

Lesiones seudotumorales de partes blandas

Margarita Gimeno Aránguez

Los tejidos blandos presentes en todo el cuerpo humano, son responsables solamente de un 1% de todas los tumores, la mayor parte benignos, aproximadamente el 75%, 14% son malignos y el 11 % restante corresponden a un grupo heterogéneo de lesiones denominadas seudotumorales.

En este grupo se incluyen aquellas lesiones con sospecha clínica o radiológica de malignidad , que posteriormente tras el estudio anatomopatológico se clasifican como lesiones benignas.

La sospecha clínica viene dada por : la localización, aumento brusco de tamaño, dolor o impotencia funcional.

Los hallazgos radiológicos que sugieren malignidad son variados dependiendo de las técnicas de imagen utilizadas, pero, la forma irregular, margenes mal definidos, hemorragias internas, y edema perilesional, son los más habituales que inducen a catalogarlas como lesiones agresivas.

¿Qué ocurre cuando nos encontramos ante una biopsia de una lesión clínica y/ o radiológicamente sospechosa de malignidad? Generalmente nos vamos a encontrar con un tumor efectivamente maligno, que luego estudiaremos según nuestros protocolos habituales.

Puede ocurrir que la lesión sea de naturaleza diferente a la esperada, y nos cuestionaremos, en primer lugar, sobre su benignidad o malignidad.

Entre un 2 y un 10%, dependiendo de las series, podemos encontrarnos con discordancia clínico-patológica, y las lesiones que podemos observar son de distinta índole:

Lesiones degenerativas o postraumáticas : ganglion, bursa, hemorragia antigua. Miositis osificante

Lesiones inflamatorias - infecciosas : pseudotumor inflamatorio, sarcoidosis, tuberculosis, reacciones a cuerpo extraño.

Enfermedades por depósito : amiloidosis, gota, calcinosis tumoral.

Lesiones fibroblásticas-miofibroblásticas benignas : Fascitis nodular, miositis proliferativa, miofibromatosis, elastofibroma.

Lesiones mixoides : Mixoma, mixoma periarticular.

Tumores benignos : hemangioma intramuscular, neurinoma.

La discordancia clínico-patológica más frecuente la hemos observado en caso **hematomas antiguos intramusculares**, grandes lesiones predominantemente quísticas con componente sólido en grandes músculos como glúteos, psoas o cuádriceps. La lesión suele tener un crecimiento rápido tras lesión anterior estable, con dolor e hinchazón, y las características radiológicas nos colocan ante una lesión heterogénea "agresiva". El cirujano se enfrenta también a una lesión abigarrada que le hace sospechar un sarcoma parcialmente necrosado y hemorrágico. Macroscópicamente se trata de lesiones de gran tamaño entre 4-10 cms, con paredes gruesas con calcificaciones y en su interior

material de aspecto hemorrágico y necrótico. Histológicamente podemos encontrarnos con patron heterogéneo y evolutivo, con tejido fibroso denso que forma la pseudocápsula y tejido de granulación interior en diferentes etapas de organización.

Otra lesión pareja a la anterior de localización sospecha para los traumatólogos son los **quistes sinoviales de hueso popliteo**. Son tumores de crecimiento rápido reciente, que protruye por el hueso popliteo y puede provocar alteraciones funcionales. Suelen ser lesiones quísticas con áreas solidas , por procesos hemorrágicos secundarios sobreañadidos a un quiste sinovial. No es infrecuente observar proliferación fusocelular abigarrada con atipia y estroma mixoide. La lesión es focal, sin mitosis atípicas y inmunofenotipo indefinido.

Otro capítulo son las lesiones superficiales de tejidos blandos de crecimiento rápido, cuyo prototipo es la **fascitis nodular**. Generalmente son de pequeño tamaño, superficiales , moderadamente celulares con células fusiformes variables, estroma mixoide y cambios inflamatorios. En ocasiones, sin embargo, son más profundas por lo que suelen ser de mayor tamaño y con mayor complejidad morfológica. El inmunofenotipo miofibroblástico y sobre todo diferenciar de un dermatofibrosarcoma pruberans mediante determinación de CD 34 , nos ayudaran a identificarlo.

Dentro de las lesiones fibromatosas clásicamente descritas como "seudosarcomatosas" está el elastofibroma, generalmente fácilmente etiquetable, pero puede a veces no ser

infraescapular, bilateral o puede afectar a mujeres, por lo que no se ha sospechado clínicamente. Las características histológicas no nos han supuesto problema diagnóstico.

Los **queloides** grandes y confluentes producen aspecto clínico confuso, profundo, con sospecha de dermatofibrosarcoma protuberans. El cuadro histológico e inmunohistoquímico delimitan bien estas lesiones.

Los procesos inflamatorios pueden ser de diversa índole.

En cuanto a lesiones infecciosas, no es infrecuente encontrar parásitos tipo **equinococos** sin sospecha clínica de su existencia así como granulomas **tuberculosos**.

Hemos observado **granulomas reumatoideos o tofos gotosos** con diagnóstico de tumores periarticulares.

Los **seudotumores inflamatorios**, si exceptuamos la fascitis nodular, no son frecuentes en el músculo. Hemos tenido ocasión de estudiar lesiones con diagnóstico de malignidad que se tratan posteriormente de "seudotumores inflamatorios": cordón espermático, vejiga, tiroides, hígado, laringe, mesenterio, etc... Las características histológicas de estas lesiones a veces son muy abigarradas con células pleomórficas con atipia celular. El estroma recuerda a tejido de granulación, laxo, con un patrón organizativo, y acompañado de infiltrado inflamatorio. Inmunofenotipo es miofibroblástico.

