ovario estadios Ic o superiores se benefician de los tratamientos de quimioterapia.

Analizando conjuntamente los 48 pacientes, en 28 casos la enfermedad oncológica no se encontraba localmente avanzada ni metastásica(58,3%), pero en otros 20 casos(42%), si lo estaba.

Como conclusiones podemos referir que cerca de la mitad de los pacientes que son derivados a la consulta de Oncología Médica tienen una enfermedad avanzada a nivel local o ya extendida a distancia, por lo que es necesario mejorar en el diagnóstico precoz de los procesos oncológicos, dado que en caso contrario los resultados que podremos obtener con los medios terapéuticos a nuestro alcance distaran mucho de ser óptimos.

F. Marcos Sánchez, I. Albo Castaño, A. Viana Alonso, S. Casallo Blanco, F. Juárez Ucelay

Servicio de Medicina Interna-Oncología. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo

1. Rivera RR. Breast cancer. Current guidelines in staging, treatment and follow up. *Postgrad Med* 1988; 84: 142-151.
2. Spencer RP. Cancer staging and survival rates: an analysis. *Anticancer Res* 1988; 8: 685-687.
3. Artal A, Martínez Trufero J. Diagnóstico de extensión. En *Oncología Clínica. Fundamentos y patología general*. González Barón M, Ordoñez A, Feliu J, Zamora P, Espinosa E, De Castro J. Editorial Interamericana McGraw-Hill. 2ª edición. Madrid 1998, 211-229.
4. Ozols RF, Schwartz PE, Eifel PJ. Cáncer de ovario, carcinoma de trompa de falopio y carcinoma de peritoneo. En: *Cáncer, principios y práctica de Oncología*. De Vita Jr VT, Hellman S, Rosenberg SA. Editorial Médica Panamericana SA. Madrid: ARAN Ediciones. 2005; 1502-1540.

Fig 1. Resonancia magnética nuclear del muslo derecho.

na, actina, CD-68 y alfa-1-antitripsina entre otros. Se clasifica en varios tipos: estoriforme-pleomórfico, mixoide, de células grandes, inflamatorio y angiomatoide (1-4). El tratamiento es la resección completa con amplio margen de excisión, siendo el tipo y el tamaño del tumor factores pronósticos. La radioterapia puede ayudar a la cirugía en las lesiones de alto grado a un mejor control local, permaneciendo pendiente el valor de la quimioterapia en este tipo de tumores (5,6).

Fibrohistiocitoma maligno

Sr. Director:

El fibrohistiocitoma maligno es el sarcoma de partes blandas más común en el adulto presentándose habitualmente como una tumoración indolora de consistencia firme y polilobulada sobre todo en extremidades. Describimos un caso con este tipo de tumor. Se trata de una mujer de 79 años con cardiopatía isquémica e hipotiroidismo autoinmune a tratamiento con aspirina, nitratos y hormona tiroidea. Acude a nuestro centro por cuadro de 6 semanas de evolución de astenia, anorexia y pérdida de 7 kg de peso junto a aparición de bultoma en cara lateral de muslo derecho levemente doloroso. Los estudios analíticos resultan normales salvo una proteína C reactiva de 93 mg/dl. La ecografía de muslo derecho muestra una masa polilobulada sólida, marcadamente hipocogénica y heterogénea, que se confirma en la resonancia magnética nuclear (Fig. 1) como una masa de 7 x 4 x 4 cm debajo del tejido celular subcutáneo y en íntimo contacto con el bíceps femoral. Se realiza biopsia-exéresis obteniéndose el diagnóstico de fibrohistiocitoma maligno.

El fibrohistiocitoma maligno puede encontrarse en cualquier órgano ya que deriva de tejido mesenquimatoso. El tumor comprende células fusiformes e histiocitarias en capas alternando con células gigantes y zonas de pleomorfismo, demostrándose en la inmunohistoquímica expresión de marcadores como la vimentina,

I. M. Arias Miranda, F. J. Nuño Mateo, A. Solano Rodríguez, J. Fernández Palacios

Servicio de Medicina Interna y Anatomía Patológica. Hospital de Cabueñes. Gijón

1. Weitz J, Antonescu CR, Brennan MF. Localized Extremity Soft Tissue Sarcoma: Improved Knowledge With Unchanged Survival Over Time. *J Clin Oncol* 2003; 21: 2719-2725.
2. Oda Y, Tamiya S, Oshiro Y, Hachitanda Y, Kinukawa N, Iwamoto Y, et al. Reassessment and clinicopathological prognostic factors of malignant fibrous histiocytoma of soft parts. *Pathology International* 2002; 52: 595-606.
3. Foti C, Giannelli G, Berloco A, Mascolo V, Ingravallo G, Giardina G. Malignant fibrous histiocytoma arising on chronic osteomyelitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2002;16: 390-392.
4. Rosenberg AE. Malignant fibrous histiocytoma: past, present, and future. *Skeletal Radiol* 2003; 32: 613-618.
5. Belal A, Kandil A, Allam A, Khafaga Y, El-Husseiny G, El-Enbawy A, Memon M, Younge D, et al. Malignant fibrous histiocytoma: a retrospective study of 109 cases. *Am J Clin Oncol* 2002; 25: 16-22.
6. Pezzi CM, Rawlings MS Jr, Esqro JJ, Pollock RE, Romsdahl MM. Prognostic factors in 227 patients with malignant fibrous histiocytoma. *Cancer* 1992 15; 69: 2098-103.