

2. Antic M, Lautenschlager S, Itin PH. Eosinophilic fasciitis 30 years after - what do we really know? Report of 11 patients and review of the literature. *Dermatology*. 2006;213:93-101.
 3. Serrano-Grau P, Mascaró-Galy JM, Iranzo P. Desarrollo de fascitis eosinofílica tras la ingesta de simvastatina. *Actas Dermosifiliogr*. 2008;99:420-1.
 4. Fonseca E. Manifestaciones cutáneas del síndrome tóxico por aceite de colza adulterado. *Actas Dermosifiliogr*. 2009;100:857-60.
 5. Romero AG, Fernández JG, Calatayud JC. Eosinophilic fasciitis associated with simple traumatism. *Acta Dermatovenerol Croat*. 2001;9:287-90.
 6. Chazerain P, Vigneron AM, Grosse M, Meyer O, Kahn MF. Post-traumatic diffuse eosinophilic fasciitis accepted for workers' compensation. *Rev Rhum Engl Ed*. 1997;64:433-4.
 7. Ronneberger M, Janka R, Schett G, Manger B. Can MRI substitute for biopsy in eosinophilic fasciitis? *Ann Rheum Dis*. 2009;68:1651-2.
 8. Baumann F, Brühlmann P, Andreisek G, Michel BA, Marincek B, Weishaupt D. MRI for diagnosis and monitoring of patients with eosinophilic fasciitis. *AJR Am J Roentgenol*. 2005;184:169-74.
 9. Agnew KL, Blunt D, Francis ND, Bunker CB. Magnetic resonance imaging in eosinophilic fasciitis. *Clin Exp Dermatol*. 2005;30:435-6.
 10. Desvignes-Engelbert A, Saulière N, Loeuille D, Blum A, Chary-Valckenaere I. From diagnosis to remission: place of MRI in eosinophilic fasciitis. *Clin Rheumatol*. 2010;29:1461-4.
- M. Armengot-Carbó^{a,*}, M. Velasco-Pastor^a,
P. Navarro-Conde^b y E. Gimeno-Carpio^a
- ^a *Servicio de Dermatología, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España*
^b *Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España*
- * Autor para correspondencia.
Correo electrónico: miquelarmengot@gmail.com
(M. Armengot-Carbó).
- doi:10.1016/j.ad.2010.12.016

Histiocitoma fibroso maligno sobre cicatriz tras extirpación de un nevus melanocítico

Malignant Fibrous Histiocytoma in a Scar From Excision of a Melanocytic Nevus

Sr. Director:

El histiocitoma fibroso maligno es considerado el sarcoma de partes blandas más común en la edad adulta. Puede localizarse en cualquier órgano, ya que deriva de tejido mesenquimatoso. Como tumor cutáneo se presenta en forma de nódulos subcutáneos cuya textura varía de elástica a firme. Su patogenia es desconocida¹.

En la literatura existen muy pocos casos de aparición de un histiocitoma fibroso maligno sobre una cicatriz previa, correspondiendo la mayoría de ellos (8 casos publicados) a cicatrices posquemaduras²⁻⁴.

El diagnóstico de histiocitoma fibroso maligno se reserva solo para los sarcomas pleomórficos en los cuales no puede ser determinada ninguna línea de diferenciación, realizándose por exclusión. El uso de la inmunohistoquímica es esencial para el diagnóstico. Las células neoplásicas deben ser positivas para vimentina, y negativas para citoqueratinas y proteína S-100⁵. La expresión de CD68 no apoya ni excluye el diagnóstico.

En general se considera un tumor de mal pronóstico.

Como tratamiento, la resección quirúrgica amplia tras el diagnóstico ofrece los mejores resultados en cuanto a supervivencia. La radioterapia en combinación con la cirugía también es adecuada, en particular cuando las lesiones son de alto grado de malignidad y los márgenes quirúrgicos están afectados¹.

Es difícil diferenciar un fibroxantoma atípico de un fibrohistiocitoma maligno superficial. Hoy en día se incluyen dentro del mismo espectro. Para algunos autores, la afec-

tación del tejido celular subcutáneo, la fascia o el músculo así como la intensa invasión vascular o necrosis, serían más propias del histiocitoma fibroso maligno⁶.

Presentamos el caso de una mujer de 78 años alérgica a penicilina y derivados y sulfamidas con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, artrosis, hipertensión arterial y glaucoma.

