

Revista Estomatológica Herediana

ISSN: 1019-4355

rev.estomatol.herediana@oficinas-upch.pe

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Perú

da Silva, Andréia Aparecida; Esquiche León, Jorge; da Cruz Perez, Danyel Elias; Paes de Almeida, Oslei; Ajudarte Lopes, Márcio; Vargas, Pablo Agustín
Tumor fibroso solitario de la cavidad oral : Reporte de dos casos.

Revista Estomatológica Herediana, vol. 15, núm. 2, julio-diciembre, 2005, pp. 161-164

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421539344012>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

Reporte de Caso

Tumor fibroso solitario de la cavidad oral : Reporte de dos casos.

Andréia Aparecida da Silva¹
Jorge Esquiche León²
Danyel Elias da Cruz Perez³
Oslei Paes de Almeida⁴
Márcio Ajudarte Lopes⁴
Pablo Agustín Vargas⁴

¹Alumno del Curso de Maestría en Estomatopatología, Universidad Estadual de Campinas/ Facultad del Odontología de Piracicaba. Universidad Estadual de Campinas, UNICAMP, São Paulo, Brasil.

²Alumno del Curso de Doctorado en Estomatopatología, Universidad Estadual de Campinas/ Facultad del Odontología de Piracicaba. Universidad Estadual de Campinas, UNICAMP, São Paulo, Brasil.

³Docente del Departamento de Patología Oral. Universidad de Ribeirão Preto, UNAERP, São Paulo, Brasil.

⁴Docente del Departamento de Patología Oral. Universidad Estadual de Campinas/ Facultad del Odontología de Piracicaba. Universidad Estadual de Campinas, UNICAMP, São Paulo, Brasil.

Correspondencia

Andréia Aparecida da Silva
Avenida Limeira, 901, Arealão
Piracicaba, SP, Brasil
CEP: 13414-903
Teléfono: +55-19-3412-5315
e-mail: andreia@fop.unicamp.br

da Silva AA, Esquiche J, Perez DE, de Almeida OP, Lopes MA, Vargas PA. Tumor fibroso solitario de la cavidad oral : Reporte de dos casos. Rev Estomatol Herediana 2005; 15 (2) : 161 - 167.

RESUMEN

El tumor fibroso solitario (TFS) es una neoplasia benigna de células fusiformes que ha sido principalmente descrito en la pleura visceral y en cavidades serosas, no común en la región de cabeza y cuello, con pocos casos intraorales reportados en la literatura. Describimos aquí dos casos adicionales afectando la cavidad oral, los cuales estuvieron localizados en el carrillo izquierdo. El examen histológico mostró lesiones fusocelulares bien circunscritas en padrón estoriforme y hemangiopericítico exhibiendo alternancia de áreas hipercelulares con hipocelulares. Los hallazgos inmunohistoquímicos fueron similares en ambos casos revelando fuerte inmunorreactividad para vimentina, CD34, bcl-2 y negatividad para actina músculo específico, actina músculo liso, S100 y citoqueratinas de amplio espectro. Basado en las características clínicas, microscópicas e inmunohistoquímicas, el diagnóstico final de estos dos casos fue de TFS oral benigno. Así, el TFS deberá ser incluido en el diagnóstico diferencial de lesiones nodulares envolviendo la mucosa bucal. Los clínicos y patólogos orales deberán ser capaces de reconocer este importante tumor de células fusiformes orales.

Palabras clave: Tumor fibroso solitario, Inmunohistoquímica, Cavidad oral.

Introducción

El tumor fibroso solitario (TFS) es una inusual neoplasia de células fusiformes que típicamente involucra la pleura visceral siendo originalmente conocido como fibroma pleural o mesotelioma fibroso (1). Fue primeramente descrito por Klempener y Rabin en 1931, como una neoplasia de la pleura benigna o maligna. Posteriormente fue descrito en varios sitios extrapleurales como los pulmones, mediastino, peritoneo, médula espinal, tejidos blandos, tracto sinusal, nasofaringe, tiroides, cavidad orbitaria, periostio, hígado, cápsula renal, piel, cavidad oral y glándulas salivales (2-8). En la literatura inglesa, encontramos relatados solamente 36 casos de TFS oral benigno (4, 8-12). Clíni-

camente se presenta como un nódulo submucoso de variable tamaño, móvil, asintomático, bien circunscrito y cubierto por mucosa normal (9). En coloraciones de H&E, el TFS puede ser difícil de ser distinguido de otros tumores de células fusiformes orales, ya que clásicamente son considerados por mostrar un padrón polimórfico ("padrón sin padrón"). La inmunohistoquímica es de valiosa ayuda para confirmar el diagnóstico, siendo positivos para vimentina, CD34, CD99 y bcl-2 (13).