Por último, dentro de lesiones seudotumorales se encuentra "la **miositis osificante**". La lesión tiene características radiológicas que son fundamentales para su diagnóstico, y los fenómenos madurativos evidenciados en los cortes histológicos. Pero este patrón se pierde en otra lesión emparentada con la

miositis osificante que es la "**periostitis osificante**," y "**seudotumor fibroso**". Radiológicamente da imagen de agresividad. Histológicamente nos debemos fijar en patrón de maduración y características de osteoide "reactivo".

En el grupo de tumores benignos, los lipomas pueden presentar diferentes aspectos que sugieren malignidad, como la presencia de cambios secundarios como hemorragia, esteatonecrosis o calcificación, que pueden ocasionar signos o síntomas de alarma y a veces, también son morfológicamente confusos, como el caso de la entidad denominada **tumor lipomatoso fibrohistiocítico hemosiderótico**, que se considera una lesión pseudotumoral, y se caracteriza por lóbulo de tejido adiposo, entremezclado con células inflamatorias, siderófagos y células fusocelulares pleomórficas.

Los **hemangiomas intramusculares** son lesiones clínicamente pseudotumorales, con características de radiológicas que suelen permitir su diagnóstico, aunque a veces la profundidad, o los cambios secundarios pueden suponer un problema diagnóstico. Son tumores vasculares benignos que curiosamente inducen metaplasia adiposa en los fascículos de músculo estriado infiltrados, provocando límites poco netos.

El **neurilemoma** o neurinoma es un tumor benigno de vaina de nervio periférico que por la ubicuidad de su localización y por los cambios degenerativos secundarios que sufre, ha planteado mayor ocasión de sospecha de sarcoma. Su ocurrencia en lugares como retroperitoneo, hueco poplíteo o axila ocasionaron en su momento sospecha diagnóstica de malignidad, con aumento de tamaño rápido en tiempo reciente, con imágenes radiológicas de

lesión agresiva. La pieza es de una lesión heterogénea y pleomórfica, con áreas quísticas hemorrágicas y zonas solidas blando amarillentas. Histológicamente pueden presentarse los tumores grandes de mucho tiempo de evolución atípicas "degenerativas". La presencia de células fusiformes con núcleos en empalizadas y cuerpos de Verocay, nos iluminaran el diagnóstico, que confirmaremos con técnicas inmunohistoquímicas S100+.

Por tanto, debemos reevaluar la lesión con el traumatólogo y radiólogo, para realizar una mejor correlación clínico-patológica, y llegar a un diagnóstico correcto.

Bibliografía

- 1.- Bisceglia M, Fisher C, Suster S, Kazakov DV, Cooper K, Michal M. Tumoral, quasitumoral and pseudotumoral lesions of the superficial and somatic soft tissue: new entities and new variants of old entities recorded during the last 25 years. *Pathologica*. 2004 Feb;96(1):9-17
- 2.- Bisceglia M, Fisher C, Suster S, Kazakov DV, Cooper K, Michal M. Tumoral, quasitumoral and pseudotumoral lesions of the superficial and somatic soft tissue: new entities and new variants of old entities recorded during the last 25 years. Part II: The list and a review *Pathologica*. 2004 Apr;96(2):52-94.
- 3.- Bisceglia M, Fisher C, Suster S, Kazakov DV, Cooper K, Michal M. Tumoral, quasitumoral and pseudotumoral lesions of the superficial and somatic soft tissue: new entities and new variants of old entities recorded during the last 25 years. Part II: Excerpta I. *Pathologica*. 2004 Jun;96(3):121-42.
- 4.- Raimondo G, Ridola V, Brugieres L, Couanet D, Valteau-Couanet D, Grill J, Pein F, Hartmann O. Pseudotumoral diseases: ten years of experience in a pediatric oncology department. *Arch Pediatr*. 2002 Oct;9(10):1039-45
- 5.- Bonnet I, Favard L, Rosset P, Burdin P. Intramuscular hematoma simulating a pseudomalignant tumor *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot*. 1993;79(4):313-6.
- 6.- Reid JD, Kommareddi S, Lanckerani M, Park MC. Chronic expanding hematomas. A clinicopathologic entity. *JAMA*. 1980 Nov 28; 244(21):2441-2.
- 7.- Mentzel T, Goodlad JR, Smith MA, Fletcher CD. Ancient hematoma: a unifying concept for a post-traumatic lesion mimicking an aggressive soft tissue neoplasm. *Mod Pathol*. 1997 Apr; 10(4):334-40.
- 8.- Aoki T, Nakata H, Watanabe H, Maeda H, Toyonaga T, Hashimoto H, Nakamura T. The radiological findings in chronic expanding hematoma.

Skeletal Radiol. 1999 Jul; 28(7):396-401.

9.-Okada K, Sugiyama T, Kato H, Tani T. Chronic expanding hematoma mimicking soft tissue neoplasm.

J Clin Oncol. 2001 Jun 1; 19(11):2971-2.

10.- Hurt MA, Santa Cruz DJ: Nodular cystic fat necrosis. A reevaluation of the so-called mobile encapsulated lipoma. J Am Acad Dermatol 1989; 21: 493-8

11.- Vang R, Connelly JH, Hammill HA, Shannon RL: Vulvar hypertrophy with lymphedema. A mimicker of aggressive angiomixoma. Arch Pathol Lab Med 2000; 124: 1697-9.

12.- O'keefe RJ, O'Connell JX, Temple HT, Scully SP,: Calcified myonecrosis. A late secuela to compartment syndrome of the leg. Clin Orthop 1995; 318: 205-13.

13.- Marshall- Taylor, Fanburg- Smith JC: Hemosiderotic fibrohistiocytic lipomatous lesion: ten cases of a previously undescribed fatty lesion of the foot/ankle. Mod Pathol 2000; 13 : 1192-9.