

# Lesión tumoral eritematosa en el muslo derecho

## Erythematous tumor in the right thigh

Solange Edelman<sup>1</sup>, Paola Stefano<sup>2</sup>, María del Valle Centeno<sup>3</sup> y Andrea Bettina Cervini<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Becaria del Servicio de Dermatología

<sup>2</sup> Médica Asistente del Servicio de Dermatología

<sup>3</sup> Médica Asistente del Servicio de Anatomopatología

<sup>4</sup> Jefa del Servicio de Dermatología

Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Contacto del autor: Solange Edelman

E-mail: solangedelman@hotmail.com

Fecha de trabajo recibido: 14/2/2018

Fecha de trabajo aceptado: 22/6/2018

Conflicto de interés: las autoras declaran que no existe conflicto de interés.

Dermatol. Argent. 2018, 24 (3): 159-160

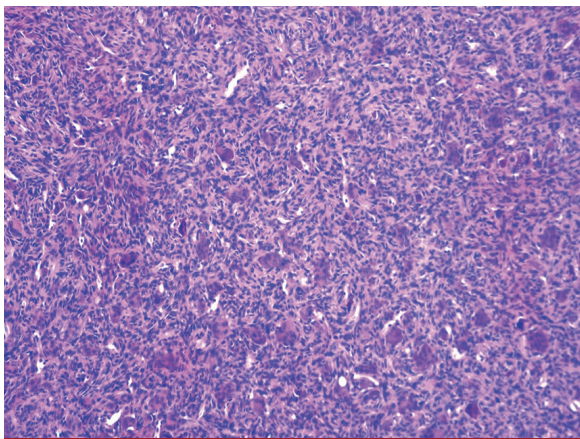
### CASO CLÍNICO

Paciente de 12 años, sin antecedentes personales ni familiares de relevancia, consultó por una lesión en el muslo derecho de 3 meses de evolución, de rápido crecimiento, que apareció después de haber sido picado por un insecto.

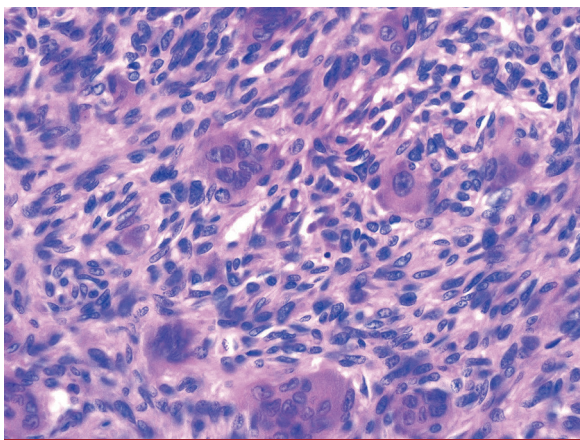
En el examen físico presentaba una tumoración eritematosa, redondeada, lobulada y duroelástica, de 2 cm de diámetro, con telangiectasias y descamación blanquecina en su superficie, con una pequeña erosión en el área central (Foto 1).

Se realizó la extirpación por *losange* de la lesión, cuya anatomía patológica informó: proliferación de células fusiformes de tipo histiocítico, con núcleo vesiculoso, nucleólo poco prominente y variable citoplasma, entremezcladas con bandas de colágeno, en sectores, que adoptan un patrón estoriforme, con rica vascularización y numerosas células gigantes multinucleadas de tipo osteoclasto. Esta proliferación ocupa la dermis en todo su espesor; la epidermis que lo recubre no muestra alteraciones de relevancia. No se observan atipias ni necrosis. La inmunohistoquímica reveló positividad citoplasmática variable para CD68 y focal en la periferia para proteína S 100, y fue

negativa para los marcadores melánicos (HBM 45, Melan A) y para CD34. El Ki 67 mostró un bajo índice de proliferación (menor de 1%) (Fotos 2 y 3).



**FOTO 2:** Células fusiformes que adoptan un patrón estoriforme en un estroma colágeno. Células gigantes multinucleadas (HyE, 4X).



