



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CUENCA

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**“TUMOR FIBROSO SOLITARIO DE PLEURA:  
REPORTE DE CASO”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTORA: GABRIELA ALEJANDRA DÍAZ PALLANGO**

**DIRECTORA: DRA. DIANA KATHERINE ASTUDILLO BRAVO**

**CUENCA - ECUADOR**

**2024**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**“TUMOR FIBROSO SOLITARIO DE PLEURA:  
REPORTE DE CASO”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTORA: GABRIELA ALEJANDRA DÍAZ PALLANGO**

**DIRECTORA: DRA. DIANA KATHERINE ASTUDILLO BRAVO**

**CUENCA - ECUADOR**


**2024**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**

## DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

**Gabriela Alejandra Díaz Pallango** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0107141111**. Declaro ser el autor de la obra: **“Tumor Fibroso Solitario de Pleura: Reporte de Caso”**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 22 de febrero de 2024

F:  .....

**Gabriela Alejandra Díaz Pallango**  
C.I. **0107141111**

## CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado "**Tumor Fibroso Solitario de Pleura: Reporte de Caso**" realizado por **Gabriela Alejandra Díaz Pallango** con documento de identidad No. **0107141111**, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 22 de febrero de 2024

F:  .....

**Dra. Diana Katherine Astudillo Bravo**  
**DIRECTOR / TUTOR**

**DEDICATORIA**

A Rafaela, mi última hermana, la luz de mis ojos. Todo es por ti.

A María Emilia, mi hermana, “la del medio”. Sé que eres capaz de todo y mucho más.

A mi versión de 10 años, espero que esté orgullosa de lo que hemos logrado.

**AGRADECIMIENTO**

A Dios, por ser mi luz, mi fuerza y mi voluntad en todo momento.

A mis padres, los que siempre confiaron en mí de una manera incondicional.

A la Universidad Católica de Cuenca, por haberme dado las mejores oportunidades.

A mi tutora y mentora, Dra. Katherine Astudillo. Un día me dijo “tendrás un futuro brillante” y nunca lo olvidaré.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	8
<b>ABSTRACT</b> .....	9
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	10
<b>REPORTE DE CASO</b> .....	12
<b>DISCUSIÓN</b> .....	17
<b>CONCLUSIONES</b> .....	20
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	21
<b>GLOSARIO</b> .....	23

## TUMOR FIBROSO SOLITARIO DE PLEURA: REPORTE DE CASO

### RESUMEN

**Antecedentes:** El tumor fibroso solitario de pleura es una neoplasia de origen mesenquimal, poco frecuente y con una incidencia de 2,8 por cada 100.000 individuos. La mayoría de los pacientes son asintomáticos, no obstante, un menor porcentaje presenta disnea. Incidentalmente, la radiografía torácica otorga una primera impresión diagnóstica. El manejo es quirúrgico y la técnica recomendada es la toracotomía abierta. El diagnóstico definitivo se obtiene mediante el estudio patológico de la masa extirpada, con la expresión positiva de los antígenos CD34, CD99 y/o BCL-2. Se requiere de un seguimiento estricto para evitar complicaciones o recurrencias.

**Descripción del caso:** Paciente femenina de 80 años, acude por dolor costal y abdominal acompañado de cefalea tras sufrir caída desde el tejado de su casa, 15 días previo a la fecha de presentación en nuestro servicio. A la auscultación, llama la atención murmullo vesicular disminuido en base pulmonar izquierda. Con la sospecha de lesiones debido al trauma, se solicitó radiografía de tórax, revelándose proceso ocupativo sugestivo de masa tumoral. Previo al procedimiento quirúrgico, se realizó biopsia de la lesión para valorar marcadores inmunohistoquímicos, con resultados sugerentes de tumor fibroso solitario. Se extirpó masa de 2,143 gramos y 15,5 x 15,0 x 12,5 centímetros. El estudio patológico del tumor confirma el diagnóstico mediante la reacción positiva del marcador CD34.

**Conclusión:** Los nuevos casos diagnosticados deben ser reportados con la finalidad de adquirir nuevas pautas de manejo y conocimiento frente al comportamiento de la enfermedad.

**Palabras clave:** Antígenos CD34, Toracotomía, Tumor Fibroso Solitario Pleural.

## SOLITAIRE FIBROUS TUMOR OF THE PLEURA: CASE REPORT

### ABSTRACT

**Background:** A solitary fibrous tumor of the pleura is a neoplasm of mesenchymal origin, rare and with an incidence of 2.8 per 100,000 individuals. Most patients are asymptomatic; however, a smaller percentage present dyspnea. Incidentally, the chest X-ray provides a first diagnostic impression. Treatment is surgical, and the recommended technique is open thoracotomy. The definitive diagnosis is obtained through the pathological study of the removed mass, with the positive expression of the CD34, CD99, and/or BCL-2 antigens. Strict follow-up is required to avoid complications or recurrences.

**Case description:** An 80-year-old female patient presented with rib and abdominal pain accompanied by headache after suffering a fall from the roof of her home 15 days before the date of presentation to our service. Upon auscultation, a decreased vesicular murmur is noted in the left lung base. With suspicion of trauma-related injuries, a chest X-ray was requested, revealing an occupying process suggestive of a tumor mass. Prior to the surgical procedure, a biopsy of the lesion was performed to evaluate immunohistochemical markers, with suggestive results of a solitary fibrous tumor. A mass weighing 2.143 grams and measuring 15.5 x 15.0 x 12.5 centimeters was removed. The pathological study of the tumor confirms the diagnosis through the positive reaction of the CD34 marker.

