

Informe de Caso: Fascitis Nodular

Pablo Andres Jiménez Pérez¹

pjpandres@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-6727-469X>

Universidad Central del Ecuador UCE

Hospital Francisco de Orellana

Berenisse Trinidad Flores Salazar

floresberenisse@yahoo.com

<https://orcid.org/0000-0002-6286-6673>

Universidad Central del Ecuador UCE

Hospital Francisco de Orellana

Jhon Erick Novoa Mero

mcdesmero25@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-1347-3232>

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

ULEAM

Hospital Francisco de Orellana

Gema Lisbeth Flores Posligua

gemalisbeth@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-5588-0244>

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

ULEAM

Hospital Francisco de Orellana

Danny Xavier Garcia Zambrano

danny_xavi@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-1209-1714>

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

ULEAM

Hospital Francisco de Orellana

Marcos Geovanny Moreira Moreira

marcos.geomor2@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-8320-121X>

Universidad Técnica de Manabí UTM

Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano,

Santo Domingo

RESUMEN

La fascitis proliferativa (FP) junto a la miositis proliferativa (MP) y la fascitis nodular (FN), pertenece a un grupo de proliferaciones miofibroblásticas pseudosarcomatosas. La FP y la MP son lesiones benignas poco comunes en tejidos blandos, con buen pronóstico mediante exéresis completa. Sin embargo, la FP puede confundirse con sarcoma debido a su rápido crecimiento y características histológicas peculiares. Este caso se trató de un hombre de 52 años consultó por una masa en el tercer dedo de la mano derecha, limitando la funcionalidad. Tras varios meses de evolución, el cuadro se volvió incapacitante. El examen físico reveló una masa eritematosa con dolor y limitación de movimiento. Los análisis de laboratorio mostraron resultados pertinentes. La radiografía y la tomografía axial computarizada confirmaron la lesión. La biopsia histopatológica reveló FP, llevando a la decisión de amputación quirúrgica del tercer dedo y metacarpiano. La FP, descrita por Chung y Enzinger en 1975, se clasifica como proliferación subcutánea en el grupo de proliferaciones miofibroblásticas benignas. Afecta comúnmente a adultos de 40 a 70 años, siendo autolimitada en adultos, pero persistente en casos pediátricos. En el caso presentado, la PF se localizó en el tercer dedo, rara para adultos, y su rápido crecimiento generó la necesidad de intervención quirúrgica. La histopatología, crucial para el diagnóstico, mostró miofibroblastos ganglionares característicos de FP. Aunque la escisión quirúrgica es el tratamiento estándar, casos de involución tras biopsia indican posibles enfoques conservadores.

Palabras claves: fascitis; metacarpo; tumores de partes blandas; amputación quirúrgica

¹ Autor Principal

Correspondencia: pjpandres@hotmail.com

Case report: Nodular fasciitis

ABSTRACT

Proliferative fasciitis (PF), along with proliferative myositis and nodular fasciitis, belongs to a group of pseudosarcomatous myofibroblastic proliferations. PF and PM are rare benign lesions in soft tissues, with a good prognosis through complete excision. However, PF can be confused with sarcoma due to its rapid growth and peculiar histological features. This case involved a 52-year-old man who consulted for a mass in the third finger of his right hand, limiting functionality. After several months of evolution, the condition became disabling. Physical examination revealed an erythematous mass with pain and limitation of movement. Laboratory analyzes showed relevant results. X-ray and computed axial tomography confirmed the injury. The histopathological biopsy revealed PF, leading to the decision of surgical amputation of the third finger and metacarpal. PF, described by Chung and Enzinger in 1975, is classified as a subcutaneous proliferation in the group of benign myofibroblastic proliferations. It commonly affects adults between 40 and 70 years of age, being self-limited in adults, but persistent in pediatric cases. In the case presented, the PF was located in the third finger, rare for adults, and its rapid growth generated the need for surgical intervention. Histopathology, crucial for diagnosis, showed lymph node myofibroblasts characteristic of PF. Although surgical excision is the standard treatment, cases of involution after biopsy indicate possible conservative approaches.

