

Tumor fibroso solitario pleural y extrapleural: Hallazgos Imagenológicos

Pedro FRONTONI, Enzo Emanuel CASALI, Benito ESCALANTE, Cecilia CARRERA, Andrés ZANFARDINI

Servicio de Diagnóstico por Imágenes
Hospital Alemán - Buenos Aires, Argentina
pfrontoni@hospitalaleman.com

Conflictos de intereses: Ninguno para declarar.

Objetivos de aprendizaje

- Resumir brevemente los aspectos más importantes en relación a la fisiopatología y clínica de los tumores fibrosos solitarios pleurales (TFSP) y extrapleurales (TFSE).
- Describir las características del TFSP y TFSE en las diferentes modalidades imagenológicas y exponer los diferentes hallazgos que nos orientan y ayudan a sugerir dicha patología como posible diagnóstico.
- Exhibir casos clínicos de nuestra institución.

Revisión del tema

Introducción

El **tumor fibroso solitario (TFS)** es una neoplasia de origen mesenquimático, presenta una incidencia muy baja (0.1/100.000 habitantes/año) y una alta tasa de subdiagnóstico. La OMS lo incluye dentro del subgrupo “tumores fibroblásticos/miofibroblásticos” con un comportamiento de malignidad intermedio. Solo un 10-15% suelen presentar malignización.

Revisión del tema

Clínica y patología

Estos tumores pueden desarrollarse en cualquier parte del cuerpo, siendo la pleural (TFSP) la presentación más característica y la extrapleural (TFSE) la más frecuente, localizándose principalmente en el tejido celular subcutáneo de miembros inferiores y retroperitoneo.

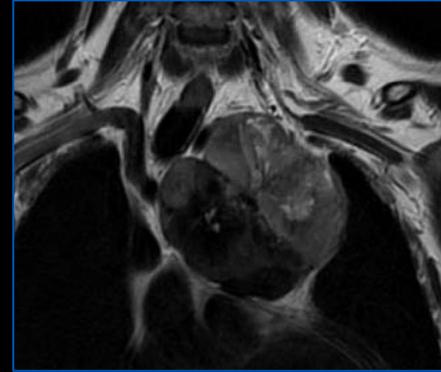
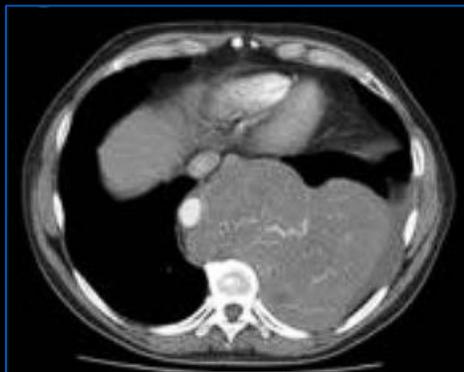
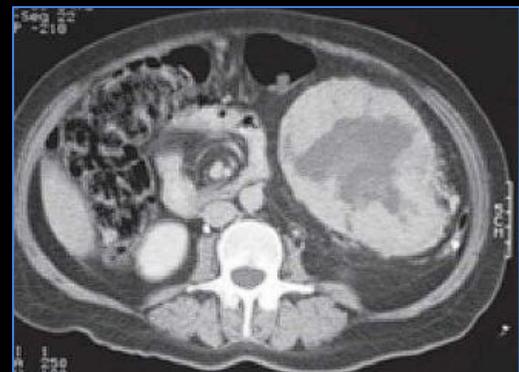
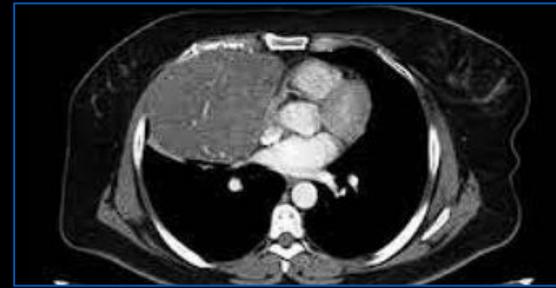
La prevalencia es igual para ambos sexos, con mayor incidencia entre los 20 y 70 años.

Suelen ser hallazgos incidentales debido a que son silentes o generan síntomas inespecíficos en forma tardía por compresión o invasión de un órgano vecino. Sólo un 5% de los casos debutan con hipoglucemia por producción anormal del factor de crecimiento similar insulina (*síndrome de Doege-Potter*).

Hallazgos Imagenológicos

Masa sólida bien definida

- * Crecimiento expansivo invadiendo estructuras vecinas.
- * Densidad de partes blandas o señal hipo-isointensa en T1.
- * Áreas de degeneración mixoide, necrótica y/o calcificaciones.
- * Realce heterogéneo/hipervascular.
- * Marcada vascularización a su alrededor con pedículo vascular.



Tumor fibroso solitario extrapleural

Paciente masculino de 50 años cursando cuadro clínico de otitis media aguda que no responde al tratamiento médico, por lo cual se realiza TC de oído.