En este reporte, describimos dos casos adicionales de TFS intraoral benigno, enfatizando el diagnóstico diferencial así como también sus características histopatológicas e inmunohistoquímicas.

Reporte de caso

Caso 1

Un paciente masculino de 38 años de edad, caucásico, fue referido al servicio de Diagnóstico Oral (Orocentro) de la Facultad de Odontología de Piracicaba - UNICAMP, Brasil, quejándose de una lesión oral con 1 mes de evolución, la cual permanecía estable después de su detección. El paciente tenía aparente buen estado de salud, siendo la historia médica general no contribuyente. El examen intraoral mostró una lesión nodular submucosa móvil, bien delimitada, asintomática, de consistencia fibroelástica midiendo 2,0 x 2,0 cm, localizado en la mucosa yugal izquierda y cubierta por mucosa de apariencia normal. Nuestro diagnóstico clí-

nico fue de tumor mesenquimal benigno (Fig. 1). Se procedió a efectuar una biopsia excisional bajo anestesia local y el espécimen fue sometido a análisis histopatológico. Microscópicamente, el tumor fue bien circunscrito, exhibiendo áreas hipercelulares sin padrón definido o áreas estoriformes de células fusiformes alternando con áreas hipocelulares (Fig. 2). En las áreas hipocelulares, las células tumorales estuvieron embebidas en una matriz colagenosa densa hialinizada (Fig. 3). Áreas con apariencia hemangiopericítica estuvieron dispersas en el estroma tumoral. El número de figuras mitóticas fue <2/10 campos de gran aumento. No fueron observadas necrosis, atipia nuclear, hemorragia y pleomorfismo.

Caso 2

Un paciente masculino de 55 años de edad, caucásico, fue referido a la Clínica de Odontología de la Universidad de Ribeirão Preto (UNAERP), Brasil, quejándose de un nódulo en la mucosa yugal izquierda con 3 años de evolución. La historia médica así como el examen extrabucal fue no contribuyente. El examen intraoral mostró un nódulo submucoso móvil, fibroelástico, bien circunscrito, asintomático, localizado en la mucosa yugal izquierda. La lesión media 3.5 x 2.5 cm, siendo recubierta por mucosa normal. Con la principal hipótesis clínica de un tumor mesenquimal benigno, la lesión fue fácilmente removida bajo anestesia local. Microscópicamente, la lesión era formada por áreas hipercelulares e hipocelulares, sin un padrón específico. Las áreas hipercelulares eran compuestas por células fusiformes

mixturadas con numerosos vasos sanguíneos en padrón hemangiopericítico. Las áreas hipocelulares presentaban predominantemente fascículos de fibras colágenas dispuestos en diferentes direcciones. No se observaron atipias celulares, mitosis atípicas o necrosis.

Hallazgos immunohistoquímicos

A partir del material de la biopsia fijada en formol tamponado y embebida en parafina, fueron obtenidos cortes de 3 µm de espesor, las cuales fueron desparafinizadas, hidratadas e inactivadas con peróxido de hidrógeno al 3% para inhibir la peroxidasa endógena. Para la recuperación de antígenos, los especímenes fueron tratados con tampón citrato pH 6 en horno de micro-ondas, seguido por incubación con el anticuerpo primario durante 16 horas (Tabla 1), usando apropiados controles positivos y negativos. Para la detección de los anticuerpos primarios, usamos anticuerpos secundarios conjugados con streptavidina-biotina-peroxidasa (Strept ABCComplex/HRP Duet, Mouse/Rabbit, Dako A/S, Denmark), las cuales fueron revelados usando el cromógeno diaminobenzidina y contracoloreados con hematoxilina de Carazzi. La expresión de los inmunomarcadores fueron considerados como siendo positivos o negativos. Las células tumorales mostraron fuerte inmunoreactividad para vimentina, CD34 (Fig. 4) y bcl-2 (Fig. 5) en ambos casos y fueron negativos fueron obtenidos con actina músculo específico, actina músculo liso, S100 y citoqueratinas de amplio espectro (AE1/AE3). Estos hallazgos confirmaron el diagnóstico de TFS.