**FOTO 3:** Células gigantes multinucleadas entremezcladas con células fusiformes (HyE, 40X).



**FOTO 1:** Tumoración rosada en la cara posterior del muslo derecho.

## DIAGNÓSTICO

Fibrohistiocitoma benigno con células gigantes de tipo osteoclastico.

## COMENTARIOS

El fibrohistiocitoma cutáneo es una neoplasia compuesta por fibroblastos e histiocitos, acompañados de múltiples células inflamatorias.

Afecta predominantemente a adultos jóvenes en la segunda década de la vida y a los niños. Suele aparecer después de un traumatismo o de una picadura de insecto.

Se localiza con mayor frecuencia en los miembros; casi siempre son lesiones solitarias y, en un tercio de los casos, múltiples, sobre todo en los pacientes con enfermedades del tejido conjuntivo, lupus eritematoso sistémico y otras afecciones del sistema inmunitario. La mayoría de ellos tienen un comportamiento benigno y su recurrencia después de la extirpación es menor del 5%<sup>1</sup>.

Algunos autores consideran a los fibrohistiocitomas y los dermatofibromas una misma entidad clínico-patológica. Otros clasifican los tumores fibrohistiocitarios benignos en superficial o dermatofibroma y profundo o fibrohistiocitoma benigno propiamente dicho<sup>2</sup>. Si se tiene en cuenta esta última clasificación, se considera que los dermatofibromas están constituidos por una proliferación fibrosa confinada a la dermis media y superficial, acompañada de hiperpigmentación en la capa basal de la epidermis. Se presentan como nódulos firmes, pigmentados, ubicados de

preferencia en los miembros superiores e inferiores. Es infrecuente su localización en la extremidad cefálica. Los dermatofibromas no recidivan luego de la extirpación quirúrgica.

Los fibrohistiocitomas benignos se caracterizan por la presencia de una proliferación fibrohistiocitaria que llega hasta la dermis profunda e, incluso, al tejido celular subcutáneo. No tienen acantosis ni pigmentación de la capa basal de la epidermis y muestran un curso clínico más agresivo y de recurrencia, en comparación con los dermatofibromas. Habitualmente no están pigmentados y son de mayor tamaño. Pueden localizarse en los miembros y en la cabeza<sup>2</sup>.

Los fibrohistiocitomas presentan numerosas variedades clínico-patológicas, como: celular, atípico, epitelioide, aneurismático con depósitos de hemosiderina o no, en empalizada, metaplasia osificante, células gigantes de tipo osteoclastico, y profundos<sup>3,4</sup>.

Entre los diagnósticos diferenciales para tener en cuenta cabe mencionar otros tumores cutáneos, como melanoma, nevo de Spitz, xantogranuloma, leiomioma, dermatofibrosarcoma *protuberans* y pilomatrixoma.

Como conclusión, el fibrohistiocitoma benigno es una neoplasia poco común en la edad pediátrica, que puede ser confundido con otros tumores por su presentación clínica. La variedad de tipo osteoclastico es aún más infrecuente. Teniendo en cuenta los diagnósticos diferenciales, y dado su rápido crecimiento, siempre debe realizarse su extirpación quirúrgica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Goldblum J, Folpe A, Weiss S. Benign fibrohistiocytic and histiocytic tumors. En: *Enzinger and Weiss's. Soft Tissue Tumors*, 6ª ed. Elsevier Saunders, Philadelphia, 2014:341-386.
2. Toshiyuki Y, Koji S, Hiroo Y, Kiyosh N. Multiple cutaneous fibrous histiocytomas in association with systemic lupus erythematosus. *J Dermatol* 2005;32:645-649.
3. Black J, Coffin CM, Dehner LP. Fibrohistiocytic tumors and related neoplasms in children and adolescents. *Pediatr Dev Pathol* 2012;15:181-210.
4. Brinster N, Liu V, Diwan A, Mc Kee P. Dermatofibroma (fibrous histiocytoma). En: Brinster N, Liu V, Diwan A, McKee P. *Dermatopathology. High-yield pathology*, 1ª ed. Elsevier Saunders, Philadelphia, 2011:464-466.