

## SEUDO – SARCOMA DERMICO

*Dr. Luis A. Torres de la Llosa \**

### **I. – INTRODUCCION**

En los últimos 10 años varios autores se han ocupado de un tumor conjuntivo cuya peculiaridad consiste en una llamativa discordancia entre una microscopía francamente maligna y un comportamiento clínico fácilmente controlable con las conductas quirúrgicas apropiadas para los tumores benignos.

Desde las primeras observaciones de Krause y col. (2) referidas por Lund (1) (1962) hasta las más recientes de Montero Casinelli y Falconi (8) (1969) se han publicado 55 casos bajo diversas denominaciones más o menos adecuadas que, en su conjunto, adjetivan al tumor de referencia.

Recordemos la designación de Fibroxantoma atípica nombre primero dado por Lund (1962) haciendo referencia a la xantomización, a veces observable, presente en la que sería la observación princeps. Otros casos fueron titulados: Fibrosarcoma paradójal de la piel (Pseudo sarcoma) de Bourne (3) (1963) Dermatofibroma sarcomatoso de Levan (4) (1963), Reticulo-sarcoma pseudo sarcomatoso de Gordon (5) (1964) y Seudosarcoma dérmico de Montero y Casinelli, (8) (1969) que parecería muy apropiada, y fibroma pseudosarcomatoso de Lever.

### **II. – CARACTERES GENERALES DEL TUMOR:**

#### **Casuística general.**

De acuerdo con el análisis de la casuística general (70 observaciones) se podría re-

sumir como sigue el cuadro diagnóstico del Seudo sarcoma dérmico.

Afección que se presenta en personas de edad avanzada, del sexo masculino, localizándose en la cara o el cuello con preferencia en quienes desempeñan tareas al aire libre.

La lesión es única manifestándose bajo diversos aspectos clínicos que Abulafia y Grinspan (7) agrupan en 4 categorías: 1) Angiomatoide. 2) Botriomicoide. 3) Epiteliomatoide. 4) Sarcomatoide. Como carácter clínico general puede resumirse su condición protuberante, a veces ulcerada, su localización dérmica y su evolución rápida: en 4 meses suele adquirir un diámetro de 1 cm.

Histologicamente se singulariza por constituir una proliferación conjuntiva circunscrita, aunque no encapsulada, localizada fundamentalmente en la dermis reticular constituida por células de un marcado atipismo. Es característico el polimorfismo con poiquilo anisocarinosis nucleos monstruosos, "Stembergoides", a veces células gigantes multinucleadas de nucleos grandes o pequeños. Mito-sis típicas y atípicas numerosas completan esta atmósfera celular francamente sarcomatosa.

Los citoplasmas son a veces vacuolados con presencia de lípidos.

En la periferia del tumor, que raramente invade los planos profundos se advierte una reacción linfocitaria en focos.

Los anexos son englobados sin ser destruidos por el tumor.

Los vasos son en general poco numerosos aunque se han descrito imágenes Kaposianas, con zonas angiomatoides con hemorragias y hemosiderosis.

\* Trabajo de la Clínica Dermatológica del SS.FF.AA.

La etiología es discutida. Esta polémica constituye uno de los puntos de interés del Seudosarcoma dérmico.

Para algunos representa una reacción normal frente a noxas mecánicas actínicas o radiantes. Este punto de vista esta sustentado por el surgimiento del tumor en cicatrices de quemaduras, radiodermatitis o en partes con prolongada exposición al sol.

La hipótesis más aceptable, sin negar la importancia condicionante de los factores antedichos, es la tumoral. Así parecen demostrarlo las recidivas (10% de la casuística) o la generalización (4% de los casos) denunciados hasta el presente. (Abulafia) (7).

Podría considerarse como un Sarcoma de baja malignidad.

El tratamiento aconsejado es la extirpación quirúrgica, suficiente, sin exagerar el margen de seguridad, considerándose innecesario el vaciamiento ganglionar regional.

La sobrevida de 5 años sería el plazo de garantía de curación absoluto. Las muertes indicadas en dos observaciones de la casuística estudiada ocurrieron al año y a los tres años respectivamente.

### III.— OBSERVACION PERSONAL.

J.G., sexo masculino, 60 años.

Motivo de la consulta: Tumor de mejilla izquierda.

Des. de Dermatitis: Lesión protuberante hemisférica, insinuando una bilobulación, de 8 mm. de diámetro por 7 mm. de altura.

Superficie lisa, rosado amarillenta, brillante. Su aspecto sugiere un carácter quístico.