Ninguna recurrencia fue detectada durante 1 y 10 años de seguimiento en el primer y segundo caso, respectivamente.

Discusión

Aunque la ocurrencia del TFS estuvo pensada ser confinada a la cavidad serosa pleural, existen numerosos reportes de esta lesión en localizaciones extrapleurales, particularmente afectando extremidades, tronco y retroperitoneo. Es interesante el hecho de que estos tumores alcanzaran tamaños considerables (>10cm). No parece haber predilección por el sexo y ocurre primariamente en adultos, siendo rara su presentación en adolescentes (14). El promedio de edad de los pacientes con TFS oral es de 59 años (9). Aunque claramente el TFS es de origen mesenquimal, su histogénesis es desconocida, siendo las principales candidatas las células mesenquimales primitivas dendríticas (9,15,16).

Microscópicamente, todos los TFS exhiben similar morfología a despecho de su localización anatómica. Son caracterizados por mostrar áreas hipercelulares e hipocelulares, una matriz colagenosa esclerótica y vasos sanguíneos en padrón hemangiopericítico. Aunque las células están distribuidas al azar, ellas pueden mostrar un padrón estoriforme (2, 11, 17). El tumor usualmente exhibe inmunoreactividad para vimentina, CD34, bcl-2, CD99 y factor XIIIa, pero es negativo para actina músculo específico, actina músculo liso, S100 y citoqueratinas (2, 8, 12, 15, 17-19). Similar a CD34, CD99 es un marcador consistente-mente encontrado en el TFS,

Tabla 1. Inmunomarcadores usados en el diagnóstico de los tumores fusocelulares.

Anticuerpos / clones	Fuente	Dilución	Recuperación antigénica
Vimentina/V9	Dako	1/200	Microondas
CD34/QBEnd 10	Dako	1/50	Microondas
Bcl-2/ 124	Dako	1/50	Microondas
Citoqueratinas/ AE1/AE3	Dako	1/200	Microondas
S-100*	Dako	1/1000	Microondas
Actina alfa músculo liso / 1A4	Dako	1/200	Microondas
Actina músculo específico / HHF35	Dako	1/200	Microondas

* Polyclonal

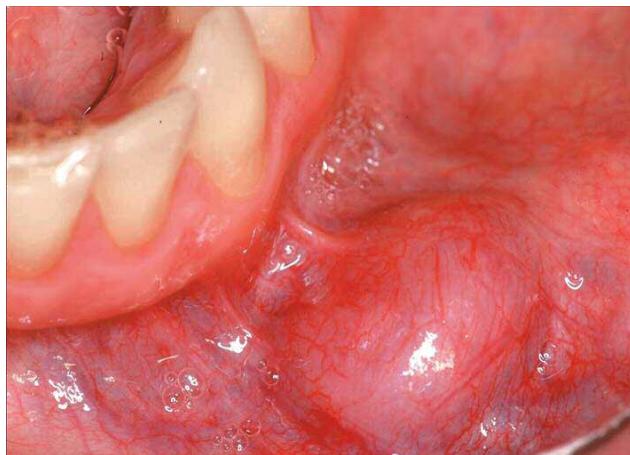


Fig. 1. Lesión nodular en la mucosa bucal cubierto por mucosa de apariencia normal.
Nodular lesion in the buccal mucosa covered by mucosa of normal appearance.

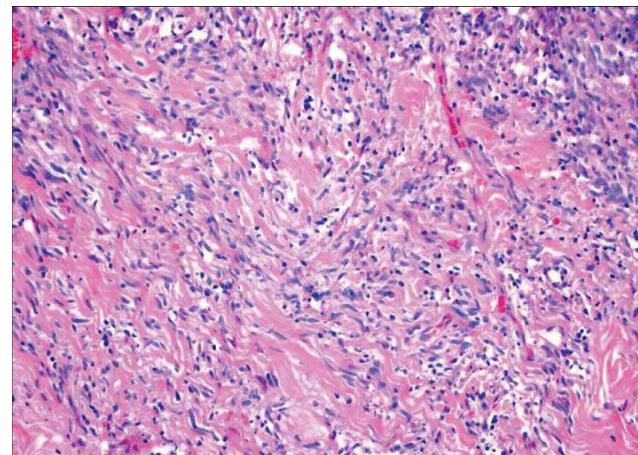


Fig. 2. Área hipercelular de células fusiformes exhibiendo superficie bien delimitada (H&E, x 200).
Hypercellular spindle cells areas exhibiting well-circumscribed surface (H&E, x200).