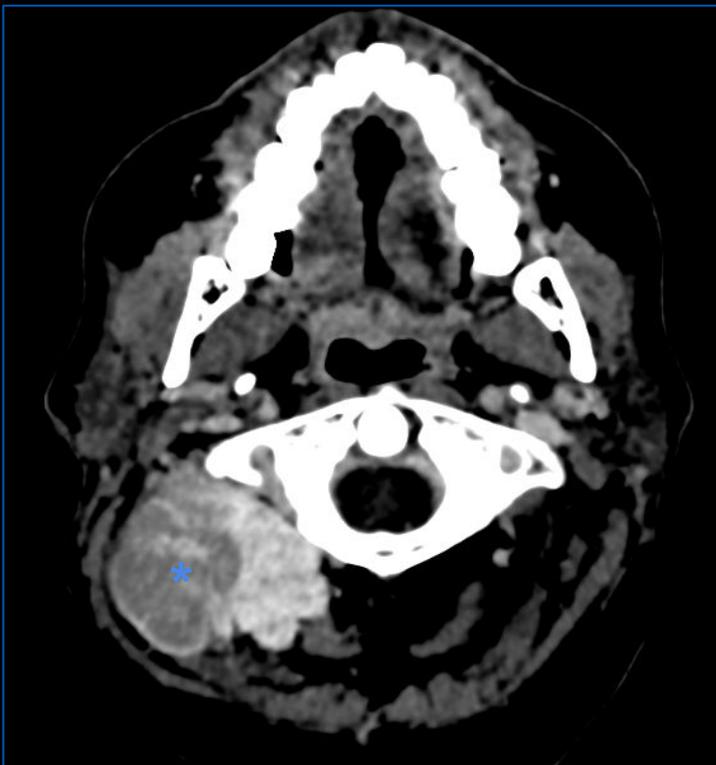


Figura 1



Figura 2



Figura 3

TC de cuello con contraste endovenoso. Proceso neoforativo hipervascularizado (asterisco) de la región temporooccipital posterolateral derecha con compromiso osteolítico de base de cráneo (flecha) y aparente proyección hacia fosa posterior.

Anatomía patológica: Neoplasia indiferenciada fusocelular.

Inmunopatología con hallazgos vinculables a tumor fibroso solitario extrapleural.