Keywords: fasciitis; metacarpus; soft tissue neoplasms; amputation surgical

Artículo recibido 15 noviembre 2023

Aceptado para publicación: 28 diciembre 2023

INTRODUCCIÓN

La miositis proliferativa, junto con la fascitis proliferativa y la fascitis nodular, son un grupo de proliferaciones miofibroblásticas pseudosarcomatosas **(1)**. La fascitis proliferativa y la miositis proliferativa son lesiones benignas poco frecuentes de los tejidos blandos **(2)**. El pronóstico es bueno y si la exéresis es completa se logra la curación total de la patología. Sin embargo, desde el punto de vista clínico y patológico, la fascitis proliferativa puede confundirse fácilmente con el sarcoma, porque aparece como una masa dolorosa de rápido crecimiento y tiene características histológicas como celularidad elevada, patrones morfológicos extraños, figuras mitóticas y proliferación infiltrativa difusa **(3)**. Las localizaciones más comunes son la cara volar del antebrazo, el brazo y el hombro ¿más del 50 % del total?; tronco, cabeza y cuello y raramente en mamas, manos, pies, parótidas, tráquea y cráneo. En ocasiones se refiere un trauma precedente a la lesión. Aparece como un nódulo solitario o múltiple; la piel que lo cubre suele ser móvil, es indoloro o ligeramente doloroso y su tamaño casi nunca excede los 3 cm, aunque se reportan casos de hasta 10,5 cm; su crecimiento es rápido en pocas semanas, para luego detenerse **(4)**.

PRESENTACION DE CASO

Paciente masculino de 52 años de edad, sin antecedentes de importancia, que acude al servicio de consulta externa de traumatología y ortopedia de este hospital, tras presentar un cuadro clínico caracterizado por una masa en el tercer dedo de la mano derecha de gran tamaño que limita la funcionalidad de la extremidad. Este cuadro clínico ha evolucionado durante varios meses sin causa aparente, y se vuelve más incapacitante con el paso de los meses, por lo que decide acudir a nuestra casa de salud.

Se decide iniciar con un examen físico completo y exámenes de gabinete. En el examen físico se evidencia una masa de gran tamaño en el tercer dedo de la mano derecha, con eritema localizado, limitación funcional y dolor a la flexión y extensión de la articulación interfalángica **(Ilustración 1)**. Los exámenes de laboratorio reportan lo siguiente: **(Tabla 1)**.

Ilustración 1. Mano derecha con evidencia de lesión localizada en tercer dedo, bordes regulares, eritematosa que compromete la funcionalidad de la extremidad.



Tabla 1. Resultados de análisis de laboratorio.

Hemoglobina	8.2 g/dl
Hematocrito	25.5%
Plaquetas	365 10³/ul
Leucocitos	9.60 10³/ul
Segmentados	87.8%
Grupo y Factor	O Rh+
Úrea	13.2 mg/dl
Creatinina	0.62 mg/dl
Glucosa	123 mg/dl

Se decide realizar una placa radiográfica para descartar el compromiso óseo (**Ilustración 2**). Una vez definida la lesión, se decide realizar resonancia magnética simple y contrastada con el fin de establecer la vascularidad de la tumoración y el nivel de compromiso vascular (**Ilustración 3**).

Ilustración 2: Radiografía antero-posterior de mano la cual no evidencia compromiso óseo



Ilustración 3: Podemos apreciar la vascularidad que presenta la tumoración.