En el año 2003 se le extirpó un nevus celular compuesto en el pabellón auricular derecho, con revisiones posteriores en la que se apreciaba una cicatriz que loideia en la zona de extirpación.

En 2007 acudió a urgencias con una tumoración sobre la cicatriz de crecimiento rápido (fig. 1).

Se realizó una biopsia cutánea, apreciándose una tumoración que presentaba un patrón de ordenación fascicular, con células de núcleos elongados con marcados signos de atipia, incluidos la presencia de macronúcleos y de células gigantes. La actividad mitótica era elevada. Las técnicas de inmunohistoquímica dieron los siguientes resultados: CD68 (+) vimentina (+) citoqueratina AE1/AE3 (-) EMA (-) actina (-) desmina (-) CD34 (-) C-KIT (-) KI-67 (+ elevado) (figs. 2 y 3). Con estos datos se diagnosticó de histiocitoma fibroso maligno.

Se llevó a cabo una exéresis quirúrgica, comprobándose la infiltración de músculo y parótida. Se decidió, tras la valoración en un comité interdisciplinario, la cirugía radical. No tenemos datos de la evolución posterior.

La degeneración maligna de tejidos que previamente han sido lesionados es conocida desde hace tiempo. El tipo histiológico más común que se origina en la degeneración maligna de los tejidos cicatriciales ha sido el carcinoma espinocelular y en segundo lugar el carcinoma basocelular. Otros tipos descritos han sido el melanoma, el liposarcoma, el osteosarcoma, el adenocarcinoma y el fibrosarcoma.

Se han publicado pocos casos de histiocitoma fibroso maligno sobre cicatrices previas, y la patogenia no está aclarada. Inoshita y Youngberg publicaron un estudio de



Figura 1 Lesión tumoral en lóbulo de pabellón auricular derecho.

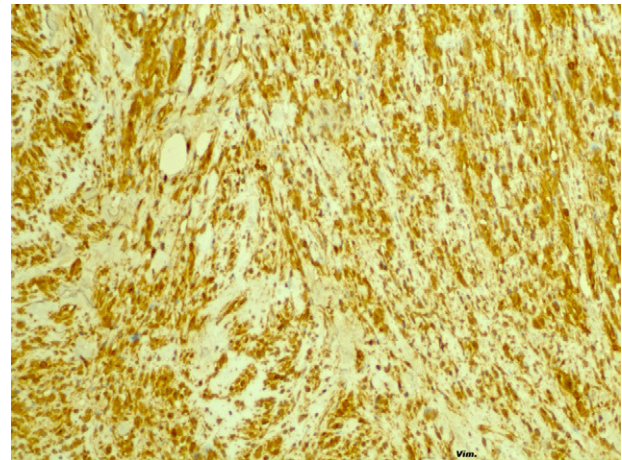


Figura 3 Imagen histológica de la tinción inmunohistoquímica con vimetina. (20x).

2 pacientes con aparición de un histiocitoma fibroso maligno en cicatrices posquirúrgicas⁷ en el que encontraron signos histológicos de inflamación crónica con células gigantes que contenían partículas correspondientes con material de sutura. Sin embargo, este hallazgo no se ha comprobado con posterioridad en otros casos publicados.

En los años setenta el histiocitoma fibroso maligno fue descrito en relación con infartos óseos, y se pensó que tal vez un proceso reparativo crónico podría ser un factor importante en la patogenia de la transformación sarcomatosa.

También en esa misma década Bostwick et al⁸ propusieron que quizá un tejido relativamente avascular y con obliteración de vasos linfáticos de retorno dejaba la cicatriz como un área aislada inmunológicamente, de forma que las células mutadas no rompían la barrera de la cicatriz y no se enfrentaban al sistema inmune, dejando al tumor en principio un crecimiento sin restricciones.

Hemos encontrado en la literatura 8 casos de histiocitoma fibroso maligno sobre cicatrices de quemaduras²⁻⁴. En una de estas comunicaciones, la realizada por Alconchel

et al², los autores describieron el caso de un paciente con aparición sobre la cicatriz de sus quemaduras de un carcinoma escamoso, un melanoma maligno y un histiocitoma fibroso maligno, en ausencia de inmunodeficiencia alguna, y que posteriormente tampoco desarrolló otros tumores en lugares distintos a los descritos. A partir de aquí se propuso que la alteración local de la respuesta inmune en la zona dañada podría desempeñar un papel patogénico relevante en el proceso.

