

**HOSPITAL UNIVERSITARIO  
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"  
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

## **INFORME DE CASO**

### **TUMOR FIBROSO SOLITARIO DE LA REGIÓN PERIANAL. PRESENTACIÓN DE UN PACIENTE.**

Por:

Dr. Roberto Fernández González<sup>1</sup>, Dr. Alejandro Ruiz Méndez<sup>2</sup> y Dr. Daniel Artiles Martínez<sup>3</sup>

1. Especialista de I Grado en Coloproctología. Instructor. ISCM-VC.
2. Especialista de II Grado en Anatomía Patológica. Profesor Auxiliar. ISCM-VC.
3. Residente de tercer año de Anatomía Patológica.

***Descriptores DeCS:***

NEOPLASMAS DEL ANO/cirugía  
FIBROMA/cirugía

***Subject headings:***

ANUS NEOPLASMS/surgery  
FIBROMA/surgery

Los tumores benignos y malignos de partes blandas son un grupo de neoplasias de controvertida histogénesis y de difícil diagnóstico. El empleo de métodos avanzados de tipificación, como la microscopia electrónica, y en particular, la inmunohistoquímica, ha permitido esclarecer elementos muy importantes sobre su origen<sup>1</sup>.

El diagnóstico de un tumor de partes blandas debe definir su benignidad o malignidad, el tipo de tejido del que proviene y su diferenciación. En caso de malignidad, hay que informar el grado de la misma y el estadiamiento.

Presentamos a un paciente que padece un tumor de la región perianal de tipo mesenquimatoso, cuya naturaleza analizamos según criterios actualizados sobre este tema, y que por su rareza hemos querido comunicar.

#### Presentación del paciente

Mujer de 41 años de edad y piel blanca, que acudió a la consulta de Coloproctología del Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro" por presentar dolor y aumento de volumen de la región perianal. Como antecedente patológico personal, refirió polimenorrea. En el examen físico se encontró un aumento de volumen de 10 cm de diámetro, que se extendía desde la hora 1 a la 3 y a 3 cm por fuera de las márgenes del ano, y ocupaba la región perianal derecha, de consistencia firme, bordes bien delimitados, con superficie lisa, cubierto por piel de aspecto normal y doloroso a la palpación. El tacto rectal describió un esfínter normotónico y ampolla rectal libre, y en la pared derecha rectal se palpó el tumor antes descrito. Un estudio ultrasonográfico sobre el tumor perianal describió un patrón hipoecogénico distorsionado. Se decidió la exéresis quirúrgica.

En el acto quirúrgico se colocó a la paciente en posición de navaja invertida, y previa asepsia y antisepsia se realizó incisión radiada, se decoló piel y tejido celular subcutáneo y se encontró un tumor firme y bien delimitado, pero no encapsulado, que ocupaba todos los espacios pararectales superficiales y profundos derechos. Se realizó disección roma separando la masa de los tejidos vecinos, y se exteriorizó la misma por la incisión. Después de la hemostasia se dejó un drenaje y se cerró la herida.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria, y egresó sin complicaciones de la continencia del esfínter anal.

El estudio anatomopatológico informó:

Descripción microscópica: Masa de tejido redondeada, no encapsulada pero bien delimitada, de 10 cm de diámetro y peso de 320 gramos, consistencia firme; al corte se presenta un color blanquecino grisáceo y aspecto arremolinado.

Descripción microscópica: Se observaron haces entrelazados de células fusiformes sin patrón histológico definido y abundantes fibras del colágeno; no se observaron imágenes de mitosis ni atipia celular; tinción con marcador CD34 positivo en las células tumorales.

Se informa como conclusión diagnóstica: Fibroma.