Tumor fibroso solitario extrapleural

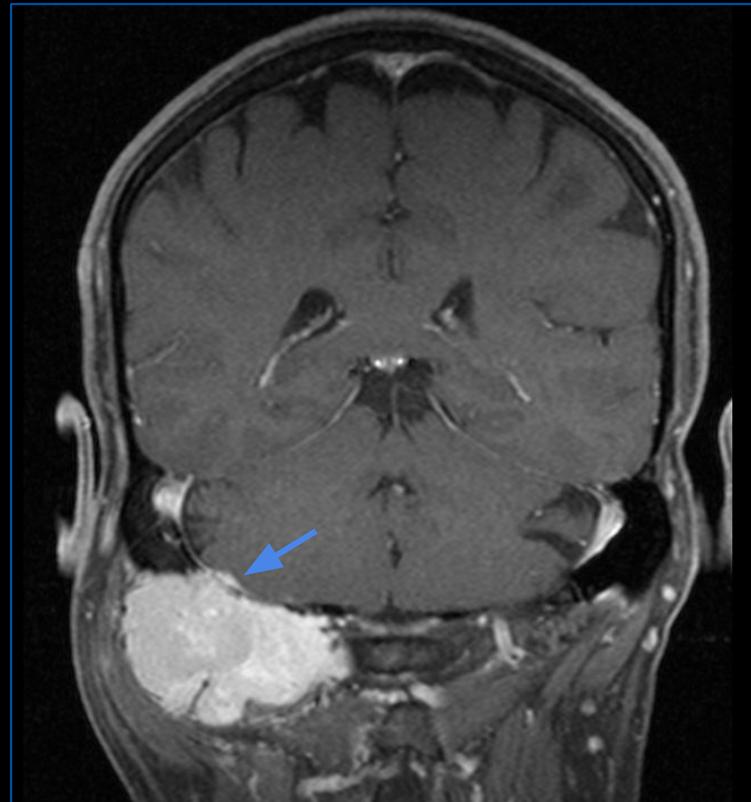


Figura 1

Coronal T1 con gadolinio

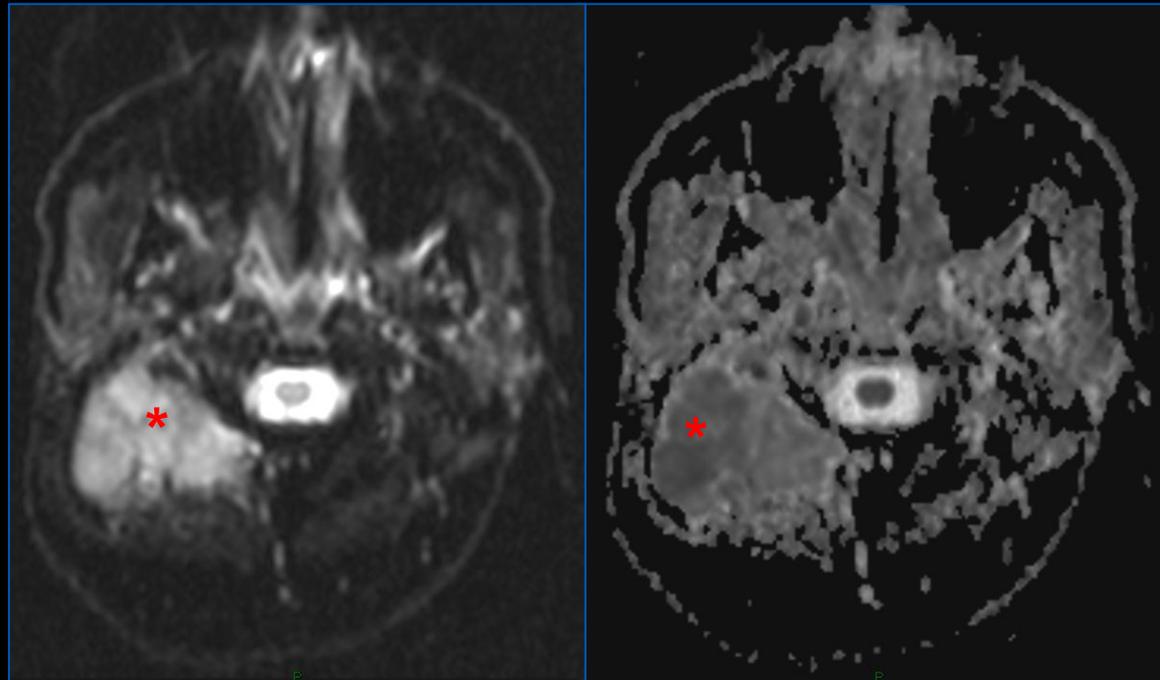


Figura 2

DWI / ADC

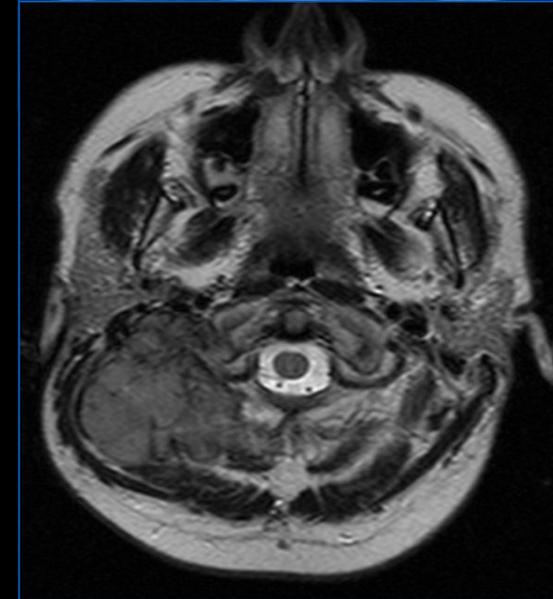
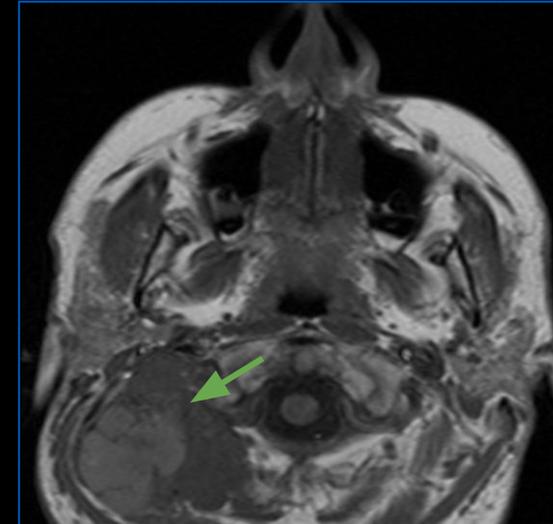


Figura 3

Axial T1 y T2

RM de cuello con gadolinio. Formación tumoral suboccipital derecha restrictiva (asterisco). Se extiende sobre el hueso occipital produciendo erosión del contorno del mismo y del sector inferior externo del foramen yugular. Presenta una zona polilobulada hiperintensa en secuencia T1 en relación con contenido proteico o hemático (flecha verde). Muestra un refuerzo intenso post-gadolinio y refuerzo meníngeo (flecha azul).

Tumor fibroso solitario pleural

Paciente masculino de 61 años con recaída del tumor fibroso solitario pleural resecado en 2013

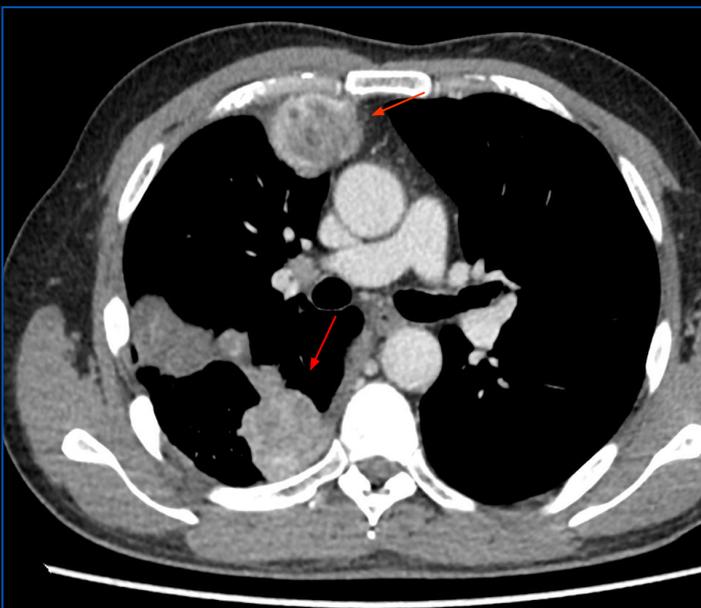


Figura 1

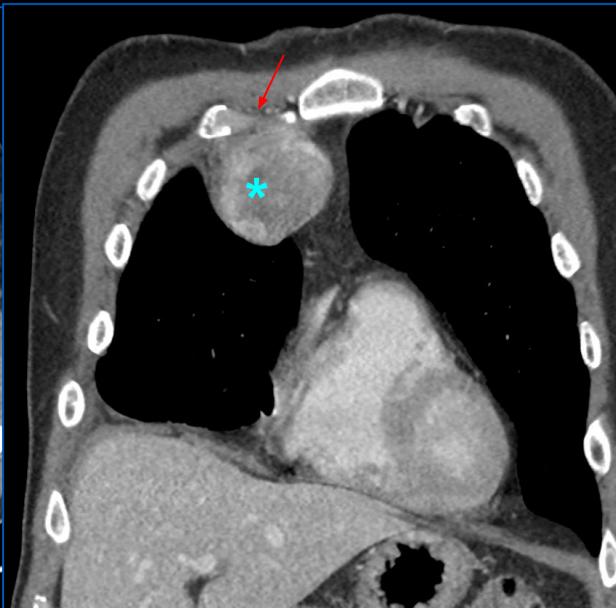


Figura 2



Figura 3



Figura 4

TC de tórax con contraste. Múltiples masas pulmonares derechas de comportamiento expansivo y bordes bien delimitados, las cuales presentan realce heterogéneo/hipervascular (asterísco) e importante base pleural (flechas rojas).

Anatomía patológica: Hallazgos histológicos vinculables a tumor fibroso solitario con parámetros histológicos de alto riesgo. Inmunopatología: Fenotipo correspondiente a tumor fibroso solitario.

