

## Fibroxiantoma atípico en un anciano

### Atypical fibroxanthoma in an elderly

Dr. Rafael Manuel Neyra Barros<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0001-8172-8199>

Dra. Iliana Guerra Macías<sup>2\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-9223-0609>

Dra. Magdalena Prieto García<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-2356-0233>

<sup>1</sup>Hospital Oncológico Provincial Docente Conrado Benítez, Universidad de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba, Cuba.

<sup>2</sup>Hospital Clínicoquirúrgico Docente Dr. Ambrosio Grillo Portuondo, Universidad de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba, Cuba.

\*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: [ileanagm@infomed.sld.cu](mailto:ileanagm@infomed.sld.cu)

#### RESUMEN

Se describe el caso clínico de un anciano de 72 años de edad, quien presentaba un tumor cutáneo dorsal maligno, por lo cual fue atendido de forma multidisciplinaria en 2 hospitales de la provincia de Santiago de Cuba. Dado el diagnóstico preoperatorio de epiteloma basocelular de piel se procedió a la extirpación del tumor de forma ambulatoria. El resultado del estudio anatomopatológico no confirmó dicho diagnóstico, pero sí corroboró que se trataba de un fibroxantoma atípico. Con los márgenes quirúrgicos de seguridad amplios se logró la curación del paciente.

**Palabras clave:** anciano; cáncer de piel; fibroxantoma atípico; epiteloma basocelular de piel.

## **ABSTRACT**

The case report of a 72 years old man who presented a dorsal cutaneous neoplasm is described, reason why he was assisted in a multidisciplinary way in 2 hospitals from Santiago de Cuba. Given the preoperative diagnosis of skin basal cell epithelioma the tumor was removed in an ambulatory way. The result of the pathologic study didn't confirm this diagnosis, but it corroborated that it was an atypical fibroxanthoma. With the wide surgical margins of security the patient's cure was achieved.

**Key words:** elderly; skin cancer; atypical fibroxanthoma; skin basal cell epithelioma.

Recibido: 21/01/2020

Aprobado: 18/03/2020

## **Introducción**

La piel es el órgano más grande del cuerpo humano y protege al organismo contra agresiones externas; sin embargo, es fuente de múltiples lesiones inflamatorias, infecciosas, mecánicas y térmicas, así como de tumores benignos y malignos.<sup>(1)</sup> El fibroxantoma atípico (FXA) es un tipo de cáncer de piel de presentación infrecuente e histogénesis incierta.<sup>(2)</sup>

También se puede decir que constituye una enfermedad médico-quirúrgica, que afecta a ambos sexos por igual, con mayor incidencia en personas blancas añosas y considerada de malignidad intermedia; asimismo, representa 0,2 % de los tumores cutáneos y habitualmente se manifiesta como un nódulo solitario de cabeza y cuello en la piel fotoexpuesta.<sup>(3)</sup>

El FXA, descrito en 1961 por Helwig, es un cáncer cutáneo no melanósico. Es un tumor mesenquimal de malignidad intermedia, considerado una variedad superficial del fibrohistiocitoma maligno, se origina en la dermis y clínicamente se presenta como una lesión cutánea exofítica o pápula rojo brillante, solitaria, asintomática, menor de 2

cm, friable, con tendencia a ulcerarse y localizada habitualmente en cabeza y cuello.<sup>(2,4,5)</sup>

Después de las consideraciones anteriores se expone el caso de un anciano con esta afectación, asistido en 2 hospitales de la provincia Santiago de Cuba con una recuperación excelente. La inusual presentación del FXA justificó la realización del presente estudio como un aporte más a la literatura científica en general.

## **Caso clínico**

Se describe el caso clínico de un anciano de 72 años de edad, con antecedentes de alcoholismo y tabaquismo de 30 años de evolución, asistido en la consulta de Cirugía General del Hospital Dr. Ambrosio Grillo Portuondo de Santiago de Cuba por presentar un tumor cutáneo dorsal desde hacía 7 meses y, a pesar de ser indoloro y no pruriginoso, notó que aumentaba progresivamente de tamaño, de manera que le resultaba desagradable desde el punto de vista estético.

