

## Cartas al Director

### Metástasis gástrica de histiocitoma fibroso maligno

---

*Palabras clave:* Sarcoma de partes blandas. Histiocitoma fibroso maligno. Metástasis gástrica.

*Key words:* Soft tissue sarcoma. Malignant fibrous histiocytoma. Gastric metastasis.

---

*Sr. Director:*

Comunicamos el caso de un varón de 37 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés, que consultó por síndrome febril y tumoración en muslo derecho. Tras biopsia con diagnóstico de malignidad, fue intervenido en febrero de 2003 con intención radical en centro de referencia. El informe anatómico-patológico definitivo fue de histiocitoma fibroso maligno pleomórfico que infiltraba el borde de resección.

Tras estudio de extensión se estadificó como T2b (estadio II).

Fue tratado con quimioterapia (QT) según esquema 4-epirrubicina más ifosfamida durante 3 ciclos antes y dos ciclos después de radioterapia (RT) local con 66 Gy.

En abril de 2004, refirió la aparición de fiebre de 38°C a la vez que un nódulo en región inguinal derecha cuya punción aspiración con aguja fina (PAAF) fue sospechosa de malignidad por el aumento de la relación núcleo-citoplasma. El 11-05-2004 se le extirpó la tumoración cuyo diagnóstico fue de HFM de 5 cm sin afectar bordes de resección.

En marzo 2006 se identificaron, como de nueva aparición, dos nódulos pulmonares, de 4 cm en lóbulo superior izquierdo (LSI) y de 1.5 cm en lóbulo inferior izquierdo (LII). Una TAC torácica evidenció una mayor afectación con múltiples nódulos bilaterales.

Tras solicitar una segunda opinión, fue tratado en Centro

Privado, con ifosfamida a dosis altas y RT pulmonar, descartándose cirugía torácica de rescate.

En julio 2007, se constató progresión de lesiones pulmonares bilaterales y aparición de metástasis lítica en cuarta vértebra dorsal. Inició QT con esquema docetaxel y gemcitabina hasta enero 2008 en que se decide iniciar, por progresión, tratamiento con ET-743 (ecteneisdina) que hay que suspender por nueva progresión clínica y baja capacidad funcional.

En la evaluación de la respuesta se comprueba en TAC no sólo avance de la enfermedad sino también una lesión ocupante de espacio en estómago. Se solicita estudio gastroduodenal que informa de la presencia de gran lesión polipoidea en cuerpo y antro gástrico que no interrumpe el tránsito. La endoscopia confirma la lesión y la biopsia informa: proliferación de células fusiformes con marcado hiperchromatismo y pleomorfismo nuclear, siendo en el estudio inmunohistoquímico positivas para vimentina y CD68, compatible con metástasis de HFM pleomórfico (Fig. 1).

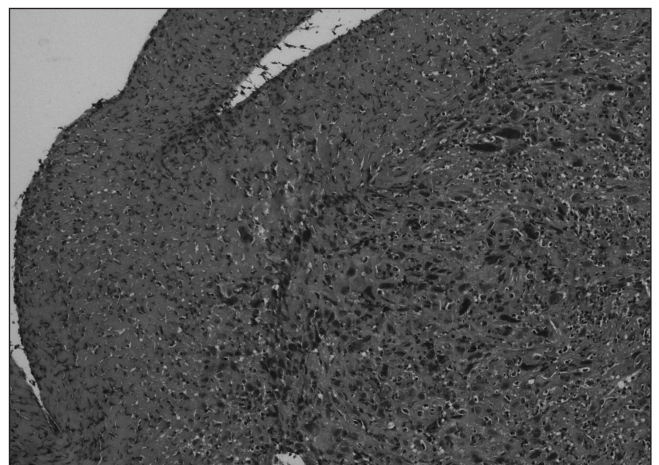


Fig. 1. Biopsia de lesión gástrica: proliferación de células fusiformes de marcado hiperchromatismo y pleomorfismo nuclear. Inmunohistoquímica positiva para vimentina y CD68.