Tumor fibroso solitario pleural

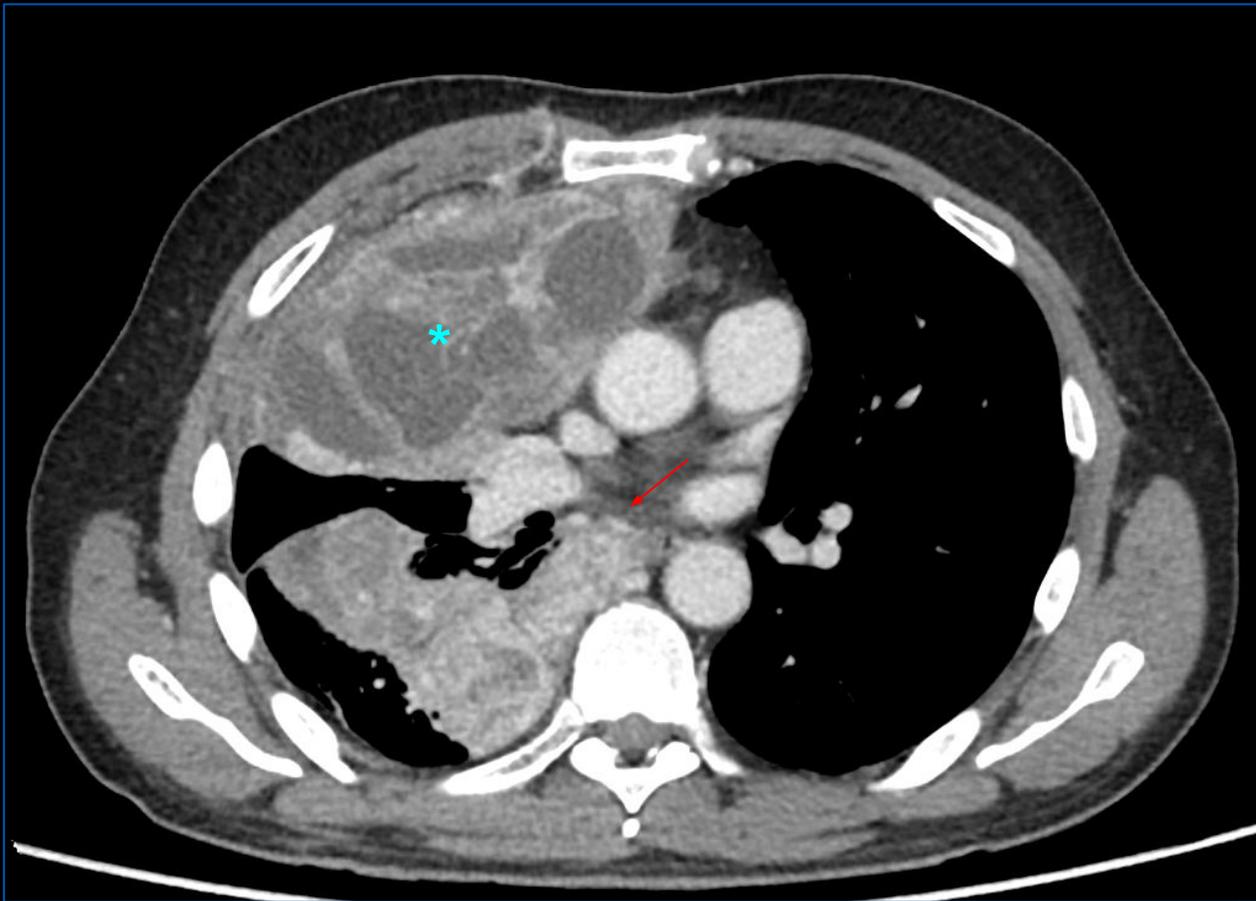


Figura 1

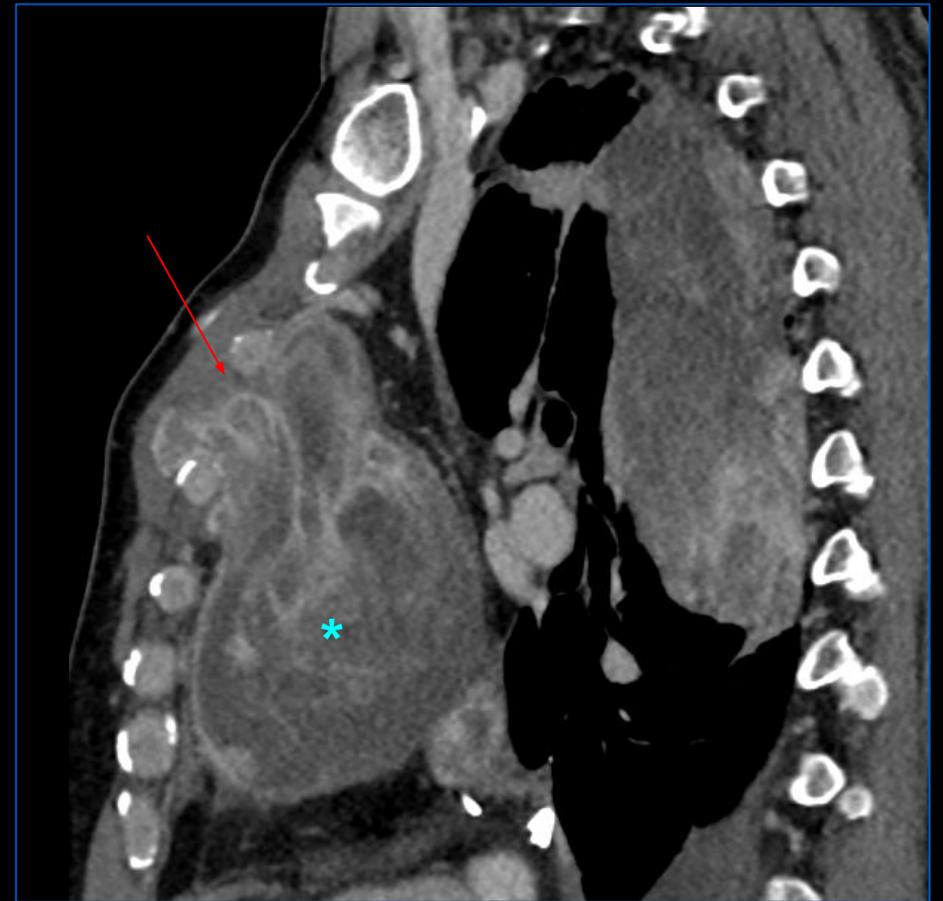


Figura 2

TC de tórax del mismo paciente, donde se observa marcada progresión de enfermedad expresada por aumento de tamaño y heterogeneidad de las lesiones (asterisco), las cuales presentan comportamiento invasivo y compromiso óseo (flechas rojas).

