

# TUMOR FIBROHISTIOCÍTICO PLEXIFORME: A PROPÓSITO DE UN CASO

Alejandro Herrera Rodríguez, M<sup>a</sup> Ángeles Ayala Rodrigo, Javier Álvarez De La Cruz, Eduardo Morales Pérez, Patricia Amaya Espinosa  
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología Hospital Universitario de Canarias

## INTRODUCCIÓN

Mujer de 57 años con bultoma en muslo derecho de 3 años de evolución con crecimiento lento y progresivo, doloroso y pruriginoso. EF con lesión profunda >10 mm en cara anterior de 1/3 medio-distal de muslo derecho.

La ecografía muestra lesión nodular sólida, heterogénea e hipoecoica delimitada en el tejido celular subcutáneo en contacto con fascia muscular subyacente que mide 15x20x22mm de naturaleza indeterminada. La RMN informa de lesión focal sólida redondeada bien delimitada que parece depender de fascia superficial del músculo recto femoral en 1/3 medio de 15x12x17mm, no caracterizable.

## RESULTADOS

Se realiza biopsia escisional mediante abordaje anterior de muslo sobre lesión con exéresis amplia en bloque de plano subcutáneo, fascia y parte de músculo recto anterior con inclusión de la lesión en la pieza.

El estudio anatomopatológico informa de lesión nodular (Fig. 1) bien delimitada con inclusión total de la misma en la pieza y tamaño de 1.5 x 1.5 x 1.2 cm compatible con tumor fibrohistiocítico plexiforme con resección quirúrgica R1 (0.5mm del borde) (Fig. 2)

## CONCLUSIÓN

El TFHP es un tumor raro subcutáneo asintomático y de crecimiento lento con malignidad intermedia y tendencia a recidivar pero no a producir metástasis. Requiere resección quirúrgica completa. Diagnóstico anatomopatológico.

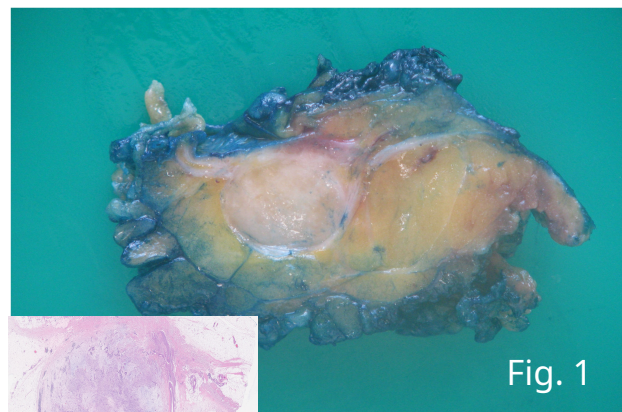


Fig. 1

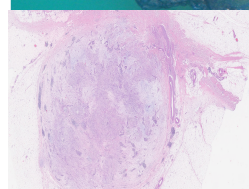


Fig. 2

## DISCUSIÓN

El **tumor fibrohistiocítico plexiforme (TFHP)** es una neoplasia dérmica y subcutánea muy poco frecuente de estirpe mesenquimatosa con malignidad intermedia y posible comportamiento agresivo. Predilección por niños y adultos jóvenes y extremidad superior (dedos, mano, muñeca). Clínicamente nódulo sobreelevado o con depresión central o placa indurada infiltrativa en tejido adiposo subcutáneo con un tamaño de 1 a 3 cm, indoloro y de crecimiento lento. Macroscópicamente masa nodular mal delimitada en unión dérmica-subcutánea con posible extensión a dermis alta o músculo subyacente.

Estudio de imagen con ecografía (lesión hipoecogénica) o RMN (lesión infiltrativa o placa en tejidos subcutáneos sin características diferenciales únicas). Histológicamente múltiples nódulos pequeños o fascículos alargados con patrón plexiforme. Existen tres patrones: fibrohistiocítico, fibroblástico y mixto, sin relevancia en el pronóstico. Recuento mitótico bajo y la atipia celular y pleomorfismo no es habitual.

Su tratamiento es la resección quirúrgica completa. Recurrencia local alta (35-40%) pero rara diseminación metastásica linfática y pulmonar.