

## Imágenes en cirugía general

# Hallazgos radiopatológicos en tumor fibroso solitario de la axila

*Radiopathological findings in solitary fibrous tumour of the armpit*

E. Moya-Sánchez, V. Medina-Salas, J. García-Espinosa

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

### RESUMEN

El tumor fibroso solitario (TFS) es una neoplasia rara de origen mesenquimal. La localización habitual es la pleura, pero recientemente se ha conocido su naturaleza ubicua. El TFS de la axila es una entidad extremadamente infrecuente.

Los hallazgos radiológicos son inespecíficos, dificultando el diagnóstico, por lo que en muchas ocasiones el diagnóstico definitivo se realiza mediante biopsia o extirpación quirúrgica.

**Palabras clave:** tumor fibroso solitario, ecografía, resonancia magnética.

### ABSTRACT

Solitary fibrous tumor (SFT) is a rare benign mesenchymal neoplasm. The usual location is the pleura, but recently the ubiquitous nature of SFT has been recognized. SFT of the armpit is an uncommon entity.

The radiological findings are nonspecific, making diagnosis difficult, so in many cases the definitive diagnosis is made by biopsy or surgical resection.

**Keywords:** solitary fibrous tumor, ultrasound, magnetic resonance imaging.

### INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso de una paciente de 46 años que acudió por notar una lesión nodular en cola de la mama-axila izquierda. Se realizó mamografía bilateral y ecografía complementaria (**Figura 1**) donde se apreció un nódulo axilar de contornos lobulados y de ecogenicidad discretamente heterogénea por lo que se procedió a biopsiar la lesión.

No se apreciaban alteraciones en el parénquima mamario de forma bilateral.

#### CORRESPONDENCIA

Elena Moya Sánchez  
Hospital Universitario Virgen de las Nieves  
18014 Granada  
[elenamoya89@gmail.com](mailto:elenamoya89@gmail.com)

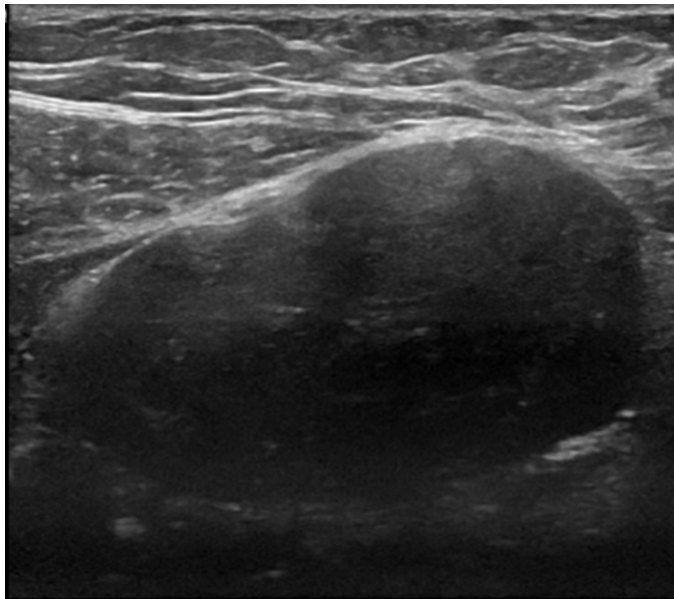
XREF

#### CITA ESTE TRABAJO

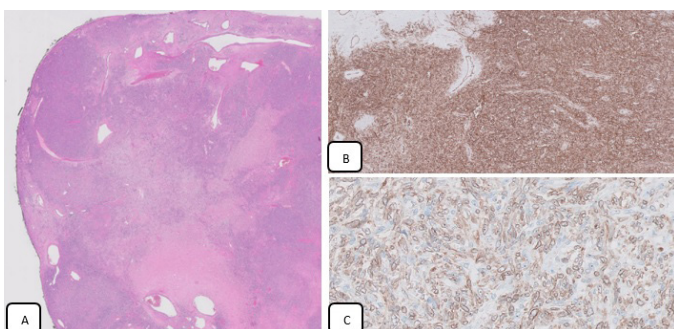
Moya Sánchez E, Medina Salas V, García Espinosa J. Hallazgos radiopatológicos en tumor fibroso solitario de la axila. Cir Andal. 2018;29(3):276-278

El análisis histológico reveló hallazgos propios del tumor fibroso solitario (Figura 2). Se observó una lesión bien delimitada de bordes netos no infiltrativos, contornos lobulados, células fusiformes separadas por bandas de estroma de colágeno y ausencia de necrosis. En el estudio de inmunohistoquímica presentaron inmunofenotipo CD34+, CD99+, Bcl2+ y CD31-.

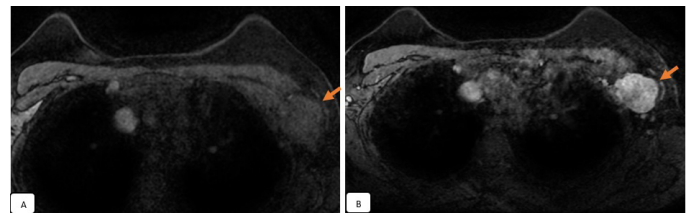
El estudio del tumor se completó con RM de mama y axila con gadolinio i.v. (Figura 3) para delimitar su extensión e identificar su comportamiento previo a la cirugía.



**Figura 1** Ecografía axilar en la que se observa un nódulo sólido homogéneo e hipocogénico de contornos lobulados y bien definidos.