**Conclusion:** Newly diagnosed cases must be reported to acquire new treatment guidelines and knowledge regarding the behavior of the disease.

**Keywords:** CD34 Antigens, Thoracotomy, Pleural Solitary Fibrous Tumor.

## INTRODUCCIÓN

El tumor fibroso solitario de pleura es una neoplasia poco frecuente con una incidencia de 2,8 por cada 100.000 pacientes, equivalente al 5% de los tumores de origen pleural y el 8% de las enfermedades benignas de tórax (1). En la literatura, se han reportado de 900 a 1760 casos, aproximadamente (2). En 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasificó esta neoplasia dentro de los tumores fibroblásticos de origen mesenquimal (3), mencionando su comportamiento impredecible, aunque mayormente benigno (4).

Las definiciones relacionadas con esta neoplasia han suscitado controversias debido a su naturaleza, puesto que inicialmente se la consideraba de origen seroso, lo que llevó a denominarla “mesoteliomas fibrosos benignos”, ocasionando confusiones en el diagnóstico de los tumores localizados (5). Determinar las cifras de incidencia y prevalencia de estos tumores representa un desafío, ya que los pacientes son asintomáticos y, en muchos casos, el diagnóstico se realiza por hallazgos incidentales en radiografías de tórax (6).

Histopatológicamente, el tumor se presenta con células alargadas y en forma de huso, separadas por bandas colágenas y dispuestas al azar, formando un “patrón sin patrón”; el análisis inmunohistoquímico no es reactivo a desmina y S-100, mientras que muestra positividad para los marcadores CD34, CD99, vimentina y/o BCL-2 (7).

La resección del tumor fibroso solitario de pleura supone un desafío dada su naturaleza pediculada e hipervascular, más las extensas adherencias que se forman alrededor de la neoplasia, por ello, el procedimiento quirúrgico mayormente utilizado es la toracotomía abierta, recomendada en tumores grandes e invasivos mayores a 15 centímetros, mientras que las lesiones pequeñas son sometidas a cirugía toracoscópica asistida por video (8).

El pronóstico del tumor fibroso solitario de pleura depende del potencial malignizante y el riesgo de recidivas; generalmente, se trata de neoplasias indolentes con tasas de supervivencia a 10 años entre el 66,9% al 97,5% (9). A pesar de la resección completa, estas neoplasias tienen una probabilidad de recurrencia que se correlaciona con el tipo de tejido: si el tumor es benigno, la tasa de recurrencia es del 8%, mientras que, si el tumor es maligno, el porcentaje aumenta a 63% (10).

La incidencia de esta neoplasia es escasa con tres casos reportados en Ecuador, uno de los cuáles no presentó sintomatología previa al hallazgo, mientras que los dos casos restantes tenían antecedentes de disnea leve; estos pacientes se sometieron a tratamientos quirúrgicos con

evoluciones adversas, como cuadros atelectásicos y en uno de ellos se registró la persistencia de una masa menor a 15 mm, motivo por el cual recibió esquema de radioterapia (11-13).

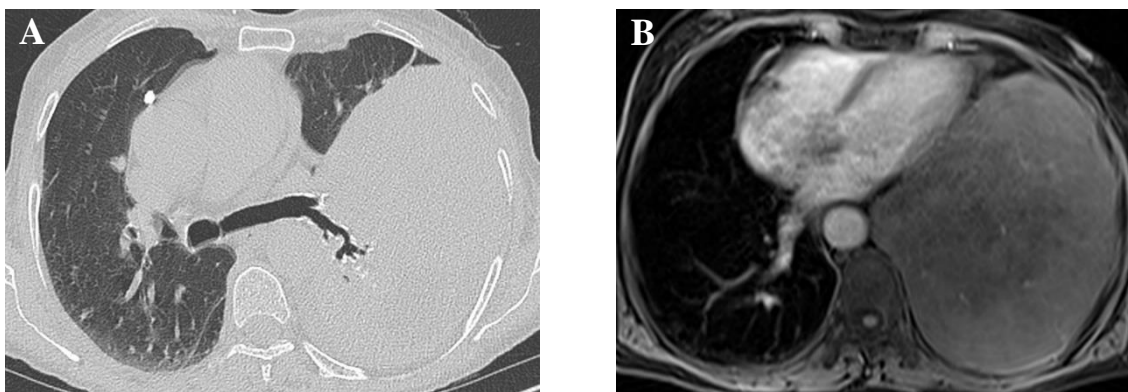
Informar sobre los casos más recientes es sustancial para revelar la evolución clínica y el comportamiento de la enfermedad, además de las estrategias empleadas por los profesionales médicos para abordarla. A continuación, describimos el caso de una paciente de 80 años que presentó un tumor fibroso solitario de pleura, diagnosticado incidentalmente posterior a un trauma.