Consistencia renitente.

Subjetivamente asintomático.

Evoluciona en forma progresiva desde hace 4 meses hasta el momento actual.

No tiene adenopatías regionales.

Resto del exámen dérmico. Queratosis del mentón.

Antecedentes personales: S/P.

Antecedentes familiares: S/P.

Resto del exámen clínico: S/P.

Estudio paraclínico: Biopsia 680 pieza operatoria.

Estudio histopatológico:

Epidermis: adelgazada con borramiento de los prolongamientos interpapilares.

Dermis: El proceso ocupa todo su espesor. Neoformación celular de tipo conjuntivo histiofibroblástico. En la parte superficial las células son alargadas de aspecto fibromatoso. Más profundamente se advierte un gran polimorfismo nuclear con gigantismo. Diagnóstico Histológico Seudo Sarcoma (Fibroxioma atípico).

Los caracteres anotados en la presente Historia clínica permiten asegurar el diagnóstico de "Seudo sarcoma dérmico".

El Diagnóstico diferencial es con otros tumores de la línea conjuntiva.

El Seudosarcoma dérmico junto con el Dermatofibroma de Darier-Ferrand y la Fasciitis nodular forma un grupo de lesiones tumorales de malignidad discutible.

El Dermatófibrosarcoma de Darier Ferrand tiene una progresión lenta y su histología no presenta los marcados atipismos del seudosarcoma.

La Fasciitis Nodular es de localización inicial profunda, su crecimiento, que puede ser rápido, y el dolor le dan un cariz inflamatorio. Histologicamente muestra células multinucleadas pero no atipismos.

El Sarcoma verdadero comienza en la profundidad, en oposición al Seudosarcoma que lo hace en la dermis reticular. Su actividad metastasiante es más precoz.

Los Angiosarcomas (Kaposi, Hemangioendotelioma y Pericitona) presentan una riqueza vascular y otros aspectos microscópicos que los particulariza.

El Melanoma Juvenil amelanico puede ofrecer imágenes que recuerden al Seudosarcoma pero sus vasos y la actividad Juntional permiten el diagnóstico.

El Reticulohistiocitoma muestra una gran riqueza de células multinucleadas pero sin atipismos y en un ambiente inflamatorio.

## CONSIDERACIONES

En presencia de un tumor cuya característica más peculiar es la discordancia clínico-histológica, cabe la interrogante: que valor tienen el crecimiento rápido y las gruesas atípías que muestra la histología? Como ya lo han planteado otros autores: es una hiperplasia reactiva o un Sarcoma verdadero?

Las recidivas observadas en algunos pacientes de la casuística así como los pocos reales casos de metástasis, obligan a considerarlo como un verdadero Sarcoma con tendencia tardía a la metástasis.

Su crecimiento rápido, su carácter fácilmente apreciable gracias a su localización superficial y en las partes expuestas, obliga al paciente a la consulta precoz. Su extirpación consecuente ha evitado posiblemente el cumplimiento de la etapa metastasiante quizás más tardía.

Parecería pues que el Seudosarcoma dérmico puede ser considerado como un Sarcoma de baja malignidad. Su extirpación, aunque obligatoria no exigiría grandes mutilaciones ni vaciamientos ganglionares.

Estas consideraciones constituyen todo el interés práctico que presenta el conocimiento de esta entidad: evitar las inútiles mutilaciones sugeridas por su malignidad histológica.

## RESUMEN

Observación de un Seudosarcoma dérmico y referencias a la casuística general.

Se advierte sobre la suficiencia del tratamiento quirúrgico conservador de este tumor que es considerado un Sarcoma de baja malignidad.

## RESUME

Observation d'un pseudosarcome dérmique et référence à la casuistique générale.

On remarque sur la suffisance du traitement chirurgicale conservateur de ce tumeur qui est considéré un sarcome à malignité réduite.

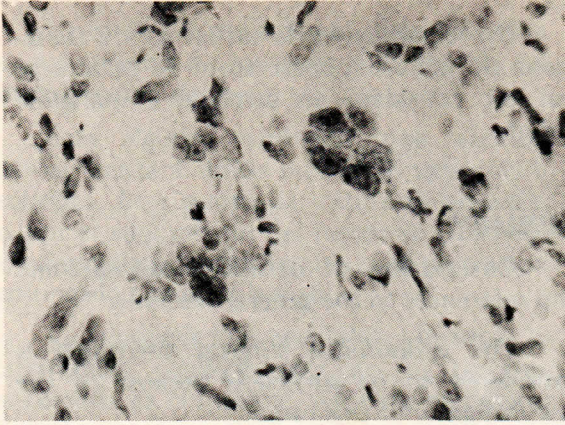
## SUMMARY

Observation of dermic Pseudosarcome and references to the general casuistic.