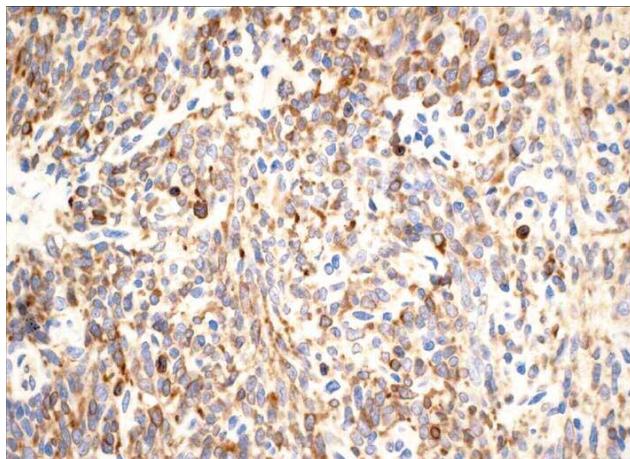


Fig. 3. Área hipocelular mostrando células fusiformes y linfocitos inmersas en una matriz colagenosa densa hialinizada (H&E, x200).
Hypocellular area showing spindle cells and lymphocytes immersed in a hyalinized dense collagenous matrix (H&E, x200).

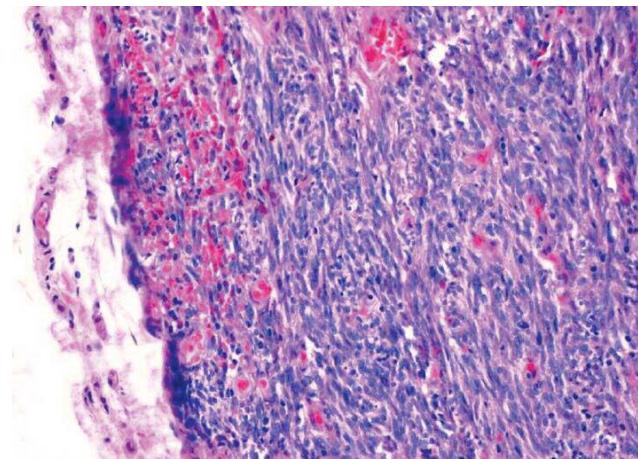


Fig. 4. Células tumorales con fuerte expresión de CD34 en patrón de membrana (Inmunohistoquímica, x200).
Strong CD34 expression in tumor cells in membranous pattern (Immunohistochemistry, original magnification x200).

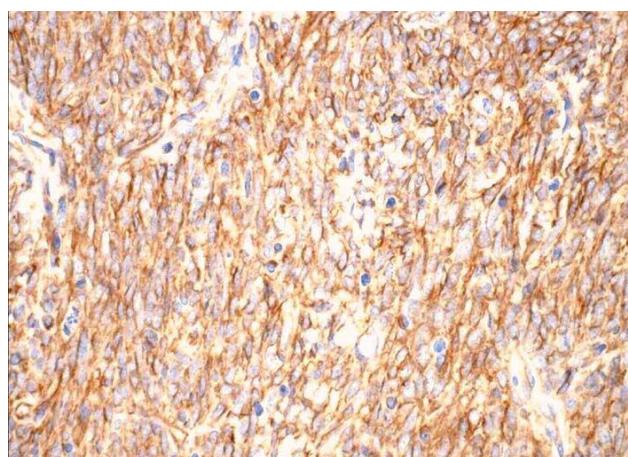


Fig. 5. Inmunoreactividad citoplasmática positiva en las células tumorales para bcl-2 (Inmunohistoquímica, x200).
Positive cytoplasmic immunoreactivity for bcl-2 in tumor cells (Immunohistochemistry, original magnification x200).

en cuanto EMA (antígeno epitelial de membrana) y desmina pueden ser positivos en casos esporádicos (13).