## REPORTE DE CASO

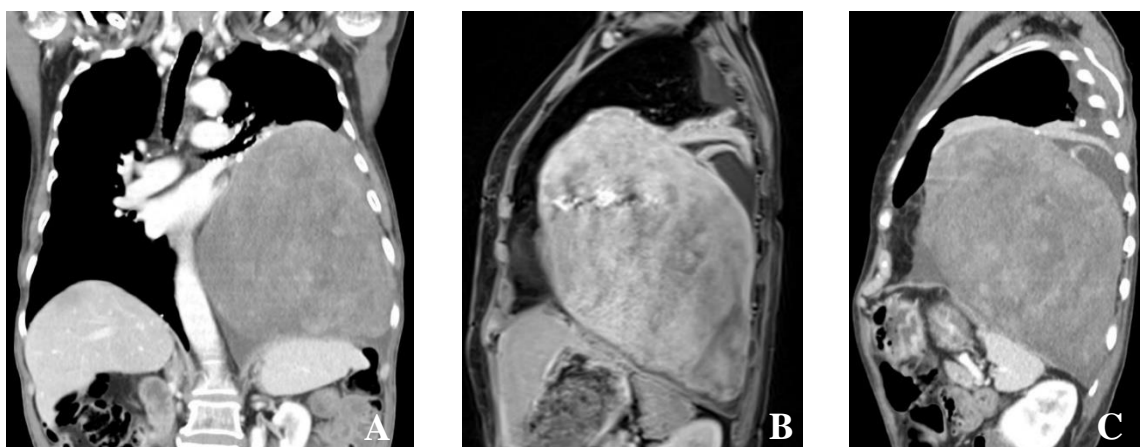
Se presenta el caso de una paciente femenina de 80 años, oriunda de la parroquia de Borrero, del cantón Azogues en la provincia de Cañar, quien acude por dolor costal y abdominal acompañado de cefalea tras accidente en el que refiere una caída desde el tejado de su casa 15 días previo a la fecha de presentación en esta casa de salud, sin recibir atención médica durante este periodo.

La paciente no refiere antecedentes patológicos personales ni familiares; dentro de su historial quirúrgico detalla colecistectomía hace 10 años e histerectomía hace 40 años; además, relata exposición a biomasa (fuego de leña) en su niñez. A su ingreso, los signos vitales se encontraron estables y el examen físico no reveló anomalías, salvo en la auscultación torácica, evidenciándose murmullo vesicular disminuido en la base pulmonar izquierda.

Previo a su accidente, la paciente refirió haber tenido episodios ocasionales de disnea de leves esfuerzos, pero no prestó interés a ello ya que no presentaba ningún otro síntoma acompañante. Con la sospecha de lesiones debido al trauma, se realizó una radiografía de tórax, en la que se reveló un hallazgo fuera de los diagnósticos presuntivos: proceso ocupativo en campo pulmonar izquierdo que comprimía órganos adyacentes. Para ampliar los detalles, se ordenó exámenes complementarios: la tomografía computarizada de tórax evidenció una masa de 20 x 15 centímetros en el campo pulmonar izquierdo que desplaza estructuras mediastinales hacia contralateral y hemidiafragma hacia inferior, atelectasia pasiva del lóbulo inferior izquierdo y derrame pleural; la resonancia magnética de tórax descarta infiltración tumoral a estructuras vecinas (**figuras 1 y 2**).



**Figura 1:** (A) Tomografía computarizada de tórax. Corte axial observándose masa de 20x15cm en el campo pulmonar izquierdo. Existe desplazamiento de las estructuras del mediastino hacia la derecha. (B) Resonancia magnética de tórax. Corte axial T1 fat-sat contrastada, en la que se evidencia realce heterogéneo de la masa con el gadolinio, no infiltra las estructuras del mediastino ni pericardio.

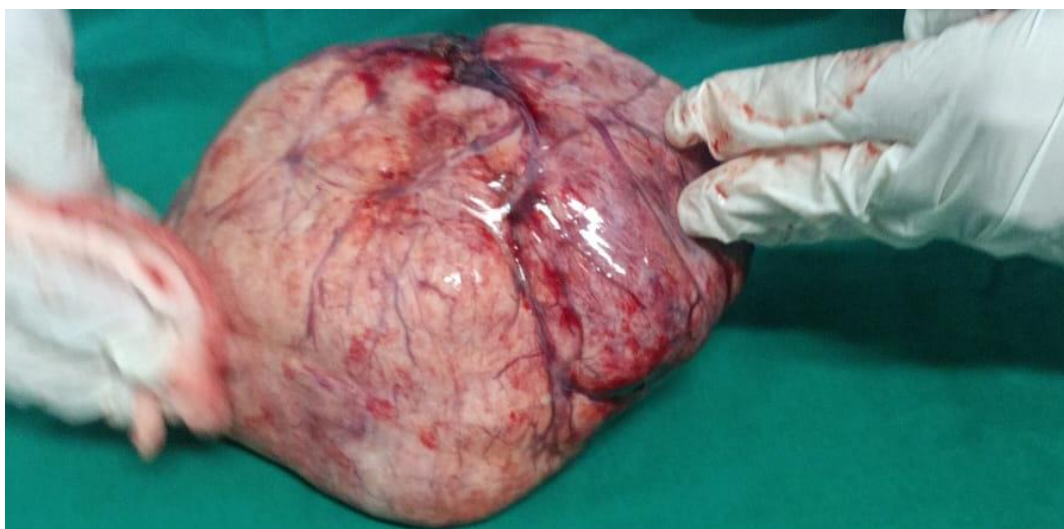


**Figura 2:** (A) Tomografía computarizada de tórax. Reconstrucción coronal multiplanar con medio de contraste no venoso. (B, C) Tomografía computarizada de tórax. Reconstrucciones sagitales multiplanares, con realce heterogéneo de la masa con el contraste endovenoso. Produce atelectasia pasiva del lóbulo inferior izquierdo, derrame pleural y desplazamiento hacia inferior del hemidiafragma izquierdo. No se observan signos de infiltración en el mediastino ni el diafragma.

