
Histiocitoma fibroso maligno de vesícula biliar: reporte de un caso

Malignant fibrous histiocytoma of the gall bladder: Case report

Xiomary Estrada González *
Eduardo Valarezo Moreno **

Resumen

Reportamos el caso de una paciente de 74 años de edad, de sexo femenino que presentó una tumoración vesicular, más anemia, la cual fue intervenida quirúrgicamente en el hospital Militar HDII-DE de la ciudad de Guayaquil y cuyo resultado histopatológico reveló un fibrohistiocitoma maligno de vesícula biliar.

Objetivo: Destacar la importancia de no subestimar toda patología de vesícula biliar y a la vez, resaltar el caso, dada la poca frecuencia de esta patología.

Método: Descriptivo.

Conclusión: resaltar lo importante que es sospechar la naturaleza maligna de lesiones de apariencia benigna. A continuación se detallará el caso clínico y el screening seguido en ella.

Palabras clave: Histiocitoma fibroso maligno. Vesícula biliar. Sarcoma.

Summary

We report a case of a 74 year old woman who has a tumor of the gall bladder and anemia. This tumor was surgically removed at the Military Hospital HDII-DE in the city of Guayaquil. The histopathology of the tumor revealed to be malignant fibrohistiocytoma of the gall bladder.

Objective: The importance not to underestimate gall bladder pathologies and to highlight this clinical case due to this rare pathology.

Method: Descriptive

Conclusions:

It is very important to suspect a malignancy of lesions that appear benign. It is essential to have a complete clinical history and have screening tests done to patients.

Keywords: Malignant Fibrous Histiocytoma. Gall bladder. Sarcoma

Introducción

El histiocitoma fibroso maligno es el sarcoma de partes blandas más frecuentemente diagnosticado en el adulto, siendo sus localizaciones más habituales las extremidades, sobre todo las inferiores, y el retroperitoneo, donde suele asociarse a sintomatología general (fiebre, astenia y pérdida de peso) acompañada de dolor y distensión abdominal⁸. Pero también se ha descrito el histiocitoma fibroso maligno, aunque mucho más infrecuentemente, en otras localizaciones, incluidas las viscerales¹⁴. En cuanto a su comportamiento biológico, el histiocitoma fibroso maligno es propenso a la

recidiva local y tiene capacidad de metastatizar a distancia, preferentemente a ganglios linfáticos regionales, pulmón, hígado y huesos³. La variedad histológica de tipo inflamatorio de este tumor es rara en sí misma, excepcional su afectación primitiva de órganos⁷, y más aún lo es en mesenterios. Sin embargo, siempre es conveniente tener en cuenta que, por su aspecto inflamatorio y necrosante, puede simular un proceso inflamatorio de tipo benigno¹⁰

Aunque el histiocitoma fibroso maligno descrito por primera vez en 1964¹, puede ser uno de los sarcomas más frecuentes de partes blandas, por el contrario constituye dentro del grupo genérico de

46 * Doctora en Medicina y Cirugía, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador.

**Cirujano Gastroenterólogo. Jefe del Departamento de Cirugía "Hospital Militar" Guayaquil

sarcomas primarios de localización vesicular en el adulto un tipo histopatológico excepcional,¹⁵ citándose su incidencia según las tasas consultadas entre un 0.1- 1% de todos los tumores vesiculares malignos del adulto.² No obstante a pesar de ello deben ser tenidos en cuenta en el diagnóstico diferencial.

En cuanto a su comportamiento biológico este tumor es propenso a la recidiva local y tiene capacidad de metastatizar a distancia, preferentemente a ganglios linfáticos regionales, pulmón, hígado y huesos.³

Reporte del Caso

Paciente de 74 años de edad, sin antecedentes patológicos personales ni familiares de importancia, quien el 03 de junio de 2004 visita la consulta de Medicina Interna del hospital Militar, por cuadro clínico caracterizado por náuseas, vómitos y dolor en hipocondrio derecho de \pm 8 días de evolución.

