the abdomen demonstrated the presence of a solid lesion that could correspond to a pedicle myoma. It is taken to the operating room and the presence of an injury that impresses originate in mesocolon and involves colonic wall is documented, the lesion is completely resected and his subsequent histopathological analysis diagnosed solitary fibrous tumor of the colon.

KEY WORDS: Surgery, pathology, intra-abdominal presentation, malignant tumor, solitary fibrous tumor.

CASO CLÍNICO

Femenina de 43 años, sin antecedente patológicos de importancia, con historia de un año de dolor abdominal más palpación de masa a nivel de hipogastrio. Consulta en centro médico privado, en donde realizan ultrasonido de abdomen y documentan la presencia de una lesión sólida que podría

corresponder a un mioma pediculado. No se realiza otros estudios ni seguimiento de la lesión, pero debido a persistencia de los síntomas decide consultar nueve meses después en Emergencias del Hospital Calderón Guardia, en donde es abordada por el Servicio de Ginecología, el cual ingresa a la paciente con el diagnóstico de masa pélvica en estudio. Debido a la persistencia

del dolor se lleva a sala de operaciones, y como primera posibilidad diagnóstica un mioma pediculado torsionado.

Transoperatoriamente, se encuentra una masa a nivel de mesenterio de colon transverso, por lo cual se solicitó abordaje quirúrgico por parte del Servicio de Cirugía General, los cuales acuden a sala de operaciones y documentan la presencia de una masa en mesenterio de colon transverso (Figura 1) descrita como compleja con sangrado moderado, importante vascularización y adenopatías de aspectos reactivo. La masa involucra, por continuidad, colon transverso, que impresiona no infiltrara al mismo, pero sí con necesidad de resección de esta, aproximadamente 20 cm de colon transverso en bloque con la masa.

En el análisis patológico de la lesión, se describe que un espécimen quirúrgico compuesto por segmento de colon que mide 12 cm de longitud x 8 cm de circunferencia, en la serosa se encuentra una masa de aspecto heterogéneo y consistencia blanda, bien delimitado con vasos congestivos en su superficie que mide 17.5 x 13 x 14 cm. Esta masa macroscópicamente impresiona originarse de la pared muscular del colon.

Al microscopio, se describe como una neoplasia bien delimitada, compuesta por células fusiformes a ovales, los cuales se disponen en forma aleatorizada formando heces, separados por bandas fibrosas. Además, se observan vasos de pared delgada y algunos hialinizados. Se observan pequeños focos de necrosis y se cuentan menos de 4 mitosis en 10 CAP. Por IHQ dichas células son positivas para CD34 y CD99 y negativas para el resto de los marcadores.

Desde la resección quirúrgica no se ha documentado recurrencia de la enfermedad.



Figura 1. Lesión tumoral de aspecto sólido – quístico que impresiona originarse de mesenterio de colon transverso.

DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DEL CASO

Un tumor fibroso solitario (TFS) es una neoplasia mesenquimatoso rara que con frecuencia afecta a la cavidad torácica (pleura, pulmón) y, con menor frecuencia, a los tejidos blandos y otros órganos viscerales y parenquimatosos, incluido el sistema nervioso central⁽¹⁾. Descrita por primera vez por Klemperer y Rabin en 1931⁽¹⁾. Y en el año 1980, Wagner realizó la primera descripción histológica de un TFS en la pleural⁽²⁾.

El TFS surge en pacientes con una edad media de 40 a 60 años, y no muestran predominio de sexo o raza⁽³⁾.

La presentación más común de un TFS intraabdominal es la presencia de una masa abdominal palpable seguida de dolor y pérdida de peso. También se han notificado síntomas urinarios, como disuria, retención urinaria, hidronefrosis, nicturia y síntomas gastrointestinales como estreñimiento, incontinencia o vómitos. Debido a que los tumores pequeños suelen ser asintomáticos, las SFT intraabdominales pueden alcanzar tamaños grandes (> 20 cm) antes de la presentación⁽⁴⁾.

La etiología de la SFT sigue siendo desconocida y no se ha demostrado ninguna asociación con factores ambientales como el consumo de tabaco o la exposición al asbesto. Radiológicamente, a menudo son masas grandes, bien definidas, lobuladas, sólidas y vasculares, a menudo con vasos de alimentación prominentes o, a veces, un componente graso visible, que desplazan las estructuras adyacentes⁽⁵⁾.

En general, el TFS forma masas firmes, circunscritas, con superficies de corte pálidas, a veces espirales. Las células fusiformes son blandas y se asemejan a fibroblastos, que pueden crecer en patrones fasciculares, estoriformes o mixoides. Son característicos los números variables de fibras de colágeno hialinizadas⁽⁶⁾.

Tanto el TFS pleural como el extrapleural son característicamente positivas para CD34 y CD99, y carecen de tinción para CD117⁽⁶⁾. Dentro de su análisis histopatológico se dan a conocer características importantes que ayudan a determinar el comportamiento maligno de los tumores solitarios fibrosos extrapleurales en las cuales se exponen en la Tabla I⁽⁷⁾.