Una vez establecida la presunción diagnóstica, se realizó una biopsia con aguja fina de la lesión del lóbulo pulmonar izquierdo. Microscópicamente se observó poca diferenciación, zonas moderadas a hipocelulares, zonas hialinas de color eosinofílico claro y la presencia de vasos ectásicos con zonas congestivas; estas células presentaron distintas formas, entre poligonales a fusocelulares y escaso citoplasma de color eosinófilo claro. No se evidenció zonas de necrosis tumoral.

Se llevó a cabo un estudio inmunohistoquímico del material biopsiado, evidenciándose la expresión negativa de los marcadores CK7 y CK COCTEL, los mismos que descartan lesiones de estirpe epitelial. La proliferación vascular ectásica de vasos de paredes delgadas con el estroma densamente fibrótico y la moderada celularidad sugirieron el diagnóstico de tumor fibroso solitario. A pesar de que se propuso la ampliación de las técnicas de inmunohistoquímica para precisar el diagnóstico, estos no fueron realizados.

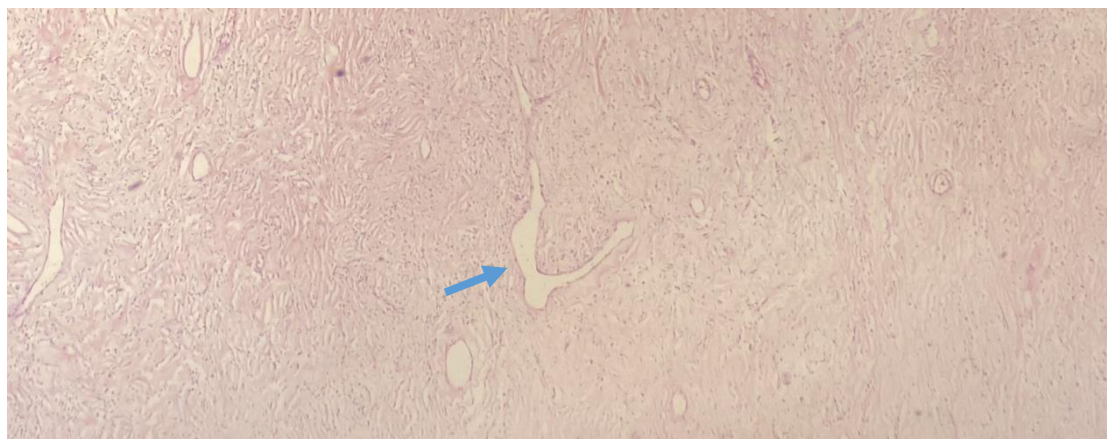
Dado estos hallazgos, se realizó una toracotomía anterolateral izquierda ampliada, evidenciándose un tumor de la pleura visceral, el cuál poseía un diámetro de 20cmx15cm aproximadamente (**figura 3**). Además, se encontró múltiples adherencias neumomediastinales, neumoparietales e interlobares gruesas y espesas unidas al diafragma. Se efectuó el lavado de la cavidad y se colocó un dren pleural. Al terminar la cirugía, la paciente ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos.



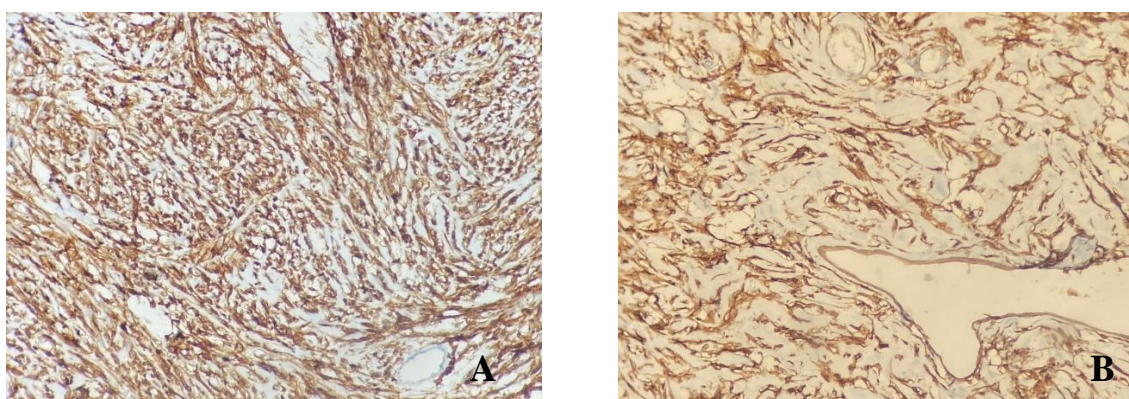
**Figura 3:** Tumor de la pleura visceral de 20cmx15cm aproximadamente, altamente vascularizado con pedículo de 2cm.