Referida a cirugía con ecografía que revela presencia de masa nodular bien definida de 77 x 60mm, en lóbulo hepático derecho + imagen quística irregular de 81 x 70. Conjuntamente se solicita exámenes de laboratorio que revela discreta leucocitosis 12900 con 74.6% de segmentados. Hepatograma normal + una anemia microcítica normocrómica. El 08 de junio del mismo año se le realizó una TAC abdomino pélvica la misma que reveló un pequeño derrame pleural derecho, hepatomegalia, colección subhepática y empiema vesicular.

El 10-VI-04 se la intervino quirúrgicamente: Colectomía abierta y como hallazgo en región subhepática se obtuvo quiste vs. absceso hepático en el lóbulo derecho con material purulento achocolatado \pm 500cc y otro de similares características hacia el espacio de Morrison de 200cc aproximadamente. Además extensa tumoración vesicular de 7x8 cm aproximadamente, de consistencia elástica - carnosa, necrótica de coloración negruzca, abscesificada, la cual fue resecada y enviada al departamento de patología para su análisis histopatológico.

Su postoperatorio pasó en la unidad de cuidados intensivos durante 24 horas y luego a

hospitalización donde permaneció 14 días con antibioticoterapia tipo ceftriaxona + metronidazol. Fue transferida al hospital de la especialidad, pero la paciente luego de conocer su diagnóstico rechazó toda medida terapéutica y se negó a realizarse los debidos seguimientos.

Durante su estancia domiciliaria presentó alzas térmicas no cuantificadas con desmejoramiento progresivo de su estado general. Falleció el 16 de diciembre de 2004.

El caso clínico que aquí presentamos muestra peculiaridades especiales que le confieren un carácter de excepcionalidad. Por una parte el histiocitoma fibroso maligno es infrecuente en vesícula biliar, su clínica inicial únicamente dolor abdominal, náuseas y vómito, la corta evolución de la sintomatología ya descrita (8 días), resaltan la importancia de esta patología.

Discusión

Los HFM se han clasificado desde el punto de vista de patrón histológico en cinco tipos: estoriforme – pleomórfico, mixoide, inflamatorio, angiomatoide y de células gigantes⁴⁻⁵.

Aunque su etiología es desconocida, algunos de ellos se han asociado con exposición a thorotrast, cloruro de vinilo o arsénico⁶. Varios autores los han relacionado también con la utilización prolongada de contraceptivos orales y consumo prolongado de etanol, siendo por el contrario muy poco frecuente su relación con cirrosis alcohólica o hepatitis o su asociación con historia familiar de otros tumores⁷.

La edad media de presentación se podría situar entre la cuarta y quinta década, con edades extremas referidas en la bibliografía de 22 y 77 años⁸.

El síntoma más frecuente independiente del tipo histológico es el dolor de pequeña - mediana intensidad en hemiabdomen superior, que se suele acompañar de otros síntomas también inespecíficos, como pérdida ponderal, febrícula vespertina y astenia⁹. Así mismo en la exploración clínica se puede apreciar hepatomegalia o una masa abdominal palpable en hipocondrio derecho-epigastrio.

En la mayoría de casos se han descrito elevaciones inespecíficas de algunos de los parámetros bioquímicos de funcionalismo/daño hepático; bilirrubina, fosfatasa alcalina, y/o transaminasas, no habiendo sido descritas elevaciones sistemáticas de alfafetoproteína, ni tampoco de otros marcadores tumorales, como sucede también en los casos de sarcomas de otras localizaciones¹⁰.

En cuanto al diagnóstico por imagen, la ecografía, TC, RMN, y la arteriografía no aportan ningún dato específico, pues la demostración de una tumoración constituye a priori un hallazgo superponible de cualquier otro tipo de tumor; de este modo el diagnóstico diferencial en nuestro medio se debería establecer en diversos tipos de tumores sólidos benignos y malignos¹¹⁻¹².

La cirugía constituye el tratamiento de elección. El tratamiento quirúrgico debe mantener los mismos principios quirúrgicos preconizados en la cirugía de los sarcomas de partes blandas¹³.

El pronóstico es pobre. La mayoría de los pacientes no operados, mueren antes del primer año desde el diagnóstico, mientras que los pacientes con resección y con o sin quimioterapia adyuvante, se ha descrito una supervivencia global después del tercer año del 15 al 20% (con la reserva que supone el reducido número de casos referidos en la bibliografía¹⁴).