#### Comentario

La Organización Mundial de la Salud define en última Clasificación Histológica de los Tumores de Partes Blandas<sup>1</sup> al fibroma como término genérico, que denota una colección tumoral de fibras del colágeno en cualquier localización, con número escaso de fibroblastos, y describe varios subtipos de localizaciones y presentación clínica característica; a su vez, reserva el nombre de tumor fibroso solitario como sinónimo de mesotelioma fibroso localizado. Considera el origen de este tumor a partir del mesenquima submesotelial y no en el mesotelio, por la ausencia de expresión de queratina en sus células. Por otra parte, el tumor fibroso solitario reconocido primeramente en la pleura, ha sido identificado en otros lugares, incluyendo los tejidos blandos del cuerpo<sup>2,3</sup>. La tinción de estas células con CD34, un marcador para células mieloides inmaduras y lesiones vasculares, ha sido reconocida como un marcador por excelencia para estos tumores; otros informados han sido: BCL 2 y CD 99. Se han descrito constituidos por células fusiformes, semejantes a fibroblastos, con producción de fibras de colágeno y diferentes patrones histológicos o sin un patrón definido<sup>2,4</sup>.

Debemos destacar que el fibroma es el tumor benigno más frecuente de órganos ginecológicos y presenta los aspectos macroscópicos y microscópicos típicos iguales a los descritos en este caso. Ante este tumor consideramos la posibilidad de su origen ginecológico; sin embargo, la localización extraperitoneal descarta la posibilidad de un fibroma parasitario originado a ese nivel.

La descripción del acto operatorio ubicó este tumor en los tejidos blandos de la región perianal, y se decidió realizar una tinción con CD34, la cual fue positiva. Con este hallazgo concluimos el caso como un tumor fibroso solitario de los tejidos blandos perianales. Son escasas las publicaciones sobre este tipo de tumor, pero es significativo que su identificación se ha extendido por muy diversas regiones anatómicas, además de la pleura: cavidad abdominal, partes blandas, cuello y vesícula seminal<sup>4,6</sup>. Sólo hemos encontrado informes individuales de la región perianal<sup>5,7</sup>.

En cuanto a la conducta biológica, la mayoría coincide en que se trata de una lesión benigna, otros de una evolución impredecible y, por tanto, se plantea el seguimiento a largo plazo<sup>2</sup>. En nuestro caso no se encontraron signos histológicos de malignidad (crecimiento infiltrativo, actividad mitótica, necrosis o atipia citológica) (Figura).

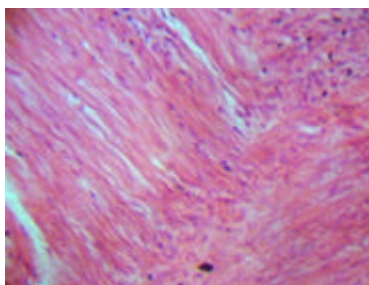


Figura Se observan células fusiformes sin atipia y bases de fibras colágenas (x 10 H/E).

### ***Referencias bibliográficas***

1. Weiss S, Enzinger F, Allen P, Angervall L, Enjoji M, Ilombart-Bosch A, et al. WHO classification soft tissue tumors. 2<sup>a</sup> ed. Ginebra: OMS, 1994.
2. Wang H, Zhang W, Yan L, Yao H, Ding W, Yu X. Clinical pathological analysis and immunohistochemical study of ten solitary fibrous tumours. Clin Med J (Engl) 2002; 115(9):1412-4.
3. Yoshida R, Takada H, Iwamoto S, Uedono Y, Kawanishi H, Yoshioka K, et al. A solitary fibrous tumour in the perianal region with a 13-year follow-up: report of a case. Surg Today 1999; 29(7):642-5.
4. Cowper SE, Kilpatrick T, Proper S, Morgan MB. Solitary fibrous tumours of the skin. Am J Dermatopathol 1999; 21(3):213-9.
5. Comperat E, de Saint-maur PP, Chatelain D, Pare R, Flejou JF. Retrorectal solitary fibrous tumor: an uncommon localization and a difficult diagnosis. Ann Pathol 2003; 23(4):379-80.
6. Goh SG, Chuah KL, Sim CS, Ong BH. Solitary fibrous tumour in the deep soft tissue of the neck in a Chinese man. Pathology 2002; 34(2): 189-92.
7. Sawada N, Ishiwata T, Naito Z, Maeda S, Sugisaki Y, Asano G. Immunohistochemical localization of endothelial cell markers in solitary fibrous tumour. Pathol Int 2002; 52(12):769-76.