La masa extirpada se analizó por parte del servicio de anatomía patológica, quien informa las siguientes características macroscópicas: peso de 2,143 gramos y dimensiones de 15,5 x 15,0 x 12,5 centímetros, de superficie bien delimitada, color blanco rojizo, lobulado y de consistencia firme. El estudio inmunohistoquímico reveló positividad ante el marcador CD34 [Anti-CD34 (QBEnd/10) +++/+++] con patrón de expresión de membrana y citoplasmático en células endoteliales y estromales de la neoplasia.

Los cortes histológicos que se realizaron al tejido quirúrgicamente extirpado estaban constituidos por células fusiformes en un estroma colágeno, de vasculatura dilatada prominente tipo “cuerno de ciervo”, asociado a este tipo de tumores (**Figura 4**). No se observaron mitosis en 10 campos de alta potencia ni se identificó atipia citológica manifiesta o necrosis tumoral. El estudio inmunohistoquímico demostró que las células neoplásicas eran difusas y fuertemente positivas para el marcador CD34, confirmando el diagnóstico de tumor fibroso solitario de pleura (**Figura 5**).



**Figura 4:** Microscopía óptica de corte histológico de tumor pleural. Neoplasia constituida por células fusiformes sin atipia, citología manifiesta con estroma colagenoso y proliferación vascular en “cuerno de ciervo” (flecha azul). Este patrón se asocia a la apariencia histológica característica del tumor fibroso solitario.



**Figura 5:** Estudio inmunohistoquímico de tumor pleural. (A) Estudio histoquímico que muestra que las células neoplásicas son difusas y fuertemente positivas para CD34, con patrón de expresión de membrana y citoplasmático en sus células endoteliales y estromales. (B) Estudio inmunohistoquímico que indica la positividad del marcador CD34 en las células endoteliales de las estructuras vasculares.

Posterior a la cirugía, la paciente se mantuvo con aporte de oxígeno, analgésicos y antibióticos. Luego de 9 días de estadía intrahospitalaria, se mantuvo hemodinámicamente estable con

tendencia a saturar menos de 90% de oxígeno ambiental, dolor a nivel del dermatoma T5 tratado con fármacos opioides, antibioticoterapia, deambulaci3n asistida y ejercicios respiratorios. Es dada de alta sin presentar complicaciones.

## DISCUSIÓN

Históricamente, el tumor fibroso solitario de pleura no ha sido bien definido, recibiendo distintas connotaciones. El primer reporte de un tumor pleural se realizó en 1767 por Lieutaud, pero no fue hasta 1870 donde se planteó un concepto por parte de Wagner (14). En 1931, Klemperer y Rabin clasificaron las neoplasias pleurales en dos categorías principales: difusas y localizadas, que se creía que surgían de células mesoteliales multipotenciales (15). En 1942, Stout y Murray mencionaron que las neoplasias localizadas tenían un origen mesotelial, generando esta controversia (16), razón por la cual ha recibido distintas denominaciones como “fibroma subpleural”, “mesotelioma benigno”, “mesotelioma localizado”, entre otras (17).

En la década de 1980, en base a la implementación de estudios histológicos por métodos inmunohistoquímicos, citometría de flujo y microscopía electrónica, se proporcionó una fuerte evidencia del origen mesenquimatoso de esta neoplasia (18). A raíz de esta distinción y para diferenciación de otras masas pleurales, se acuñó el término “tumor fibroso solitario de pleura” vigente hasta la actualidad.

Si bien es cierto, se ha evidenciado que la presentación clínica de estas neoplasias oscila adultos mayores, mayormente entre la sexta y séptima década de la vida, con una predilección en el sexo femenino, sin embargo, no se debe descartar su manifestación en otras edades y en hombres (9). Nuestra paciente cumple con estos criterios, de manera que se afirma lo revisado en la literatura.

Contrario a lo que ocurre en los tumores pleurales de tipo mesotelioma, se ha demostrado que el tumor fibroso solitario de pleura no se asocia con la exposición a tabaco, asbesto u otros tóxicos (8). Esto se afirma en el caso de nuestra paciente, ya que no refiere antecedentes exposicionales, salvo a la leña de fuego, misma que no ha demostrado relación con el desarrollo de este tumor, según lo investigado.

La relación de este tumor con patrones hereditarios o de riesgo genético también queda descartada; en el año 2012 se reportó la aparición de tumor fibroso solitario de pleura en madre e hija, sin embargo, no se comprobó la existencia de un patrón hereditario (19). Esto se respalda con el caso de nuestra paciente, ya que carece de antecedentes familiares en los que se demuestre la existencia previa de esta neoplasia en sus parientes directos.

El tumor fibroso solitario de pleura es una neoplasia de inicio indolente, crecimiento lento y sin presentación de sintomatología en las primeras etapas; los tumores que superan los 10 centímetros pueden manifestarse con síntomas inespecíficos como tos, dificultad respiratoria o dolor torácico y los síntomas compresivos son más evidentes en neoplasias gigantes mayores a 20 centímetros (8). En este caso, la paciente previamente presentaba episodios de disnea de leves esfuerzos, relacionado con el tamaño de su tumor; sin embargo, al relacionarlo con su edad, ignoró esta sintomatología.