Se decidió tratamiento sintomático en su domicilio por la Unidad de Cuidados Paliativos Domiciliarios ante el franco deterioro físico y la baja capacidad funcional que presentaba.

## Discusión

Las metástasis gástricas se asocian a tumores de origen epitelial (1) y existe, por el contrario, poca información sobre la afectación gástrica metastásica por sarcomas.

El histiocitoma fibroso maligno (HFM) fue descrito, por vez primera, por Ozello y cols. (2) y es considerado como el sarcoma de partes blandas más frecuente en el adulto (3). Sin embargo, la afectación gástrica secundaria a la diseminación de un HFM es una muy rara eventualidad y existen pocos casos comunicados (4,5).

Clínicamente, la afectación metastásica gástrica es, en general, poco relevante pero puede existir dolor epigástrico, hematemesis, melenas, obstrucción pilórica y perforación. En el caso que describimos el paciente se encontraba asintomático desde el punto de vista digestivo y el diagnóstico fue casual al realizar pruebas de imagen para valoración postoperatoria. Posteriormente, sí que presentó melenas de repetición que fueron mermando enormemente su capacidad funcional.

Se postula, que las células tumorales, llegarían en forma de émbolos por vía hematogena desde el tumor primario a través de las arterias gastroduodenales o gastroepiploicas y se localizarían a nivel submucoso.

Puede ser difícil establecer el diagnóstico de metástasis gástrica, sobre todo si se desconoce la existencia del tumor primario. En el caso de tumor primario conocido, la historia clínica, las pruebas de imagen y sobre todo la biopsia endoscópica son de valor indiscutible. También puede ayudar, en casos de duda, la inmunohistoquímica ya que ofrece en el HFM, tinción positiva para vimentina, alfa- antitripsina y alfa- quimiotripsina y negatividad para queratina, desmina y S-100 (6). En nuestro caso, hubo intensa positividad para vimentina y CD68 y negatividad para citoqueratina, desmina, S-100, CD34 y CD117.

En cuanto a las opciones terapéuticas para la afectación me-

tastásica gástrica, la mayoría de autores concluyen que la resección, en la mayor parte de casos, no es apropiada tanto por la gran extensión de la enfermedad local o a distancia como por la agresividad intrínseca del tumor primario (4) y por tanto, el tratamiento fundamental le corresponde a la quimioterapia sistémica con fines paliativos, siempre que el paciente mantenga una buena capacidad funcional. No era el caso de nuestro paciente por lo que se remitió a la Unidad de Cuidados Paliativos para Cuidados Continuos produciéndose el exitus a los dos meses.

## Agradecimientos

Agradecemos a N. Ruiz-Ayllón la traducción del texto original al inglés.

*Conflictos de interés:* Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

J. A. Contreras Ibáñez<sup>1</sup>, N. Navas García<sup>2</sup>, L. Díaz Gómez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>*Servicios de Oncología Médica, <sup>2</sup>Anatomía Patológica y <sup>3</sup>Oncología Radioterápica. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz*

## Bibliografía

1. Nelson RS. Malignant tumors of the stomach other carcinoma. In: Bockno III, ed. Gastroenterology. Philadelphia: WB Saunders Co, 1974: 1010-15.
2. Ozello I, Stout AP, Murray MR. Cultural characteristics of malignant histiocytoma and fibrous xanthoma. *Cancer* 1963; 16: 331-4.
3. Weiss SW, Enzinger FN. Malignant fibrous histiocytoma: an analysis of 200 cases. *Cancer* 1978; 41: 2250-66.
4. Akatsu Y, Saikawa Y, Kubota T, Nakamura R, Akatsu T, Takahashi T, Yoshida M et al. Metastatic gastric cancer from malignant fibrous histiocytoma: a report of a case. *Surg Today* 2006; 36 (4): 385-9.
5. Menuck IS, Amberg JR. Metastatic disease involving the stomach. *Am J Dig Dis* 1975; 20: 903-13.
6. Du Boulay CEH. Demonstration of alpha-1-antitrypsin and alpha-1-antichymotrypsin in fibrous histiocytoma using the immunoperoxidase technique. *Am J Surg Pathol* 1982; 6: 559-64.