Tumor fibroso solitario pleural

Paciente femenino de 85 años, tabaquista 70 pack/year, que consulta por disnea CF III de 2 meses de evolución.



Figura 1

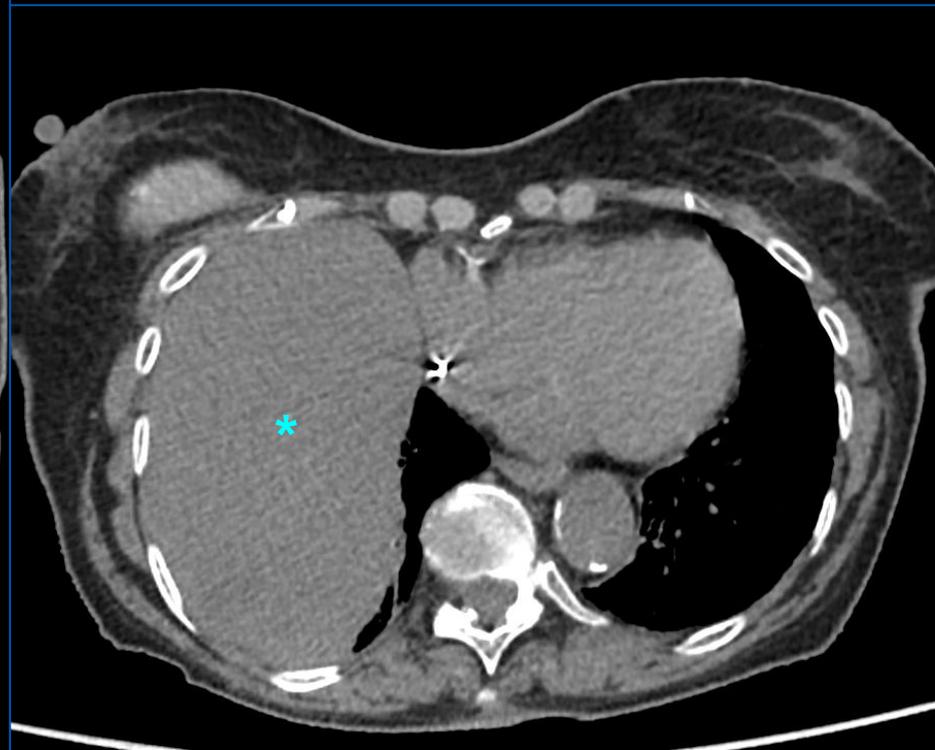


Figura 2

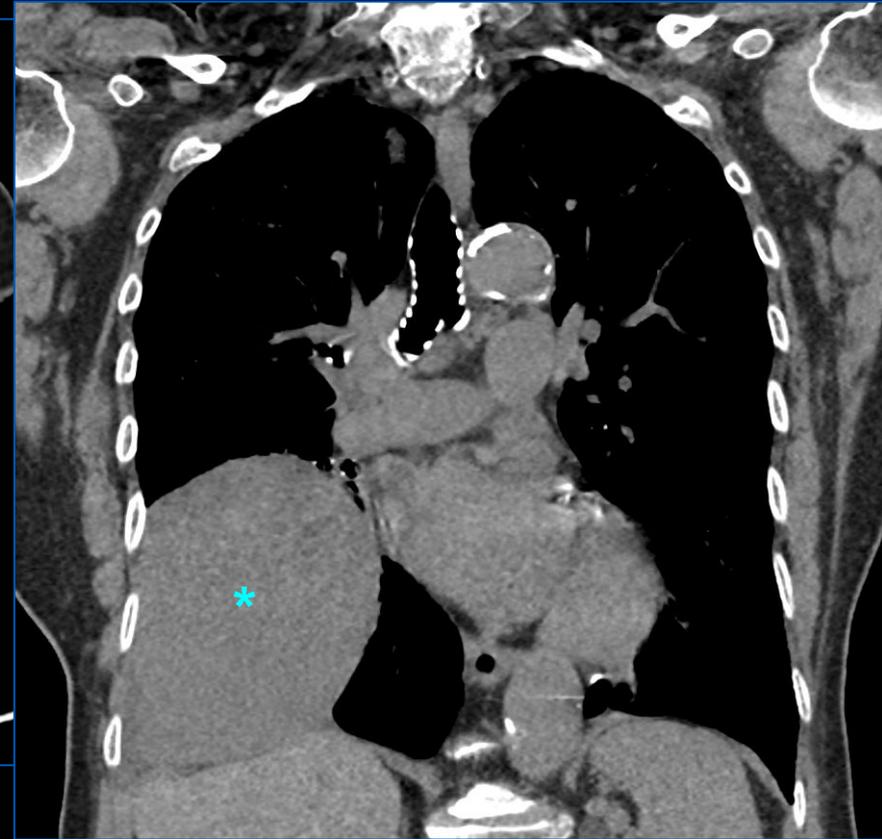


Figura 3

TC de tórax sin contraste endovenoso. Se observa voluminosa masa en base pulmonar derecha (asterisco), de aspecto sólido, comportamiento expansivo, bordes bien definidos y tenues áreas hipodensas en su interior de aspecto quístico/necrótico.