Se decide realizar una toma de biopsia para análisis histopatológico, el cual reporta lo siguiente: la muestra presenta proliferación de células grandes, con núcleo redondeado, algunos binucleados con el

nucléolo prominente y citoplasma eosinófilo. Algunas células presentan emperipolesis, y no se observan mitosis. Dando un diagnóstico patológico de fascitis proliferativa por lo que se decide manejo quirúrgico para amputación del tercer dedo con amputación del tercer metacarpiano (**Ilustración 4**).



Ilustración 4: Control posterior al procedimiento quirúrgico.

DISCUSIÓN

La primera referencia a la proliferación fibroblástica se atribuye a Chung y Enzinger en 1975 (5). Esta condición representa una forma de crecimiento subcutáneo que forma masas y se clasifica actualmente como parte de las proliferaciones miofibroblásticas benignas, junto con la fascitis nodular y la miositis proliferativa. La FP es común en adultos de 40 a 70 años, sin preferencia étnica, y generalmente se considera autolimitada en esta población. Sin embargo, en casos pediátricos, no se observa involución espontánea según una serie de 20 casos. La FP es rara en menores de 15 años y tiende a afectar el tejido subcutáneo de las extremidades, especialmente el antebrazo (6).

Chung y Enzinger inicialmente informaron dos casos de FP en la mano y un total de 53 casos, aunque no detallaron los síntomas de cada uno. En su informe, la FP se encontraba principalmente subcutánea y era dolorosa en aproximadamente dos tercios de los pacientes. En casi un tercio de los casos, la lesión inicialmente se confundió con un sarcoma debido a su rápido crecimiento y características histológicas extrañas. Aunque hubo un caso de recurrencia, los autores recomendaron la escisión local de estas

lesiones **(5)**.

En los últimos 30 años, solo se han informado tres casos separados de FP en la mano de adultos. Todos presentaron un nódulo doloroso o un dedo hinchado, fueron tratados con biopsia por escisión y permanecieron libres de recurrencia **(7) (8)**.

Debido a la falta de especificidad en las características de imagen de la FP, el diagnóstico suele basarse en hallazgos patológicos. La confirmación histopatológica es esencial, mostrando una proliferación de miofibroblastos en un estroma mixoide y colágeno variable. La característica histológica distintiva de la FP es la presencia de miofibroblastos grandes, poligonales, semejantes a ganglios. Estos, junto con los miofibroblastos fusiformes, forman la población celular bifásica característica de la FP **(9)**.

Las manifestaciones clínicas de la proliferación fibroblástica incluyen la formación de una masa, generalmente dolorosa, con un comportamiento local agresivo que puede experimentar un rápido aumento de tamaño en unas pocas semanas, alcanzando sustancialmente un tamaño máximo de alrededor de 3 cm **(10)**. Los tumores de tejidos blandos RMS y no RMS son fuertes alternativas de diagnóstico a la FP **(11)**. Estos tumores suelen presentarse como masas indoloras y sin síntomas asociados, a menos que afecten la función de órganos cercanos, pudiendo causar linfadenopatía regional palpable **(12)**.

En nuestro caso, el análisis histopatológico reveló la presencia de grandes células ganglionares en el estroma fibrocolágeno, una característica distintiva de la FP en contraste con la fascitis nodular, que es el tumor benigno de tejido blando más frecuente en la mano **(13) (14)**.

Se ha evidenciado que la escisión quirúrgica es el tratamiento más habitual para la FP. No obstante, en un caso de FP en el antebrazo, la lesión mostró una involución después de una biopsia con aguja, lo que llevó a los autores a abogar por un enfoque conservador en el tratamiento de tales lesiones **(15)**.

