



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Tumoración subcutánea en la cola de la ceja derecha



Subcutaneous Tumor Deep to the Lateral Right Eyebrow

Historia clínica

Niña de 12 años sin antecedentes de interés con una lesión en la cola de la ceja derecha de 2 meses de evolución, sin traumatismo previo. Refería dolor ocasional y aumento de tamaño con estabilización posterior.

Exploración física

Tumoración subcutánea ovalada mal definida de 2 cm de diámetro, de consistencia elástica firme, adherida a planos profundos y sin alteraciones de la piel suprayacente (fig. 1).

Pruebas complementarias

Las radiografías de cara, órbita, hendidura esfenoidal y cráneo fueron normales. La ecografía de partes blandas mostraba una tumoración redondeada y sólida con algún vaso de pequeño calibre en el tejido celular subcutáneo (fig. 2).

Evolución y tratamiento

Se procedió a la exéresis completa de la lesión, sin signos de recidiva local ni aparición de otras lesiones tras 8 meses de seguimiento.



Figura 1



Figura 2

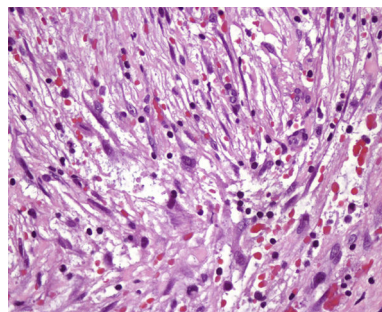


Figura 3 Hematoxilina-eosina $\times 400$.

Histopatología

La histología mostraba una tumoración localizada en el tejido celular subcutáneo formada por una proliferación de fibroblastos y miofibroblastos fusiformes y multipolares, con núcleo vesiculoso y nucléolo prominente, dispuestos sin un patrón específico en un estroma mixoide con hematíes extravasados y áreas fibrosas con colágeno hialinizado (fig. 3, H-E $\times 400$).

¿Cuál es su diagnóstico?

Diagnóstico

Fascitis nodular (FN).

Comentario

La FN fue descrita por primera vez por Konwaler et al. en 1954 como «fibromatosis subcutánea pseudosarcomatosa (fascitis)»¹. Es una lesión proliferativa de crecimiento rápido que afecta principalmente al tejido celular subcutáneo, la fascia y el músculo, aunque existe una rara variante dérmica². Su etiopatogenia es incierta; se considera un proceso reactivo, benigno y de crecimiento autolimitado²⁻⁴, relacionado en casos aislados con procesos infecciosos o traumatismos². Predomina en varones de raza blanca³, entre la tercera y cuarta décadas de la vida²; solo un 10% de los casos son niños desde pocos meses de vida hasta los 18 años, con medias de edad según las series entre 8 y 14 años³⁻⁵. Se localiza principalmente en las extremidades y el tronco, seguido de la cabeza y el cuello, localización que predomina en la infancia^{4,5}, aunque la casuística infantil es escasa^{3,5}. Suelen presentarse como lesiones únicas y asintomáticas. Clínicamente es un nódulo de consistencia firme, fijo o móvil, generalmente menor de 3 cm, de color piel normal o eritematoso, a veces con dolor asociado y sin adenopatías palpables^{1,3,4}.

El diagnóstico es histopatológico. Los estudios de imagen previos ayudan a definir mejor la lesión y descartar otros posibles diagnósticos⁴.

En el estudio histológico se observa una proliferación de fibroblastos y miofibroblastos con aumento de la actividad mitótica sobre un estroma mixoide laxo^{2,3}, con aumento de la vascularización, eritrocitos extravasados, infiltrado inflamatorio crónico^{2,4} y en ocasiones células gigantes tipo osteoclasto. Price et al. fueron los primeros en clasificarlas en 3 subtipos histológicos: el tipo I, mixoide o reactivo (el más frecuente), el tipo II o celular y el tipo III o fibroso. Se ha propuesto que estos subtipos no son independientes, sino que responden a una progresión temporal². El estudio inmunohistoquímico muestra positividad para actina muscular específica, actina de músculo liso, calponina y vimentina, y negatividad para desmina, citoqueratina, h-caldesmon, miosina de músculo liso, proteína S100 y CD34^{3,5,6}. En estudios citogenéticos se han descrito, como en otros tumores mesenquimales, reordenamientos del locus USP6 relacionados con la alta actividad mitótica⁴.

El diagnóstico diferencial clínico se realiza con lesiones benignas como el quiste dermoide o epidérmico, el pilomatricoma, el lipoma o el nódulo postoperatorio o postraumático; además de con tumores malignos¹⁻⁵ como fibrosarcomas, tumor maligno de la vaina nerviosa periférica, sarcoma pleomorfo indiferenciado o dermatofibrosarcoma protuberans.

A pesar de su carácter reactivo y la posibilidad de remisión espontánea, la escisión quirúrgica parece el manejo más razonable, especialmente en la población pediátrica⁵. Las recidivas son infrecuentes y obligan a replantear el diagnóstico²⁻⁵.

Bibliografía

1. Konwaller BE, Keasby L, Kaplan L. Subcutaneous pseudosarcomatous fibromatosis (fasciitis). *Am J Clin Pathol.* 1955;25:241-52.
2. Mauleón Fernández C, Chavarría Mur E, Suárez Fernández R, Lázaro Ochaíta P, Lecona Echeverría M. Fascitis nodular. *Actas Dermosifiliogr.* 2003;94:90-2.
3. Pandian TK, Zeidan MM, Ibrahim KA, Moir CR, Ishitani MB, Zarroug AE. Nodular fasciitis in the pediatric population: A single center experience. *J Pediatr Surg.* 2013;48:1486-9.
4. Hseu A, Watters K, Perez-Atayde A, Silvera VM, Rahbar R. Pediatric nodular fasciitis in the head and neck: Evaluation and management. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2015;141:54-9.
5. Bemrich-Stolz CJ, Kelly DR, Muensterer OJ, Pressey JG. Single institution series of nodular fasciitis in children. *J Pediatr Hematol Oncol.* 2010;32:354-7.
6. Perez-Montiel MD1, Plaza JA, Dominguez-Malagon H, Suster S. Differential expression of smooth muscle myosin, smooth muscle actin, h-caldesmon, and calponin in the diagnosis of myofibroblastic and smooth muscle lesions of skin and soft tissue. *Am J Dermatopathol.* 2006;28:105-11.

P.P. García-Montero^{a,*}, A. Hernández-Nuñez^a
y J.C. Tardío^b

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pablo.garcia.montero@gmail.com
(P.P. García-Montero).