Tumor fibroso solitario pleural

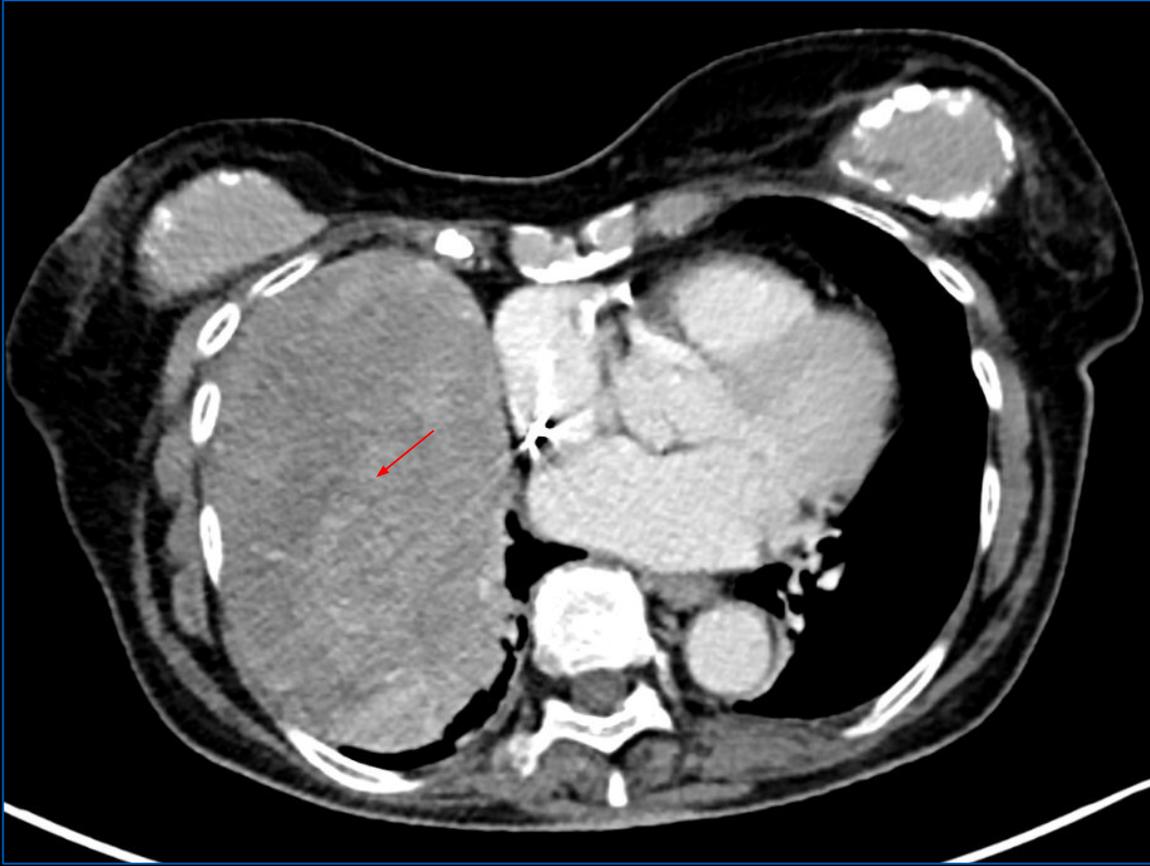


Figura 1

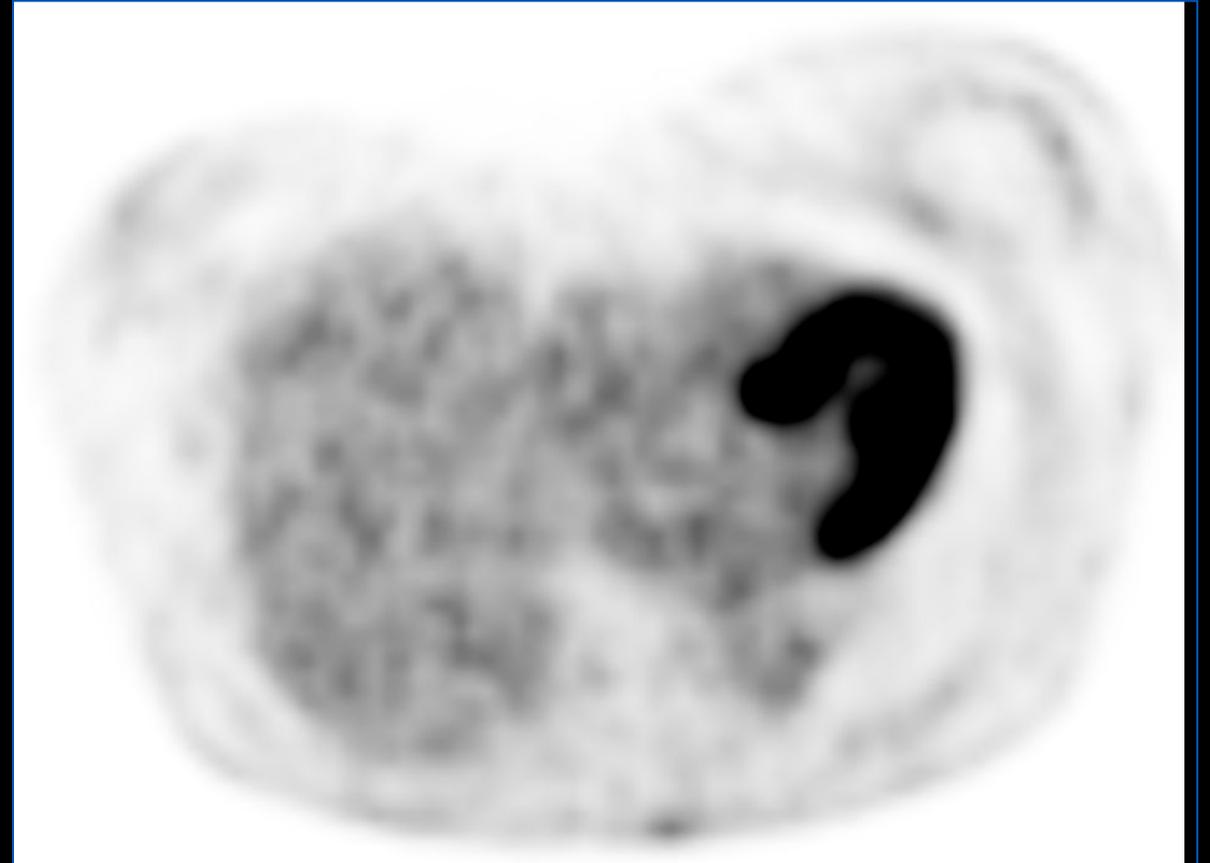


Figura 2

PET-TC. Se observa masa heterogénea en base pulmonar derecha con realce (flecha) y sutil acentuación metabólica, hallazgos que sugieren patología neoformativa de bajo grado.