La supervivencia prolongada revela que los principales factores pronósticos favorables son: diagnóstico precoz con tamaño pequeño del tumor (inferior a 5 cm) y enfermedad localizada, junto con cirugía radical con márgenes de seguridad³.

Conclusión:

En definitiva la experiencia del caso, aunque excepcional, resalta la importancia de sospechar la naturaleza maligna de lesiones de apariencia benigna, incluso en localizaciones poco frecuentes. De ahí la importancia del reconocimiento clínico precoz de este tipo de lesiones con el fin de realizar un tratamiento quirúrgico y oncológicamente adecuado. Aunque no siempre es fácil ubicar en etapas tempranas un cáncer de vesícula, peor aún un histiocitoma fibroso maligno, de ahí que el pronóstico de estas lesiones es sombrío.

Referencias bibliográficas

1. Weiss SW, Enzinger FM Malignant fibrous histiocytoma: an analysis of 200 cases;41: Cancer 2250-2266. (Medline), 1978.
2. Takahashi Y, Kameda H, Kassay Y Primary liver cancer in Japan: Sixth report; Cancer 60: 1400-1411. (Medline) 1987..
3. Le Dorsal V, Coindre JM, Leroux A, Hacene K, Terrier P, Bui NB et al Prognostic factors of patient with localized primary malignant fibrous histiocytoma. A multicenter study of 216 patients with multivariate analysis; Cancer 77:1823-1830; 1996.
4. Jyh-Wei Chen, Gin-Ho Lo, Kwok-Hung Lai, Hung Lai, Hung Tai Chang, Huay-Ben Pan, Hui-Hwa Tseng Primary malignant fibrous histiocytoma of the liver: report of a case. Gastroenterol J Taiwan 12: 316-321; 1995.
5. Alberti-Flor JJ, O'Hara MF Malignant fibrous histiocytoma of the liver. Gastroenterology, 89: 890-893; 1985.
6. Hiraoka N, Mukay M, Susuki M, Maeda K, Nakajima, Hashimoto M et al Malignant fibrous histiocytoma of cecum: report of a case and review of the literature. Pathol Int ; 47: 718-724; 1997.
7. Yebra MT, Arnal FM, Rodríguez H, Rois JM Fibrohistiocitoma maligno de tipo inflamatorio de mesocolon asociado a parasitosis colónica por tricocéfalos. Rev Esp Enferm Digest 82:53-55; 1992.
8. Kempson RL, Kyriakos M Fibroxanthosarcoma of the soft tissues. A type of the malignant histiocytoma. Cancer; 29:961-976; 1972.
9. Coffin CM, Dehner LP, Meis-Kindblom JM Inflammatory myofibroblastic tumor, inflammatory fibrosarcoma and related lesions: an historical review with differential diagnostic considerations. Sem Diagn Pathol,15: 102-110; 1998.
10. Baratz M, Ostrzega N, Michowitz M, Messer G Primary inflammatory malignant fibrous histiocytoma of the colon. Dis Colon Rectum, 29:462-465; 1986.
11. Veiga M, Alvarez- Prida E, Vara A, Ablanado P, Fresno MF, Herrero A, Fibrohistiocitoma maligno de páncreas. Cir Esp, 63:390-392; 1997.
12. Kyriakos M, Kempson RL Inflammatory fibrous histiocytoma. An aggressive and lethal lesion. Cancer 37: 158-16; 1976.
13. Pinson CW, Lopez RR, Ivancev K, Ireland K, Sawyers JL Resection of primary hepatic malignant fibrous histiocytoma, fibrosarcoma and leiomyosarcoma. South Med J, 87 384-391. (Medline); 1994.
14. Suárez MA, Navarro A, Santoyo J, Fernandez JI, Bondia JA, Mate A et al Tumores del mesenterio. Aportación de 10 casos. Cir Esp, 48: 92-97; 1990.
15. Harrison, Medicina Interna; Tomo II, 15 Edition. Ed Interamericana, México, 2004

Dra. Xiomara Estrada González

Teléfonos: 593-04-2514268; 095397960

Correo electrónico: xiomarye@yahoo.com

Fecha de presentación: 25 de noviembre de 2005

Fecha de publicación: 20 de abril de 2006

Traducido por: Dra. Janet J. Moreno E.