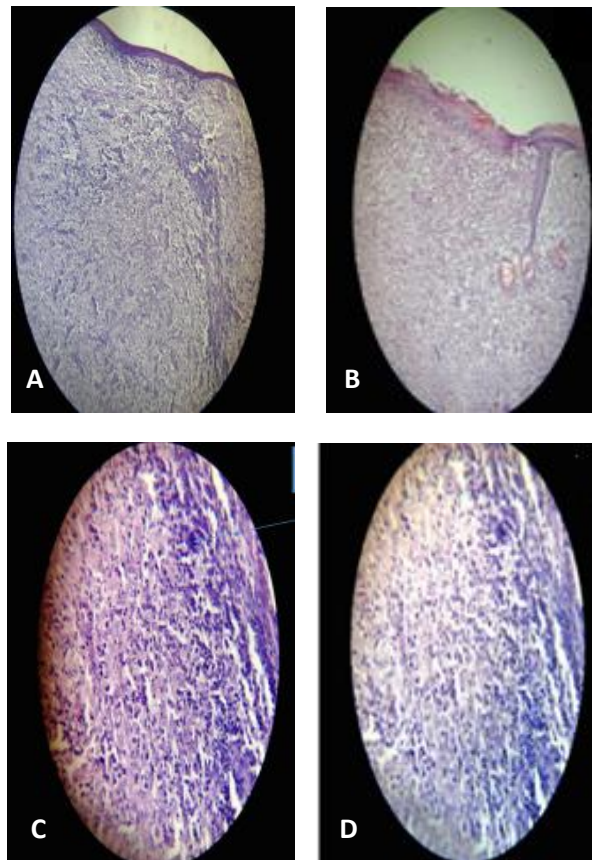
Al examen físico se constató estado nutricional deficiente, descuido de su aspecto personal y presencia de lesión cutánea exofítica, de aproximadamente 4 cm de diámetro, rojiza, movable, redondeada y bien delimitada, localizada en la región escapular derecha. Se decidió realizar la extirpación quirúrgica del tumor de forma ambulatoria.

## **Exámenes complementarios**

- Hemograma completo: hemoglobina: 100 g/L; hematócrito: 0,33 L/L; Leucocitos:  $7,2 \times 10^9/L$ ; neutrófilos: 14 %; linfocitos: 86 %; plaquetas:  $203 \times 10^9/L$
- Prueba serológica: no reactiva
- Prueba del VIH: negativa
- Glucemia: 3,1 mmol/L
- Velocidad de sedimentación globular: 69 mm/h
- Radiografía de tórax: imágenes normales
- Electrocardiograma: normal

La biopsia posoperatoria informó fibroxantoma atípico y en el Hospital Oncológico Conrado Benítez de esta ciudad se comprobó que se trataba de un fibroxantoma atípico de grado intermedio, variedad de células claras y con margen quirúrgico libre del tumor (Fig.).

Por todo lo anterior se envió el paciente a dicho centro asistencial para efectuar una valoración oncoespecífica. Su evolución fue favorable y se refiere, según el seguimiento por oncología, que hasta la fecha no ha evidenciado recidiva local.



**Fig.** A). Proliferación celular difusa en la dermis profunda, que rodea los anejos cutáneos; B) Proliferación de células fusiformes y abundantes células claras, con marcada neoformación vascular y ulceración de la epidermis; C) Presencia de numerosas células espumosas, claras, algunas de ellas gigantes, con atipicidad e hiperchromía nuclear; D) Marcada atipicidad de las células claras.

## Comentarios

El cáncer de piel es la forma más común de cáncer en los seres humanos y se clasifica en melanósico y no melanósico. El principal factor de riesgo para su aparición es la exposición a radiación ultravioleta solar e ionizante.<sup>(4)</sup>

Su causa aún se desconoce y debe diferenciarse de otras lesiones cutáneas como el granuloma piógeno, el epiteloma basocelular, el epiteloma espinocelular, el sarcoma de Kaposi, la hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia, el melanoma amelanótico, el merkeloma y el fibrohistiocitoma maligno, con quien comparte patrones histológicos e inmunohistoquímicos similares, pero este último es más complicado y de peor pronóstico.

El diagnóstico histológico es muy difícil y se realiza por exclusión, basado en criterios específicos, por ejemplo: tumor compuesto por células fusiformes, epitelioides, espumosas y gigantes, que suele presentar también atipia. Estas células pueden adoptar diferentes patrones en función del tipo de celularidad, el más frecuente es el que mezcla células fusiformes y epitelioides, seguido de una variante en la que predominan exclusivamente las fusiformes o las epitelioides; igualmente, existe otro en el cual las células suelen ser muy espumosas, claras, con citoplasma granular, denominado *xantoma like*, que fue el patrón encontrado en este anciano. Por otra parte, los marcadores inmunohistoquímicos demuestran positividad para CD10, CD99, CD68, alfa1 antitripsina, alfa1 antiqumiotripsina y antígeno relacionado con macrófagos, que son negativos para las citoqueratinas, la proteína S100, HMB45, la actina y la desmina.<sup>(6,7)</sup> En este paciente no fue necesario la confirmación por técnica de inmunohistoquímica porque presentó características histológicas típicas.