Comúnmente, el tumor fibroso solitario de pleura se presenta como una lesión radio-opaca en la radiografía de tórax, mientras que, en la tomografía computarizada, se observa una masa de tejido blando con zonas de necrosis, hemorragia, alteraciones quísticas y, en algunos casos, calcificaciones, de realce no homogéneo, denominado “signo del mapa” (20). En la resonancia magnética se detecta una lesión sólida e hipointensa en las imágenes potenciadas en T1 y T2, pero únicamente los cambios necróticos y la degeneración quística muestran una intensidad de señal elevada en T2 (21). Estos datos coinciden con los hallazgos encontrados en nuestra paciente, añadiendo la presencia de derrame pleural, por ende, atelectasia pasiva del lóbulo inferior izquierdo y la nula infiltración a estructuras mediastinales o diafragmáticas.

Una vez que se ha realizado la identificación imagenológica de la masa, es necesario establecer un diagnóstico diferencial con tumores torácicos como el carcinoma de células fusiformes, mesotelioma sarcomatoide, melanoma, tumores de la vaina de los nervios periféricos, lesiones primarias y de orden metastásico de los tejidos blandos que incluyan neoplasias tímicas o linfomas (5). En el presente caso, la paciente no cumple con los estándares propios de otras neoplasias, más su curso clínico y exámenes realizados reafirman el diagnóstico de tumor fibroso solitario de pleura.

Pese a que la cirugía videoasistida y el abordaje robótico muestran ventajas frente a las técnicas invasivas en relación al dolor posoperatorio, el tiempo de recuperación y estéticas más favorables (8), la resección quirúrgica por toracotomía abierta fue el manejo más adecuado en el caso de esta paciente, dado que, el tamaño del tumor, podía comprometer la resección total de los márgenes si el procedimiento hubiese sido por métodos alternativos.

El análisis inmunohistoquímico de esta neoplasia se caracteriza por la expresión del antígeno CD34; además, se relaciona con la fusión génica de NAB-2 y STAT-6 y la inversión del gen 12q13 (21). Otros antígenos que se expresan positivamente en presencia de estas células

tumorales son el CD99, BCL-2 y vimentina, mientras que S-100 tiene una expresión negativa (14). Sin embargo, en este caso clínico solo se pudo analizar la expresión del marcador CD34, puesto que no se autorizó el análisis de los otros antígenos.

Estas neoplasias corresponden a lesiones bien circunscritas con una pseudocápsula fibrosa y frecuentemente son pedunculados con una amplia cantidad de vasos sanguíneos que lo proveen de irrigación (8). En ocasiones, están vinculadas al Síndrome de Doege-Potter y/o al Síndrome de Pierre Marie Bamberger (5). En nuestro caso, el tumor cumplió con las características morfológicas descritas en la literatura y no refirió asociación con alguno de los síndromes paraneoplásicos mencionados.

El pronóstico del tumor fibroso solitario de pleura depende del potencial malignizante y el riesgo de recidivas; generalmente, se trata de neoplasias indolentes con tasas de supervivencia a 10 años entre el 66,9% al 97,5% (9). A pesar de la resección completa, estas neoplasias tienen una probabilidad de recurrencia que se correlaciona con el tipo de tejido: si el tumor es benigno, la tasa de recurrencia es del 8%, mientras que, si el tumor es maligno, el porcentaje aumenta a 63% (20). Dicho esto, según la “Escala Modificada de Estratificación de Riesgo para el Desarrollo de Metástasis en Tumores Fibrosos Solitarios” realizada por Demicco et al. (22), la paciente cumple una puntuación de 4, equivalente a un riesgo intermedio, motivo por el cual es necesario realizar un seguimiento riguroso de su patología.

En Ecuador, se han publicado 3 casos, obtenidos de bases científicas locales (11-13); sin embargo, se ha escuchado de la aparición de nuevos casos, lo cual nos da una idea del aumento de la frecuencia de la enfermedad. El personal médico debería comprometerse en reportar estas situaciones, con la finalidad de crear pautas clínicas y quirúrgicas de manejo.

## **CONCLUSIONES**

El tumor fibroso solitario de pleura es una enfermedad poco conocida y de curso inusual. La controversia acerca del origen del tumor duró tantos años, lo que supone la existencia de un sesgo en el reporte de este tipo de neoplasia. Esto no quiere decir que el tumor sea más frecuente de lo observado, puesto que los términos correctos se van empleando por más de 40 años y, pese a ello, los valores de casos reportados son escasos.

La mayoría de los pacientes suelen ser asintomáticos o presentan signos inespecíficos como la disnea, situación que dificulta el diagnóstico y manejo eficaz. Nuestra paciente presentó únicamente disnea de leves esfuerzos, el cual fue catalogado como un signo propio de su edad (80 años), por lo que no se presumió de otra enfermedad, dada la ausencia de antecedentes patológicos; además, su diagnóstico fue incidental, ya que la radiografía de tórax se solicitó a razón del trauma que sufrió.

A pesar de que el estudio inmunohistoquímico no cubrió el panel completo sugerido por la literatura, los hallazgos de imagen más la expresión positiva del marcador CD34 bastaron para el diagnóstico definitivo. La realización de una toracotomía abierta fue el abordaje más apropiado en el presente caso, resaltando la ventaja de esta técnica al poder visualizar y reseccionar márgenes adecuados que eviten el riesgo de recurrencias.