Anatomía patológica: Lesión fusocelular de bajo grado a caracterizar con inmunomarcación.

Inmunopatología: Hallazgos vinculables a tumor fibroso solitario de bajo riesgo.

Tumor fibroso solitario extrapleuraral

Paciente femenino de 61 años que consulta por tumoración palpable en región parotídea izquierda.

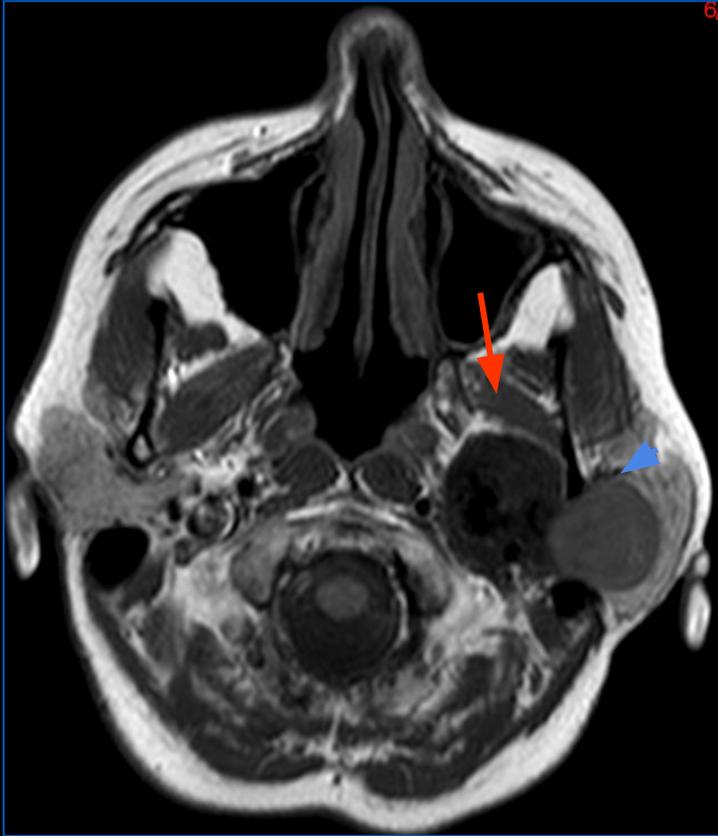


Figura 1

Axial T1

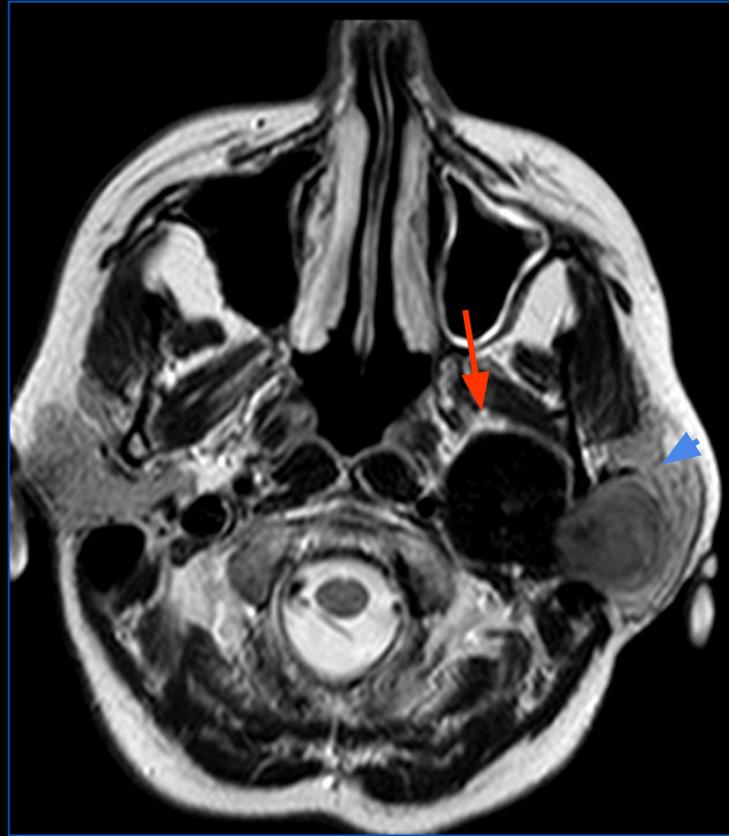


Figura 2

Axial T2

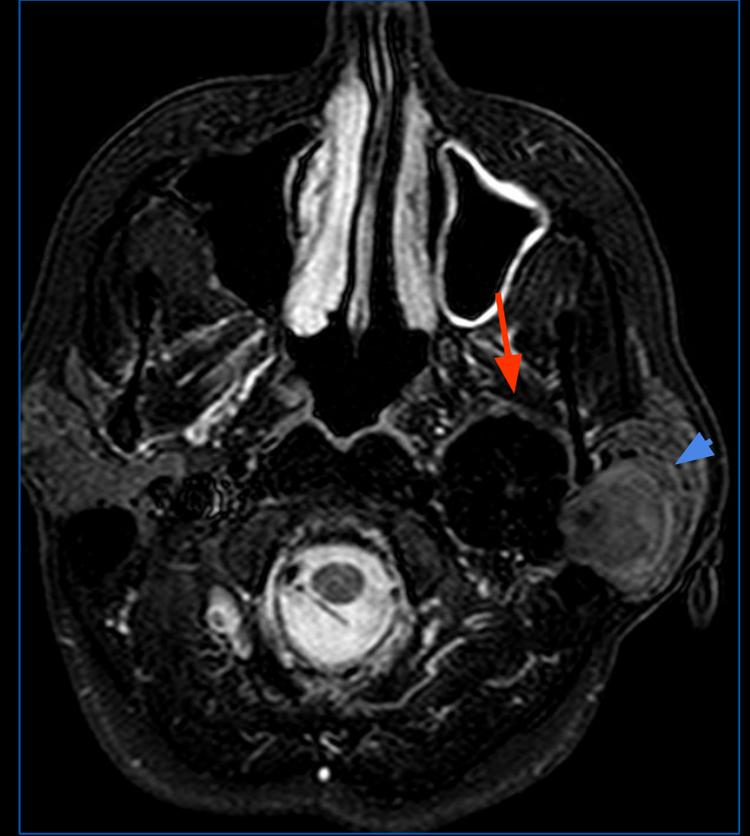


Figura 3

Axial T2 STIR

RM de cuello: Lesión pseudonodular lobulada de bordes bien definidos, en región parafaríngea/preestiloidea izquierda (flecha) y espacio parotideo profundo, con proyección al lóbulo profundo parotideo (cabeza de flecha).