La complejidad de la piel y el tejido celular subcutáneo es la razón por la que precisa de la atención de diversas disciplinas para lograr un tratamiento completo en el afectado. El tratamiento de elección es la intervención quirúrgica temprana, con extirpación completa del tumor, márgenes laterales de 2 cm y resección hasta el plano fascial,<sup>(8,9,10)</sup> como se realizó en este anciano. De existir evidencias de invasión muscular o de aponeurosis, debe ser tratado como si fuera un tumor profundo, con excisión completa hasta el músculo subyacente.

Cabe agregar que en tumores que afectan la cabeza y el cuello se prefiere la cirugía micrográfica de Mohs o la cirugía controlada al microscopio, por ser conservadoras de tejido. Los márgenes quirúrgicos afectados se asocian con mayor riesgo de recidiva (7-10 % de los casos) durante los primeros 24 meses tras la extirpación y de metástasis a ganglios linfáticos regionales, parótida y pulmón (0,95 %).<sup>(8-10)</sup> La radioterapia a dosis de 60-65 G está reservada para lesiones irresecables o insuficientemente resecaadas.

Las cifras mundiales de cáncer de piel van en aumento cada día y aunque el FXA no constituye un problema de salud debido a su baja incidencia y prevalencia entre las variantes no melanósicas, así como por su pronóstico excelente, se hace necesario que dermatólogos, cirujanos y oncólogos se empoderen acerca de esta entidad clínica, pues el caso en cuestión no cumple las características habituales de tamaño y localización como refiere en la literatura, unido a la certeza diagnóstica histológica lograda sin estudio inmunohistoquímico; también se reveló la utilidad de la exéresis amplia en extensión y profundidad de las lesiones cutáneas sugestivas de malignidad.

## Referencias bibliográficas

1. Khan SA, Bank J, David H. Song DH, Eugene A. Choi EA. Cap. 16. La piel y el tejido subcutáneo. En: Schwartz. Principios de Cirugía. 10ed. New York: The McGraw-Hill Companies; 2015. p. 486-93.
2. Helwig EB. Atypical fibroxanthoma. Proceedings of the 18th annual tumor seminar of San Antonio Society of Pathologists, 1961. Tex State J Med. 1963; 59:664-7.
3. Fisher JC, Jones M, Hurd DS. Atypical fibroxanthoma: a case report and literature. Review. 2013 [citado 03/01/2020]. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/0b03/02a2c68ffee15ad7da8331d0eb9eb2200529.pdf>

4. Pesapane F, Nazzaro G, Lunardon L, Coggi A. Two friends with eroded nodules on the ears: atypical fibroxanthoma case report. *An Bras Dermatol*. 2015 [citado 03/01/2020];90(4):577-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4560551/>
5. Nguyen CM, Chong K, Cassarino DS. Clear cell atypical fibroxanthoma: a case report and review of the literature. *J Cutaneous Pathol*. 2016 [citado 03/01/2020];43(6). Disponible en: <https://www.infona.pl/resource/bwmeta1.element.wiley-cup-v-43-i-6-cup12696>
6. Calvo Archanco I, Castillo Pardo de Verda JL del, Losa Muñoz PM. Fibroxantoma atípico. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac*. 2017 [citado 03/01/2020];39(4):245-52 Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-05582017000400250](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582017000400250)
7. Mentzel T, Requena L, Brenn T. Atypical fibroxanthoma revisited. *Surg Pathol Clin*. 2017 [citado 03/01/2020];10(2):319-35. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S187591811730020X>
8. Polcz M, Sebaratnam DF, Fernández-Peñas P. Atypical fibroxanthoma management: recurrence, metastasis and disease-specific death. *Australasian J Dermatol*. 2017; 59(1):10-25.
9. Sarac E, Yuksel M, Turkmen IC, Ozdemir M. Case for diagnosis. Atypical fibroxanthoma. *An Bras Dermatol*. 2019 [citado 03/01/2020];94(2). Disponible en: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0365-05962019000200239&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0365-05962019000200239&script=sci_arttext)
10. Jara N, Solé S. Fibroxantoma atípico. Caso clínico. *Rev Méd Chile*. 2019 [citado 03/01/2020];147 (10). Disponible en: <https://iram.cl/publicaciones/0717-6163-rmc-147-10-1346.pdf>

### **Conflicto de intereses**

No existió conflicto alguno entre los autores. Todos están de acuerdo con el orden de autoría.

### **Contribución de autoría**

Dr. Rafael Manuel Neyra Barros: Definió el tema de la investigación. Recolección, desarrollo y organización de la información; elaboración del diseño metodológico y aprobación del informe final.

Dra. Iliana Guerra Macías: Elaboración del diseño metodológico; redacción y aprobación del informe final.

Dra. Magdalena Prieto García: Búsqueda bibliográfica sobre el tema en bases de datos biomédicas; redacción del manuscrito; organización y acotación de las referencias por las Normas de Vancouver y aprobación del informe final.



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).