La molécula CD34 es una glicoproteína transmembrana de cadena única relacionada a subgrupos de células progenitoras hematopoyéticas mieloïdes (8,20). Según Regezi et al. (1992) (16), los dendrocitos submucosos orales exhiben positividad para CD34 y el factor XIIIa. Aunque CD34 es comúnmente positivo en el TFS, es también expresado en otras entidades, tales como leucemia, neoplasias vasculares, neoplasias derivados de músculo liso, tumores de la vaina nerviosa y dermatofibrosarcoma protuberans (2,11). La proteína bcl-2 está localizada en la membrana mitocondrial y está relacionada a un aumento de sobrevida celular inhibiendo la apoptosis. Nuestros casos fueron fuertemente positivos para vimentina, CD34 y bcl-2, confirmando la naturaleza mesenquimal del tumor, su probable origen a partir de células dendríticas intersticiales así como también la posible inhibición de la apoptosis. Este tumor es usualmente bien delimitado y aparentemente encapsulado. Sin embargo, la presencia de un número incrementado de figuras mitóticas ($>4/10$ campos de grande aumento), pleomorfismo nuclear, hipercelularidad, hemorragia y necrosis pueden indicar la presencia de una variante maligna la cual generalmente está asociada con un curso clínico agresivo (13,21). Estas características histopatológicas estuvieron ausentes en nuestros casos, confirmando su curso benigno. Sin embargo, concordamos con Vallat-DeCouvelaere et al. (1998) (13) sobre el seguimiento que deben re-

cibir estos pacientes. La mayoría de los casos extrapleurales publicados muestran un curso benigno, pero esto probablemente refleja el relativo corto tiempo de seguimiento y al igual que las lesiones pleurales, es posible que algunos casos puedan recurrir o causar metástasis (13).

El diagnóstico diferencial del TFS incluye : fascitis nodular (FN), histiocitoma fibroso (HF), schwannoma, leiomiosarcoma, fibrosarcoma, miofibroma, tumor desmoide, dermatofibrosarcoma protuberans y neurofibrosarcoma (2,11). Tanto la FN y el TFS son compuestos de células fusiformes y fibras de colágeno, sin embargo el TFS presenta un padrón estromal no definido cuando es comparado al estroma fibrilar observado en la FN. Además, inmunohistoquímicamente la FN es positiva para actina músculo liso y el TFS es positivo para CD34 (22). El HF y el TFS pueden mostrar áreas estoriformes similares, siendo este padrón más prevalente en el primero. Por otro lado, el TFS exhibe más áreas escleróticas que el HF (6). El Schwannoma es un tumor encapsulado compuesto de células de Schwann cuyos núcleos tienden a mostrar palizadas, formando los cuerpos de Verocay distintivos de áreas Antoni A; encuanto las áreas paucicelulares y mixoides muestran hialinización perivasicular característicos de áreas Antoni B. La expresión positiva para S100 es típicamente sugestiva de la naturaleza neural de estos tumores (18,23). El leiomiosarcoma y fibrosarcoma pueden raramente envolver tejidos blandos orales, pero ellos pueden ser distinguidos del TFS por sus características citoló-

gicas malignas, padrón infiltrativo, falta de expresión de CD34 e inmunoreactividad positiva para actina y miosina en el caso del tumor muscular (19). El tumor maligno de la baina del nervio periférico es otra neoplasia maligna incomún de células fusiformes en la cavidad oral que comparte algunas características morfológicas y expresión de CD34 con el TFS. Sin embargo, a diferencia del TFS, este tumor maligno muestra moderada a fuerte inmunorreactividad para S100 (19). El miofibroma solitario también es no común en la cavidad oral que puede ser distinguido del TFS, considerando la celularidad y morfología nuclear. Este tumor expresa actina muscular liso, el cual es usualmente ausente en el TFS y es negativo para CD34 (19). El tumor desmoide tiene una presentación rara en la cavidad oral, pero al igual que el tumor anterior falta en la expresión de CD34 y exhibe un aspecto histopatológico monótono (24). El dermatofibrosarcoma protuberans es un tumor maligno de bajo grado, que ha sido reportado en la cavidad oral. Aunque estos tumores son frecuentemente CD34 positivos, son generalmente bcl-2 negativos (12).

En resumen, en el presente artículo relatamos los aspectos clínicos, microscópicos e inmunohistoquímicos de dos casos adicionales de TFS oral. Esta neoplasia es poco común en la cavidad oral, pero deberá ser considerada en el diagnóstico diferencial de lesiones nodulares de la mucosa formada por células fusiformes. Enfatizamos el diagnóstico microscópico diferencial, incluyendo el uso de los inmunomarcadores, así como también recomendar un cuidadoso seguimiento en estos pacientes.