Tumor fibroso solitario extrapleuraral



Figura 1

MIP Angio-RM de cuello

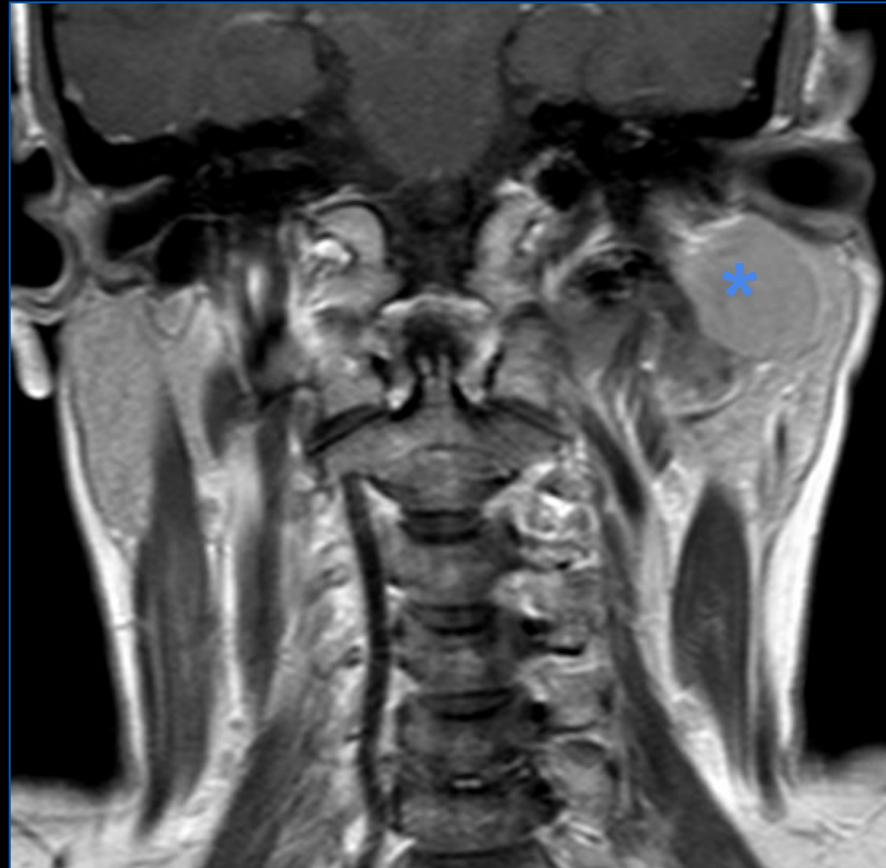


Figura 2

Coronal T1 con Gadolinio



Figura 2

Axial T1 con Gadolinio

RM de cuello con gadolinio. Se observa la lesión ya mencionada, que produce desplazamiento de estructuras regionales adyacentes (desplazamiento medial de la carótida interna (flecha) y desplazamiento lateral de la carótida externa (cabeza de flecha) . Presenta realce intenso y homogéneo ante la administración de contraste (asterisco) y escaso realce en su porción parafaríngea pre-estiloidea en probable relación a degeneración quística/necrótica (punto).

Conclusiones

La incidencia del tumor fibroso solitario (TFS) aumentó exponencialmente al avance tecnológico, debido al mejor conocimiento de su comportamiento imagenológico y nuevas técnicas histopatológicas. Es necesario que el radiólogo conozca las características específicas y comportamiento imagenológico de esta patología, para poder realizar un diagnóstico correcto y temprano.

Bibliografía

- Cardinale L, Ardissonne F, Garetto I, Marci V, Volpicelli G, Solitro F, Fava C. Imaging of benign solitary fibrous tumor of the pleura: a pictorial essay. *Rare Tumors*. 2010 Mar 31;2(1):e1. doi: 10.4081/rt.2010.e1. PMID: 21139938; PMCID: PMC2994496.
- Cortes J, Rodriguez J, Garcia-Velloso MJ, et al. [(18)F]-FDG PET and localized fibrous mesothelioma. *Lung*. 2003;181:49–54.
- De Paoli L, Quaia E, Poillucci G, Gennari A, Cova MA. Imaging characteristics of pleural tumours. *Insights Imaging* 2015; 6:729-740.
- Hansell DM, Armstrong P, Lynch DA, McAdams HP. Infections of the lungs and pleura. En: Houston M, editor. *Imaging of Diseases of the Chest*. 4ª ed. Oxford: Elsevier Mosby; 2005. p. 757-759.
- Rosado-de-Christenson ML, Abbott GF, McAdams HP, Franks TJ, Galvin JR. From the archives of the AFIP: localized fibrous tumors of the pleura. *Radiographics* 2003; 23:759-783
- Beecham Chic JF, Rashmikant Chauhan N, Madan R. Solitary fibrous tumors of the thorax: nomenclature, epidemiology, radiologic and pathologic findings, differential diagnoses and management. *AJR* 2013; 200:W238-W248.
- Reguero Llorente, E., Ferrufino Villalba, M. V., Martín Gómez, C., Zarranz Sarobe, D., Castaño Martín, L. M., & Arauzo Álvarez, E. (2018). Hallazgos radiológicos de los tumores fibrosos solitarios en el tórax. *Seram*. Recuperado a partir de <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/885>

Información de contacto

Pedro Frontoni
Servicio de Diagnóstico por Imágenes
Hospital Alemán
Avenida Pueyrredón 1640, CABA, CP 1118
+549 (011) 40294916
pfrontoni@hospitalaleman.com