CONCLUSIÓN

El caso clínico de fascitis proliferativa en el tercer dedo de la mano derecha resalta la complejidad diagnóstica de las proliferaciones miofibroblásticas pseudosarcomatosas. La presentación inusual en la mano de un adulto de 52 años subraya la variabilidad clínica de esta entidad, inicialmente descrita por Chung y Enzinger en 1975. La rápida evolución de la masa y su confusión clínica con sarcomas destaca la importancia de una evaluación histopatológica precisa, crucial para el diagnóstico diferencial y la

planificación del tratamiento. La decisión de realizar la amputación quirúrgica del tercer dedo y metacarpiano ilustra la necesidad de intervenciones agresivas en casos de FP con compromiso funcional significativo. Aunque la escisión quirúrgica es la norma, casos de involución post-biopsia plantean cuestiones sobre enfoques más conservadores. Este caso subraya la rareza de la FP en la mano de adultos y destaca la importancia de la colaboración multidisciplinaria entre traumatólogos, radiólogos y patólogos para un diagnóstico preciso y un manejo adecuado. La investigación continua en este campo es esencial para mejorar la comprensión de estas lesiones y desarrollar estrategias terapéuticas más individualizadas.

CONFLICTOS DE INTERÉS.

Los autores no declaran conflicto de interés en la elaboración de la presente publicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jarraya , Parva , Stone , Klein J, Guermazi. Atypical proliferative myositis: original MR description with pathologic correlation: case report. *Skeletal Radiol.* 2014 Aug; 43(8): 1155-9.
2. Makise N, Mori T, Motoi T, Shibahara J, Ushiku T, Akihiko Y. Reordenamiento recurrente de FOS en fascitis proliferativa/miositis proliferativa. *Modern Pathology.* 2021 Mayo; 34(5): 942-950.
3. Park S, Kim , Chun. Sonographic appearance of proliferative fasciitis: A case report. *J Clin Ultrasound.* 2017 Sep; 45(7): 445-449.
4. Marrero Riveron LO, De Cardenas Centeno M, Tamayo Figueroa A, Gonzales Cabrera D, Bernal Gonzalez M, Sanchez Noda E. Fascitis nodular proliferativa. A propósito de un caso. *Rev Cubana Ortop Traumatol.* 1998; 12(1-2): 107-111.
5. Chung EB, Enzinger FM. Fascitis proliferativa. *PubMed.* 1975; 36(4): 1450-8.
6. Preziosi , De Saint Aubain , Aparisi Gómez P, Simoni. Fascitis proliferativa de la mano en una niña de nueve años: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Cureus.* 2020 Enero 24; 12(1).
7. Richards RH, Evans G, Fitzgerald JA, Millward Sadler GH. Proliferative fasciitis of a finger: a case report. *J Hand Surg Br.* 1990 Nov; 15(4): 501-2.
8. Satter , Dela Rosa M. Intradermal proliferative fasciitis on the finger. *Am J Dermatopathol.* 2015

Mar; 37(3): 246-8.

9. Goldblum JR, Folpe L, Weiss SW. Tumores de partes blandas España: Elsevier España; 2021.
10. Forcucci A, Bruner T, Smith. Benign soft tissue lesions that may mimic malignancy. *Semin Diagn Pathol.* 2016 Jan; 33(1): 50-9.
11. Honda Y, Oh-yo T, Serizawa H. Un caso de fascitis proliferativa en la región abdominal. *J Dermatol.* 2014 Julio 22;; 753-8.
12. Sfoungaris , Mouravas , Kepertis C, Lambropoulos , Spyridakis. Proliferative Fasciitis in Childhood: A Review of Clinical Data Apropos of a Case. *J Clin Diagn Res.* 2017 Feb; 11(2): PD08-PD10.
13. Ingari V, Faillace J. Benign tumors of fibrous tissue and adipose tissue in the hand. *Hand Clin.* 2004; 20(3): 243-8.
14. Sbaraglia , Bellan , Dei Tos AP. The 2020 WHO Classification of Soft Tissue Tumours: news and perspectives. *Patológica.* 2021 Abril; 113(2): 70-78.
15. Kato , Ehara , Nishida , Satoh. Rapid involution of proliferative fasciitis. *Skeletal Radiol.* 2004 May; 33(5): 300-2.