



Fig. 1. Tumor ulcerado subclavicular izquierdo al ingreso de la paciente.

como un nódulo o placa indurada de lento crecimiento. Es una enfermedad con un alto índice de recurrencia local, aunque las metástasis a distancia son raras. Inmunohistoquímicamente, se caracteriza por positividad a la vimentina y al CD 34².

En la variante fibrosarcomatosa del DFSP la influencia pronóstica del componente fibrosarcomatoso todavía no ha sido aclarada.

Mujer de 59 años, remitida para valoración quirúrgica de tumor subclavicular izquierdo. Antecedentes personales: colecistectomizada por laparotomía media. Enfermedad actual: tumor de un año de evolución con aumento importante en las últimas semanas, acompañado de cuadro constitucional. Exploración física: tumor ulcerado en región anterior torácica izquierda, hipervascularizado (fig. 1). Sin adenopatías locoregionales. En la analítica de ingreso destaca una hemoglobina de 5,8 g/dl. TC-RM torácicas: se objetiva la presencia de una masa sobre el pectoral mayor izquierdo y la clavícula, que condiciona una hiperostosis de la misma de 22-25

15 cm en contacto con el deltoides y el esternón. Biopsia por tru-cut leiomioma de bajo grado. Gammagrafía ósea: descarta afección de partes óseas. Tratamiento quirúrgico: resección de tumoración dejando un amplio defecto de la pared torácica de 30-40 cm, con márgenes sanos, donde no se apreció ninguna infiltración del pectoral menor ni la clavícula o los arcos costales. Tras la resección se procedió a la reconstrucción del defecto mediante un colgajo de músculo dorsal ancho pediculado homolateral. En el postoperatorio se apreció sufrimiento y necrosis del colgajo muscular por congestión venosa, por lo que se realizó un desbridamiento y el tallado de colgajos fasciocutáneos del hombro y toracoepigástrico. Posteriormente, se realizó una trasposición del colgajo del hombro para la cobertura de la porción posterosuperior del defecto, con injertos laminares obtenidos del muslo sobre el resto del defecto torácico y la zona donante del hombro.

La variante fibrosarcomatosa de DFSP es una lesión de muy rara presentación, con medio centenar de casos publicados en la bibliografía³.

Desde un punto de vista inmunohistoquímico, el DFSP se caracteriza por una intensa positividad frente al CD34. Sin embargo, en los tumores con diferenciación fibrosarcomatosa tienden a perder la positividad frente al marcador reseñado⁴. En el caso que presentamos el tumor presentaba dos áreas de diferenciación: una zona de bajo grado de malignidad, con intensa positividad frente al CD34 y la vimentina, y otras zonas de alto grado de malignidad, con negatividad frente al marcador CD34.

Algunos autores consideran los cambios fibrosarcomatosos en el DSFP como una progresión de la enfermedad⁵. Así, el 13% de estos pacientes llegan a desarrollar metástasis a lo largo de su evolución.



Tratamiento quirúrgico de la variante fibrosarcomatosa de un dermatofibrosarcoma *protuberans* gigante de pared torácica

Sr. Director: El dermatofibroma protuberans (DFSP) es una neoplasia relativamente rara, de bajo crecimiento y de malignidad intermedia. El tumor aparece con mayor frecuencia en el tronco o las extremidades¹

CARTAS AL DIRECTOR

Los cambios fibrosarcomatosos representan, pues, una progresión de la enfermedad, asociada a un peor pronóstico. Por ello, debe emplearse un tratamiento quirúrgico agresivo con amplia resección por márgenes sanos con posterior reparación del defecto causado con colgajos. Ésta es una técnica de utilidad para obtener el control de la enfermedad. La asociación de tratamientos adyuvantes con quimio o radioterapia debe ser valorada individualmente según los resultados de la cirugía. En el caso que comentamos, no se administró tratamiento adyuvante.

Un estricto seguimiento de esta enfermedad es recomendado para el diagnóstico precoz de las recidivas⁶.

J.M. Galbis, J.J. Mafé y J.M. Rodríguez

Servicio de Cirugía Torácica. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.

1. Suster S, Nascimento AG, Miettinen M, Sickel JZ, Moran CA. Solitary fibrous tumor of soft tissue, a clinicopathologic and immunohistochemical study of 12 cases. *Am J Surg Pathol* 1995;19:1257-66.
2. Kutzner H. Expression of the human progenitor cell antigen (CD34 (HPCA-1) distinguishes dermatofibrosarcoma protuberans from fibrous histiocytoma in formalin-fixed, paraffin-embedded tissue. *J Am Acad Dermatol* 1993;28:613-7.
3. Mentzel T, Beham A, Katenkamp D, Dei Tos A, Fletcher C. Fibrosarcomatous ("High-Grade") dermatofibrosarcoma protuberans. Clinicopathologic and immunohistochemical study of a series of 41 cases with emphasis on prognostic significance. *Am J Surg Pathol* 1998;22:576-87.
4. Connelly JH, Evans HL. Dermatofibrosarcoma protuberans. A clinicopathologic review with emphasis on fibrosarcomatous areas. *Am J Surg Pathol* 1992;16:921-5.
5. Flugstad DL, Wilke CP, McNutt MA, Welk RA, Hart MJ, McQuinn WC. Importance of surgical resection in the successful management of soft tissue sarcoma. *Arch Surg* 1999;134:856-61.
6. Fischer S, De Perrot M, Sekine Y, Keshavjee S. Long-term survival after multiple resections of a fibrosarcoma involving the lung and chest wall. *Eur J Cardio-thorac Surg* 2001;20:421-3.