El pronóstico de este tumor depende del potencial maligno y el riesgo de recurrencia. Aunque suele ser indolente, las tasas de supervivencia y recurrencia varían dependiendo de su comportamiento. Por ello, la paciente de este caso se mantiene en constantes consultas médicas con la finalidad de prevenir y detectar anomalías de manera inmediata.

Los nuevos casos que logren ser diagnosticados deben ser reportados con la finalidad de adquirir pautas de manejo innovadoras frente al comportamiento de la enfermedad.

## **CONFLICTO DE INTERESES**

No se declara conflicto de intereses por parte de los autores.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Sung SH, Chang JW, Kim J, Lee KS, Han J, Park SI. Solitary fibrous tumors of the pleura: surgical outcome and clinical course. *Ann Thorac Surg.* 2005;79(1):303-7.
2. Erb CT, Johnson KM, Kim AW. Rare pleural tumors. *Clin Chest Med.* 2013;34(1):113-36.
3. Attanoos RL, Pugh MR. The Diagnosis of Pleural Tumors Other Than Mesothelioma. *Arch Pathol Lab Med.* 2018;142(8):902-13.
4. Tapias LF, Mercier O, Ghigna MR, Lahon B, Lee H, Mathisen DJ, Darteville P, Lanuti M. Validation of a scoring system to predict recurrence of resected solitary fibrous tumors of the pleura. *Chest.* 2015;147(1):216-23.
5. Chick JF, Chauhan NR, Madan R. Solitary fibrous tumors of the thorax: nomenclature, epidemiology, radiologic and pathologic findings, differential diagnoses, and management. *AJR Am J Roentgenol.* 2013;200(3):W238-48.
6. Sánchez-Mora N, Cebollero-Presmanes M, Monroy V, Carretero-Albiñana L, Herranz-Aladro M, Álvarez-Fernández E. Tumor fibroso solitario pleural: características clinicopatológicas de una serie de casos y revisión de la bibliografía. *Arch Bronconeumol.* 2006;42(2):96–9.
7. Ali MI, Aftab G, Akram A. Solitary Fibrous Tumors of the Pleura. *Cureus.* 2021;13(1):e12998.
8. Ajouz H, Sohail AH, Hashmi H, Martinez Aguilar M, Daoui S, Tembelis M, Aziz M, Zohourian T, Brathwaite CEM, Cerfolio RJ. Surgical considerations in the resection of solitary fibrous tumors of the pleura. *J Cardiothorac Surg.* 2023;18(1):79.
9. Yagyu H, Hara Y, Murohashi K, Ishikawa Y, Isaka T, Woo T, Kaneko T. Giant Solitary Fibrous Tumor of Pleura Presenting Both Benign and Malignant Features. *Am J Case Rep.* 2019;20:1755-9.
10. Khouzam MS, Khouzam N. Malignant solitary fibrous tumor of the pleura. *J Cardiothorac Surg.* 2022;17(1):92.
11. Silva GCN, Segovia WGA, Gómez JGJ. Tumor fibroso solitario pleural. Reporte de un caso. *Iauinvestiga.* 2015;2(1):55–60.
12. Almeida JP, Santillán G, Aspiazú T, Fernández M. Tumor fibroso solitario pleural como causa de disnea en un paciente de 53 años. *Rev Med Vozandes* 2016; 27: 63-6.

13. Coronel Yáñez AP, Cavo Frigerio RA, Vidal Ramón A, Iglesia N, Crespo Coronel CM. Tumor fibroso solitario de la pleura: reporte de caso. *Rev Fac Cienc Med Univ Cuenca*. 2023;41(1).
14. You X, Sun X, Yang C, Fang Y. CT diagnosis and differentiation of benign and malignant varieties of solitary fibrous tumor of the pleura. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(49):e9058.
15. Briselli M, Mark EJ, Dickersin GR. Solitary fibrous tumors of the pleura: eight new cases and review of 360 cases in the literature. *Cancer*. 1981;47(11):2678-89.
16. De Perrot M, Fischer S, Bründler M-A, Sekine Y, Keshavjee S. Solitary fibrous tumors of the pleura. *Ann Thorac Surg*. 2002;74(1):285–93.
17. Cardillo G, Facciolo F, Cavazzana AO, Capece G, Gasparri R, Martelli M. Localized (solitary) fibrous tumors of the pleura: an analysis of 55 patients. *Ann Thorac Surg*. 2000;70(6):1808-2.
18. Cardillo G, Lococo F, Carleo F, Martelli M. Solitary fibrous tumors of the pleura. *Curr Opin Pulm Med*. 2012;18(4):339-46.
19. Jha V, Gil J, Teirstein AS. Familial solitary fibrous tumor of the pleura: a case report. *Chest*. 2005;127(5):1852-4.
20. Yao K, Zhu L, Wang L, Xia R, Yang J, Hu W, Yu Z. Resection of giant malignant solitary fibrous pleural tumor after interventional embolization: a case report and literature review. *J Cardiothorac Surg*. 2022;17(1):134.
21. Sureka B, Thukral BB, Mittal MK, Mittal A, Sinha M. Radiological review of pleural tumors. *Indian J Radiol Imaging*. 2013;23(4):313-20.
22. Demicco EG, Wagner MJ, Maki RG, Gupta V, Iofin I, Lazar AJ, Wang WL. Risk assessment in solitary fibrous tumors: validation and refinement of a risk stratification model. *Mod Pathol*. 2017;30(10):1433-42.

