

Tumor fibroso solitario de la cavidad oral con características histológicas de malignidad

Solitary fibrous tumor of the oral cavity with histologic characteristics of malignancy

Sr. Director,

Recientemente ha sido publicado en su revista un interesante artículo acerca del tumor fibroso solitario (TFS) de localización intraoral (García de Marcos y cols. Tumor fibroso solitario intraoral: análisis clinicopatológico e inmunohistoquímico. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac* 2008;30:180-184). Como correctamente introducen los autores, el TFS es una neoplasia rara de tejidos blandos formada por células fusiformes, que se encuentra mayoritariamente en las superficies derivadas del mesotelio. A pesar de ser más común en la pleura parietal y visceral, se han referido otras localizaciones serosas y no serosas, lo que apoya la teoría de que las células neoplásicas se originan a partir de la diseminación de células primitivas.

Se han referido numerosas localizaciones del TFS en cabeza y cuello, como la piel, tejidos blandos profundos cervicales, tiroides, larínge, epiglotis, espacio parafaríngeo, glándulas salivares mayores, nasofaringe, senos nasales y paranasales, órbita y meninges. Hasta el año 2006 solo 36 casos de TFS se habían referido a nivel de cavidad oral, lo que resalta la importancia del caso referido recientemente en la *Rev Esp Cir Oral Maxilofac*.¹ Sin embargo, hemos de aclarar que, aunque muy raros, sí han sido referidos casos de malignidad para el TFS de localización intraoral.^{2,3} Shnayder y cols., en 2003,² refieren un caso de TFS maligno en lengua, que no experimentó metástasis después de 18 meses de seguimiento tras tratamiento quirúrgico agresivo. Más recientemente, en 2006, nuestro grupo,³ refirió un caso de TFS maligno de localización en mucosa yugal, con patrón infiltrativo, alto índice mitótico y patrón inmunohistoquímico fuertemente positivo para CD-34, CD-99, bcl-2 y vimentina. A pesar de su aspecto agresivo microscópico, el caso presentó un aspecto macroscópico similar a los casos de TFS referidos previamente. Tras resección quirúrgica amplia, no se observó recurrencia en los dos años siguientes a la intervención.

Los TFS pleurales tienen un 23% de probabilidades de malignización pero, en efecto, es excepcional en localizaciones extrapleurales.⁴ En la mayoría de los casos, los TFS malignos son hiper celulares, con atipia focal moderada o intensa, necrosis tumoral, mitosis abundantes y márgenes infiltrativos. Precisamente, la diferenciación entre TFS benigno y maligno debe establecerse en función de la presencia de abundantes mitosis, que son raras o están ausentes en las formas benignas, y en función de la presencia de atipias nucleares.

Recomendamos la resección con márgenes quirúrgicos amplios en el tratamiento del TFS intraoral con componente histológico agresivo. Algunos autores,⁵ han recomendado quimioterapia y radio-

Dear Editor,

Recently, an interesting article about intraoral solitary fibrous tumor (SFT) was published in your journal (García de Marcos et al. Tumor fibroso solitario intraoral: clinicopatológico and inmunohistoquímico analysis. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac* 2008;30:180-184). As the authors state correctly in their introduction, SFT is a rare soft tissue neoplasm formed by spindle cells that is found mainly on surfaces derived from the mesothelium. Despite being commonest in the parietal and visceral pleura, it has been reported in serosal and nonserosal locations, which supports the theory that neoplastic cells can originate from the dissemination of primitive cells.

Numerous SFT locations have been cited in the head and neck, such as skin, cervical deep soft tissues, thyroid, larynx, epiglottis, parapharyngeal space, major salivary glands, nasopharynx, nasal and paranasal sinuses, orbit, and meninges. Until 2006, only 36 cases of SFT had been reported in the oral cavity, which underlines the importance of the case reported recently in the *Rev Esp Oral Cir Maxilofac*.¹ Nevertheless, we have to clarify that, although very rare, cases of malignancy of intraoral SFT have been reported.^{2,3} Shnayder et al.,² in 2003, referred a case of malignant TFS of the tongue that did not metastasize in 18 months of follow-up after aggressive surgery. More recently, in 2006, our group³ reported a case of malignant TFS located in the yugal mucosa. It exhibited an infiltrative pattern, high mitotic index, and strongly positive immunohistochemical pattern for CD-34, CD-99, bcl-2 and vimentin. Despite its aggressive microscopic appearance, the case had a macroscopic aspect similar to the cases of SFT mentioned above. After enlarged surgical resection, no recurrence was observed in the two years after the intervention.

Pleural SFTs have a 23% probability of malignization but, in effect, they are exceptional in extrapleural locations.⁴ In most cases, malignant SFTs are hypercellular, with focal moderate or intense atypia, tumoral necrosis, abundant mitosis and infiltrating margins. The differentiation of benign and malignant SFT must be established on the basis of the presence of abundant mitoses, which are rare or absent in benign forms, and based on the presence nuclear atypia.

We recommend resection with ample surgical margins for the treatment of intraoral SFT with an aggressive histo-

terapia post-operatoria en tumores de gran tamaño con márgenes quirúrgicos afectos. Como acertadamente destacan nuestros colegas,¹ el seguimiento a largo plazo es fundamental, debido a la posibilidad de recurrencia locorregional y a distancia, más aun si consideramos que la malignidad de algunos raros casos es un hecho establecido.

Raúl González-García

*F.E.A. Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial,
Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz. España*

Luis Naval-Gías

*F.E.A. Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial,
Hospital Universitario La Princesa, Madrid. España*

Jesús Sastre-Pérez

*F.E.A. Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial,
Hospital Universitario La Princesa, Madrid. España*

Bibliografía

1. García de Marcos JA, del Castillo Pardo de Vera JL, Arroyo Rodríguez S, Galdeano Arenas M, Calderón Polanco J, Gracia de Marcos MJ, Valer Corellano J. Tumor fibroso solitario intraoral: análisis clinicopatológico e inmunohistoquímico. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac* 2008;30:180-4.
2. Shnyder Y, Greenfield BJ, Oweity T, DeLacure MD. Malignant solitary fibrous tumor of the tongue. *Am J Otolaryngol* 2003;24:246-9.
3. González-García R, Gil-Díez Usandizaga JL, Hyun Nam S, Rodríguez-Campo FJ, Naval-Gías L. Solitary fibrous tumour of the oral cavity with histological features of aggressiveness. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2006;44:543-5.
4. Yamashita Y, Satoh T, Goto M. Solitary fibrous tumor of the tongue: a case report with immunohistochemical studies. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2002;31:681-3.
5. Veltrini VC, Etges A, Magalhaes MH, de Araujo NS, de Araujo VC. Solitary fibrous tumor of the oral mucosa—morphological and immunohistochemical profile in the differential diagnosis with hemangiopericytoma. *Oral Oncol* 2003;39:420-6.

logic component. Some authors⁵ have recommended chemotherapy and postoperative irradiation in large tumors with involvement of surgical margins. As our colleagues correctly indicate,¹ long-term follow-up is fundamental due to the possibility of local, regional and remote recurrence, particularly if we consider that the malignancy of some rare cases has been established.