Generalmente, el TFS se comporta de manera agresiva, la recurrencia local o distante puede ocurrir muchos años después de la resección primaria. El tamaño del tumor mayor de 10 cm y los márgenes quirúrgicos positivos también predicen un peor pronóstico⁽⁸⁾. Se ha descrito que, a pesar de la escisión quirúrgica amplia, la tasa de recurrencia estimada para TFS maligno es aproximadamente del 30%⁽⁹⁾.

Tabla I. Criterios para el diagnóstico de tumor fibroso solitario de carácter maligno⁽¹¹⁾.

Criterios mayores
Índice mitótico mayor de cuatro mitosis por 10 campos de mayor aumento
Necrosis tumoral
Pleomorfismo nuclear
Metástasis
Criterios menores
Tamaño mayor de 10 cm de diámetro
Atipias celulares

El TFS muestra un amplio espectro de características histológicas que pueden generar un diagnóstico diferencial amplio. Los patrones histológicamente benignos incluyen aquellos que se asemejan a hemangiopericitoma, leiomioma y neurofibroma. Mientras que los tumores mesenquimales malignos que se pueden incluir son el fibrosarcoma, histiocitoma fibroso maligno y hemangiopericitoma maligno⁽¹⁰⁾.

El tratamiento del TFS intraabdominal, generalmente, implica una resección quirúrgica en bloque completa con márgenes negativos. Sin embargo, debido a la rareza de los tumores fibrosos solitarios en esta ubicación particular, así como a la confusión con respecto al diagnóstico patológico, las pautas para el tratamiento aún no están claras.

El resultado no parece estar fuertemente relacionado con la morfología del tumor: a pesar de que los tumores que muestran características malignas pueden comportarse de manera agresiva, algunos tumores considerados benignos pueden recurrir y metastatizar⁽³⁾.

CONCLUSIONES

El tumor fibroso solitario es una neoplasia mesenquimatosas rara, infrecuente en su localización intraabdominal. Su principal forma de presentación es el dolor abdominal y la única terapéutica que ha demostrado a la disminución de la tasa de recurrencia es una escisión quirúrgica amplia con márgenes negativos.

En cuanto a su histopatología es característica la presencia de células fusiformes, y lo más importante para realizar su diagnóstico diferencial es la inmunohistoquímica que muestra tinción positiva para CD34 y CD99, y carecen de tinción para CD117, tal como en el caso presentado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nishida K, Ubukata H, Konishi S y col. A giant solitary fibrous tumor of the mesentery: a case report and

- literature review. *World Journal of Surgical Oncology*. 2015;13(1):17.
2. Chiroque L, Arenas J, Luyo-Rivas A. Tumor fibroso solitario confinado en el mesenterio del intestino delgado (íleon). *Revista de Gastroenterología de México*. 2013;78(4):259-260.
 3. Bouhabel S, Leblanc G, Ferreira J, Leclerc Y, Dubé P, Sidéris L. Solitary fibrous tumor arising in the mesentery: a case report. *World Journal of Surgical Oncology*. 2011;9(1):140.
 4. Demicco E, Meyer C. Solitary fibrous tumor. *Post TW*, ed. *UpToDate*. Waltham, MA: UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> (Accesso 07 de septiembre de 2019).
 5. Bouhabel S, Leblanc G, Ferreira J, Leclerc Y, Dubé P, Sidéris L. Solitary fibrous tumor arising in the mesentery: a case report. *World Journal of Surgical Oncology*. 2011;9(1):140.
 6. Thway K, Ng W, Noujaim J, Jones R, Fisher C. The Current Status of Solitary Fibrous Tumor. *International Journal of Surgical Pathology*. 2016;24(4):281-292.
 7. Beltrán M. Tumor fibroso solitario del hígado: revisión del conocimiento actual. *Revista Colombiana de Cirugía*, vol. 30, núm. 3, 2015, pp. 230-239.
 8. Vázquez-Díaz Contreras R, Sotelo-Robledo R. Tumor fibroso solitario de pleura: presentación de caso y revisión de la bibliografía. *Anales de Radiología México* 2017 ene;16(1):72-78.
 9. Kawamura J, Tani M, Kida Y, Sumida K, Ogawa R, Kawasoe J y col. Successful laparoscopic treatment of a giant solitary fibrous tumor of the mesorectum: A case report and literature review. *Asian Journal of Endoscopic Surgery*. 2016;10(1):51-54.
 10. Ronchi A, La Mantia E, Gigantino V, Perdonà S, De Sio M, Facchini G y col. A rare case of malignant solitary fibrous tumor in prostate with review of the literature. *Diagnostic Pathology*. 2017;12(1).
 11. Hanau C, Miettinen M. Solitary fibrous tumor: Histological and immunohistochemical spectrum of benign and malignant variants presenting at different sites. *Human Pathology*. 1995;26(4):440-449.