## GLOSARIO

- 1. BCL-2 (B-cell lymphoma 2):** Proteína que regula la apoptosis. La sobreexpresión de la misma puede inhibir la apoptosis contribuyendo a la supervivencia prolongada de ciertas células, lo que puede tener implicaciones en el desarrollo de varios tipos de tumores. Este marcador es comúnmente utilizado en estudios de inmunohistoquímica, y es relevante en el diagnóstico de linfomas, cáncer de mama, etc.
- 2. CD34:** Proteína de superficie celular que actúa como marcador de ciertos tipos celulares, particularmente las células hematopoyéticas y endoteliales. Este marcador se utiliza en estudios de inmunohistoquímica e inmunofluorescencia para examinar muestras de tejido y clasificar ciertos tipos de tumores. En contexto, ha sido utilizado en el diagnóstico de leucemia aguda, tumores de tejidos blandos, tumores de células germinales, etc.
- 3. CD99:** Proteína de membrana que se expresa en varias células, incluyendo las células sanguíneas, endoteliales y ciertos tipos de tumores. Este marcador inmunohistoquímico puede servir en el diagnóstico de tumores de células redondas, leucemia linfoblástica aguda, tumores óseos, tumores de tejidos blandos, etc.
- 4. CK7 (Cytokeratin 7):** Proteína que pertenece a la familia de las citoqueratinas, proteínas del citoesqueleto celular y son comunes en las células epiteliales. Se utiliza como marcador en estudios de inmunohistoquímica para identificar diversos tipos de tumores como cáncer de pulmón, cáncer de ovario, cáncer de mama, tumores gastrointestinales, etc.
- 5. Desmina:** Proteína estructural que forma parte del grupo de las proteínas del citoesqueleto, especialmente de filamentos intermedios, proporcionando soporte estructural y resistencia mecánica a las células. La mutación en el gen codificador de desmina se asocia a enfermedades musculares hereditarias (miopatías).
- 6. Fusión génica NAB-2 y STAT-6:** Alteración genética específica que se ha identificado en algunos tumores, especialmente de en tumores de tejidos blandos.
- 7. Inversión del gen 12q13:** Reorganización cromosómica en la que un segmento específico del brazo largo del cromosoma 12 (12q) sufre una inversión; esto implica una ruptura de un cromosoma en dos puntos y la reversión del segmento intermedio antes

de unir nuevamente los extremos del cromosoma. Esta alteración se asocia con enfermedades genéticas y algunos tipos de cáncer.

- 8. Mesotelioma fibroso:** Tipo de cáncer que se desarrolla en el mesotelio, una capa delgada de tejido que recubre a la mayoría de los órganos, mayormente los pulmones y la cavidad torácica. Este tipo de neoplasia se asocia con la exposición al asbesto.
- 9. S-100:** Proteína de unión a calcio, responsable de la regulación y señalización celular. La familia de esta proteína incluye múltiples subunidades como S-100 A1, S-100 A2, S-100 A6, entre otras. Son producidas por diferentes tipos celulares, incluyendo las células del sistema nervioso y las células de Schwann. Esta proteína se utiliza como marcador de tumores neuroendocrinos o melanomas.
- 10. Síndrome de Doege-Potter:** Síndrome paraneoplásico poco común que se relaciona con la presencia de un tumor fibroso solitario en el espacio pleural. El tumor secreta grandes cantidades del factor de crecimiento similar a la insulina tipo 2 (IGF-2), conduciendo a hipoglucemia grave.
- 11. Síndrome de Pierre Marie Bamberger:** Artritis seronegativa que se caracteriza por la hipertrofia de las falanges distales y acropaquia. Se asocia con los síndromes paraneoplásicos, sobre todo de cáncer de pulmón, procesos crónicos del pulmón o mesoteliomas pleurales.
- 12. Tumor fibroso de origen mesenquimal:** Tumor que se desarrolla a partir de las células mesenquimales y posee características fibrosas. Estas neoplasias se originan en los tejidos conectivos, como el tejido conjuntivo, tejido adiposo o el músculo liso.
- 13. Tumor fibroso solitario de pleura:** Tumor que tiene su origen en las capas serosas de la pleura, membrana que cubre los pulmones y la cavidad torácica.
- 14. Vimentina:** Proteína que forma parte del citoesqueleto de las células y es un marcador utilizado en inmunohistoquímica para identificar ciertos tipos celulares. Es especialmente conocida por ser expresada en las células mesenquimales, incluyendo células de tejido conectivo, células musculares o células del sistema inmunológico. En contexto, ha sido utilizado en el diagnóstico de mesoteliomas, tumores de tejidos blandos, carcinomas de células renales, sarcomas, etc.

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL  
REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

**Gabriela Alejandra Díaz Pallango** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0107141111**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación “**Tumor Fibroso Solitario de Pleura: Reporte de Caso**” de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **22 de febrero de 2024**

F: ..... 

**Gabriela Alejandra Díaz Pallango**  
C.I. **0107141111**