**Figura 2** Tumor fibroso solitario. Muestra histológica. Figura 2A: tinción hematoxilina-eosina. Lesión bien delimitada, de bordes netos no infiltrativos, lobulada, formada por células fusiformes separadas por bandas de estroma colágeno y por vasos ramificados ectásicos de diferentes calibres. Figuras 2B y 2C: marcada inmunorreactividad positiva para CD34 y Bcl 2 respectivamente.



**Figura 3** RM de mama y axila bilateral sin contraste (Figura 3A) y tras la administración de gadolinio intravenoso en plano axial (fase 2) (Figura 3B). Se confirma la lesión descrita en ecografía, que muestra importante realce tras la administración de contraste, en relación con el componente vascular del tumor fibroso solitario.

## DISCUSIÓN

El tumor fibroso solitario (también conocido como hemangiopericitoma en tejidos blandos)<sup>1</sup>, es una neoplasia mesenquimal benigna poco frecuente y su localización en la mama es muy rara.

Fue descrito por primera vez en la pleura por Klemperer y Rabin en 1931<sup>2</sup>. La pleura es su localización más habitual, pero debido a su naturaleza pueden aparecer en numerosas localizaciones extrapleurales, tanto extraserosas como en órganos sólidos<sup>3</sup>.

Representan menos del 0,2% de todas las lesiones mamarias primarias<sup>4</sup> y es más frecuente entre la cuarta y séptima década de la vida con igual incidencia entre sexos<sup>5</sup>. Se han descrito solo 21 casos en la literatura<sup>6</sup>.

El diagnóstico preoperatorio es complejo ya que en ocasiones el estudio radiológico e histológico no se realiza de forma exhaustiva y en muchos casos el diagnóstico definitivo se obtiene tras la extirpación quirúrgica del tumor<sup>4</sup>.

Los hallazgos radiológicos son inespecíficos. Normalmente son masas sólidas grandes de contornos lobulados<sup>3</sup>. En ecografía son hipocogénicas y a veces presentan ecogenicidad heterogénea debido a áreas de degeneración mixoide<sup>1,5</sup>.

En RM suelen ser isointensas en secuencias potenciadas en T1 y de señal variable en secuencias potenciadas en T2<sup>3,5</sup>. La presencia de focos redondeados o lineales de baja intensidad de señal en secuencias potenciadas en T1 y en T2 son debidos al contenido colágeno. Son tumores vasculares por lo que presentan marcado realce tras la administración de contraste i.v.<sup>5</sup>.

Histológicamente están compuestos por una proliferación bien circunscrita de células de morfología fusiforme que conforman fascículos cortos en el interior de bandas de estroma colágeno. El diagnóstico se confirma por los hallazgos inmunohistoquímicos característicos: las células muestran inmunorreactividad positiva para los marcadores CD34, Bcl 2 y CD99 y negatividad para S-100<sup>4,5</sup>.

El TFS es una neoplasia benigna, pero raramente puede malignizar, aproximadamente en un 10-20% de los casos<sup>3</sup>. El TFS maligno se diagnostica por la presencia de hallazgos histológicos atípicos: atipia nuclear, hiper celularidad, grandes porciones necróticas y alta

actividad mitótica<sup>7</sup>, correlacionándose con mayor tasa de recurrencia local y metástasis.

El tratamiento de elección es la resección quirúrgica amplia. No hay evidencia de la efectividad de la radioterapia o quimioterapia en el tratamiento de este tipo de tumor<sup>4</sup>.

## CONCLUSIÓN

El TFS es una neoplasia mesenquimal poco frecuente, normalmente de origen pleural. Es importante conocer que podemos encontrarlo en localizaciones extrapleurales como es el caso de la axila o la mama.

El diagnóstico preoperatorio es complejo y frecuentemente se realiza tras la resección quirúrgica, pero hay hallazgos radiológicos propios aunque inespecíficos y marcadores histológicos característicos que en conjunto apoyan el diagnóstico y condicionan el mejor abordaje terapéutico de esta lesión.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Tsai SY, Hsu CY, Chou YH, Lai YC, Lin YH, Wang HK, et al. Solitary fibrous tumor of the breast: a case report and review of the literature. *J Clin Ultrasound*. 2017 Jul;45 (6):350-354.
2. Klemperer P, Rabin CB. Primary neoplasms of the pleura: a report of five cases. *Arch Pathol*. 1931;11:385-412.
3. Rhee SJ, Ryu JK, Han SA, Won KY. Solitary fibrous tumor of the breast: a case report and review of the literature. *J Med Ultrasonics*. 2016;43:125-8.
4. Rovera F, Imbriglio G, Limonta G, Marelli M, La Rosa S, Sessa F, et al. Solitary fibrous tumor of the male breast: a case report and review of the literature. *World J Surg Oncol*. 2008 Feb;6:16.
5. Ginat DT, Bokhari a, Bhatt S, Dogra V. Imaging features of solitary fibrous tumors. *AJR*. 2011;196:487-95.
6. Salemis NS. Solitary fibrous tumor of the breast: A case report and the review of the literature. *Breast J*. 2018;24:78-81.
7. Yang LH, Dai SD, Li QC, Xu HT, Jiang GY, Zhang Y, et al. Malignant solitary fibrous tumor of breast: a rare case report. *Int J Clin Exp Pathol*. 2014;7(7):4461-6.