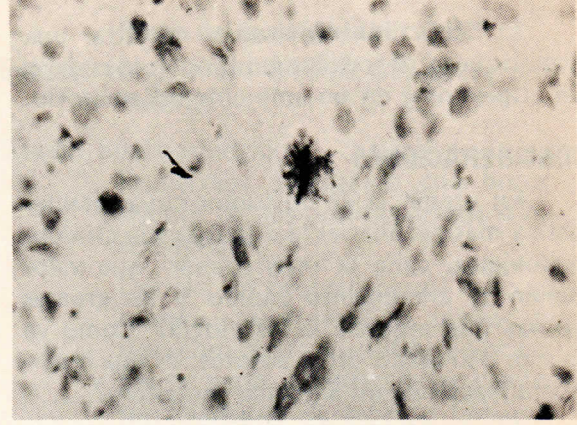
The economical surgical treatment is considered to be sufficient because of the low malignity of this tumor.

## BIBLIOGRAFIA

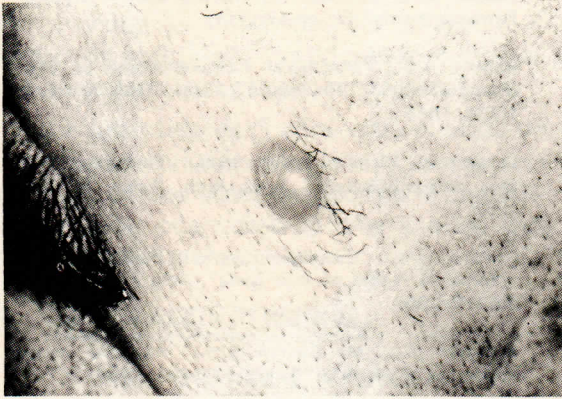
- 1.- **Lund H.Z., Kraus J.M.:** "Melanotic tumors of the Skin" Armed Forces Institute of Path., sect. I fasc. 3 pág. 58 Wash. 1962.
- 2.- **Krause R.H., Shuman R., Hellwig E.B.:** "Atypical Fibroxanthoma" Cit. en Lund (1).
- 3.- **Bourne R.G.:** Paradoxical Fibroxanthoma of Skin (Pseudosarcoma) "Review of 13 cases" M.J. Australia 1:504, 1963.
- 4.- **Levan N.E., Hirsh P., Kwong M.Q.:** "Pseudosarcomatous dermatofibroma" *Ama Arch. Derm.* 88:908; 1963.
- 5.- **Gordon H.W.:** "Pseudosarcomatous Reticulohistocytoma. A report of four cases". *Ama Arch., Derm.* 90:319; 1964.
- 6.- **Kempson R.L. Mc Gavran M.H.:** "Atypical fibroxanthoma of the skin" *Cancer* 17:1493; 1964.
- 7.- **Abulafia J., Grinspan, D., Casala A.:** "Fibroxantoma atípico" *Arch. Arg. Dermat.* 18:71-89; 1969.
- 8.- **Montero E.D., Casinelli J.F., Falconi M.L.:** "Seudosarcoma dérmico" *Medic. Cutan.* 4:25-32; 1969.
- 9.- **Lever W.:** *Histopathology of the Skin* "Fibrome Pseudosarcomatose" Masson Ed. París 1969.



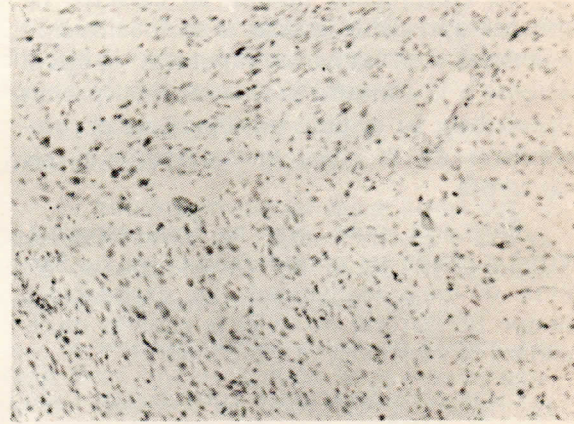
Gigantismos y anomalías nucleares



Poiquilo y anisocarinosis. Mitosis



Aspecto Clínico del tumor



Pleomorfismo celular de la proliferación dérmica