Otras publicaciones describieron el desarrollo de histiocitoma fibroso maligno sobre una cicatriz de una vacunación de viruela⁹, una cicatriz de una toracotomía, y una en el lugar de una artroscopia¹⁰.

Han sido descritos histiocitomas fibrosos malignos (no como tumores cutáneos) en lugares de prótesis, materiales de osteosíntesis, injertos de Dacron, enfermedad de Paget, infartos óseos o displasia fibrosa.

No hemos encontrado ninguna asociación con una posible degeneración de nevus a histiocitoma fibroso maligno, y tampoco ningún caso sobre cicatriz tras extirpación de un nevus melanocítico.

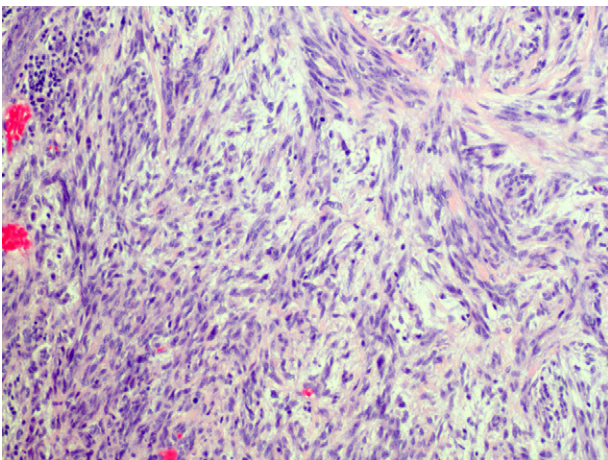


Figura 2 Imagen histológica de la lesión con patrón de crecimiento tumoral formado por células fusiformes de núcleos elongados con marcada atipia y presencia de células gigantes. (Hematoxilina-eosina 20x).

Bibliografía

1. Cooper JZ, Brown MD. Tumores fibrosos malignos de la dermis. En: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller SA, Leffell DJ, editores. *Fitzpatrick Dermatología en Medicina General*. 7.ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2009. p. 1159-64.
2. Alconchel MD, Olivares C, Alvarez R. Squamous cell carcinoma, malignant melanoma, and malignant fibrous histiocytoma arising in burn scars. *Br J Dermatol*. 1997;137:793-9.
3. Ozercan IH, Okur MI, Coskun F, Yildirim AM. Malignant fibrous histiocytoma and squamous carcinoma derived from a burn scar. *Acta Chir Belg*. 2004;104:745-7.
4. Kim GI, Lee JH, Kim HK, Park SH, Kim CH. Malignant fibrous histiocytoma in a chronic burn scar: a rare case report and review of the literature. *Burns*. 2004;30:742-5.
5. Al-Agha OM, Igbokwe AA. Malignant Fibrous Histiocytoma, between the past and the present. *Arch Pathol Lab Med*. 2008;132:1030-5.

6. Gómez de la Fuente E, Sols M, Pinedo F, Álvarez-Fernández JG, Vicente FJ, Naz E, et al. Fibroxantoma atípico. Estudio clínico-patológico de 10 casos. *Actas dermosifiliogr.* 2005;96:153-8.
7. Inoshita T, Youngberg GA. Malignant fibrous histiocytoma arising in previous surgical sites. *Cancer.* 1984;53:176-83.
8. Bostwick 3rd J, Pendergrast J, Vasconez LO. Marjolin's ulcer: an immunologically privileged tumour? *Plast Reconstr Surg.* 1976;57:66-9.
9. Slater DN, Parsons MA, Fussey IV. Malignant fibrous histiocytoma arising in a smallpox vaccination scar. *Br J Dermatol.* 1981;105:215-7.
10. Sirveaux F, Hummer N, Roche O, Rios M, Vignaud JM, Molé D. Pleomorphic malignant fibrous histiocytoma at the site of an arthroscopic reconstruction of the anterior cruciate ligament. A case report. *Bone Joint Surg Am.* 2005;87:404-9.

R. Conejero*, I. Rivera, M. Ara y F.J. Carapeto

Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: raquel.conejero@hotmail.com

(R. Conejero).

doi:[10.1016/j.ad.2011.01.009](https://doi.org/10.1016/j.ad.2011.01.009)