



PERÚ

Ministerio  
de Salud



Revista del Cuerpo Médico  
Hospital Nacional  
Dos de Mayo

## Caso Clínico

# Fibrohistiocitoma craneofacial benigno: Reporte de caso

## Benign craniofacial fibrohistiocytoma: Case report

Francisco Avello Canisto<sup>1,2,a</sup>

### RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente intervenido quirúrgicamente de resección amplia de extensa tumoración craneofacial derecha por diagnóstico citológico compatible con adenocarcinoma, por biopsia aspiración con aguja fina. Paciente evoluciona favorablemente y sin problemas posterior a la cirugía, producto del estudio histológico anatómo-patológico de la pieza operatoria se obtiene que dicha tumoración correspondía a Fibrohistiocitoma benigno con áreas pseudoglandulares y áreas xantomatosas.

**Palabras claves:** Tumoración craneofacial; adenocarcinoma; fibrohistiocitoma; pseudoglandular; xantomatoso.

### ABSTRACT

We present the case of a surgically operated patient of wide resection of extensive right craniofacial tumor by cytological diagnosis compatible with adenocarcinoma, by fine needle aspiration biopsy. Patient evolves favorably and without problems after surgery, product of the histological anatomo-pathological study of the operative piece it is obtained that said tumor corresponded to benign fibrohistiocytoma with pseudoglandular areas and xanthomatous areas.

**Keywords:** Craniofacial tumor; adenocarcinoma; fibrohistiocytoma; pseudoglandular; xanthomatous.

### FILIACIÓN

1. Servicio de Cirugía de Cabeza, Cuello y Máxilo-Facial, Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú.
  2. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- a. Médico Cirujano

### ORCID

- I. 0000-0002-4821-859X  
Francisco Avello Canisto

### CORRESPONDENCIA

Dr. Francisco Avello Canisto Servicio de Cirugía de Cabeza, Cuello y Máxilo-Facial, Hospital Nacional Dos de Mayo Parque de la Medicina, Av. Grau s/n (altura cuadra 13), Barrios Altos, Lima 1, Perú.

### EMAIL

favelloc@hotmail.com

### CONFLICTOS DE INTERÉS

El autor declara no tener conflictos de interés.

### FINANCIAMIENTO

Autofinanciamiento.

### CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

Francisco Avello Canisto: concepción del caso, atención quirúrgica del paciente, recolección de datos, análisis e interpretación de resultados, redacción del manuscrito, revisión crítica del contenido y aprobación final de la versión a publicar.

### REVISIÓN DE PARES

Recibido: 01/06/2025  
Aceptado 31/12/2025

### COMO CITAR

Avello Canisto F. Fibrohistiocitoma craneofacial benigno: Reporte de caso. Rev. méd. carriónica [Internet]. 2025 [citado 2025 Ene 9];16(2):36-44. Disponible en: <https://revistamedicacarrionica.com/index.php/one/article/view/35/26>

Rev. Cuerpo Med. HNDM-V16(2)-N8-2025



ISSN: (2413-2608) (Online)

## INTRODUCCIÓN

El fibrohistiocitoma benigno o histiocitoma fibroso benigno es una neoplasia que afecta principalmente la piel de las extremidades, formada principalmente por histiocitos y fibroblastos, pueden alcanzar medidas considerables, su frecuencia es mayormente en pacientes adultos de sexo femenino, asociado a traumatismos locales de diversa etiología. Su tratamiento de elección es la resección quirúrgica amplia para evitar recidivas. Hay casos reportados que afectan la mucosa de la cavidad oral. Puede tener una presentación maligna que llega a comprometer el hueso adyacente y tiene un curso agresivo con alto índice de metástasis.

Estas lesiones presentan rasgos morfológicos de fibroblastos e histiocitos, aunque sea controversial su histiogénesis, han sido descritas diferentes variedades morfológicas: epitelioide, celular, lipidizado, aneurismático, profundo y atípico<sup>(1)</sup>.

Siendo el histiocitoma fibroso considerado como neoplasia benigna, algunas variedades demuestran una tendencia a la recurrencia, inclusive en alguna oportunidad se ha reportado metástasis<sup>(2)</sup>.

A través del tiempo el fibrohistiocitoma ha recibido una amplia diversidad de nombres, siendo las más sabidas como fibrohistiocitoma cutáneo, dermatofibroma, fibrosis subepidérmica nodular, histiocitoma cutis, xantoma fibroso, hemangioma esclerosante, etc.; esto no refleja otra cosa que la gran variedad de características histológicas que puede tener este tipo de lesión como consecuencia de su polimorfismo celular; incluso se llega a aceptar que correspondería a un proceso reactivo más que a una neoplasia<sup>(3)</sup>.

Se ha podido observar que en muchos casos estos tumores se componen en un porcentaje considerable por células mesenquimales relativamente indiferenciadas, pudiendo tener áreas de diferenciación miofibroblástica<sup>(4)</sup>.

## CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente de 62 años de edad, soltero, con instrucción técnica e independiente laboralmente, natural de Lima, procedente del distrito de La Victoria (Lima); con tiempo de enfermedad de +/- 30 años, de inicio insidioso y curso progresivo. Acude al consultorio de Cirugía de Cabeza, Cuello y Máxilo-Facial

del Hospital Nacional Dos de Mayo por presentar aumento de tamaño de aproximadamente 15cm. de diámetro en la región cráneo facial derecha, con desplazamiento posterior del pabellón auricular, es firme, no móvil y de consistencia aumentada, no presenta dolor, impresiona adherencia a plano profundo y hueso, no presenta congestión en la piel adyacente, visión y movilidad ocular conservadas, audición conservada, igualmente no se evidencia al examen regional otras tumoraciones o adenopatías linfáticas aparentes (**Figura 1**). El paciente niega antecedentes contributorios o de importancia, no precisa traumatismo previo en zona afectada, no manifiesta alergias a medicamentos ni de otro tipo.



**Figura 1:** Extensa tumoración cráneo-facial derecha.

Se le solicita una Tomografía Espiral Multicorte (TEM) con contraste y reconstrucción 3-D cráneo-facial-cervical, donde se visualiza la extensa tumoración referida y su relación con las estructuras, plano profundo y hueso de la región; no evidenciándose otras tumoraciones regionales (**Figuras 2 y 3**). Seguidamente se indica el estudio citológico (citopatológico) mediante una Biopsia por Aspiración con Aguja Fina (BAAF) y con guía ecográfica, la misma que sugiere una tumoración compatible con Adenocarcinoma.

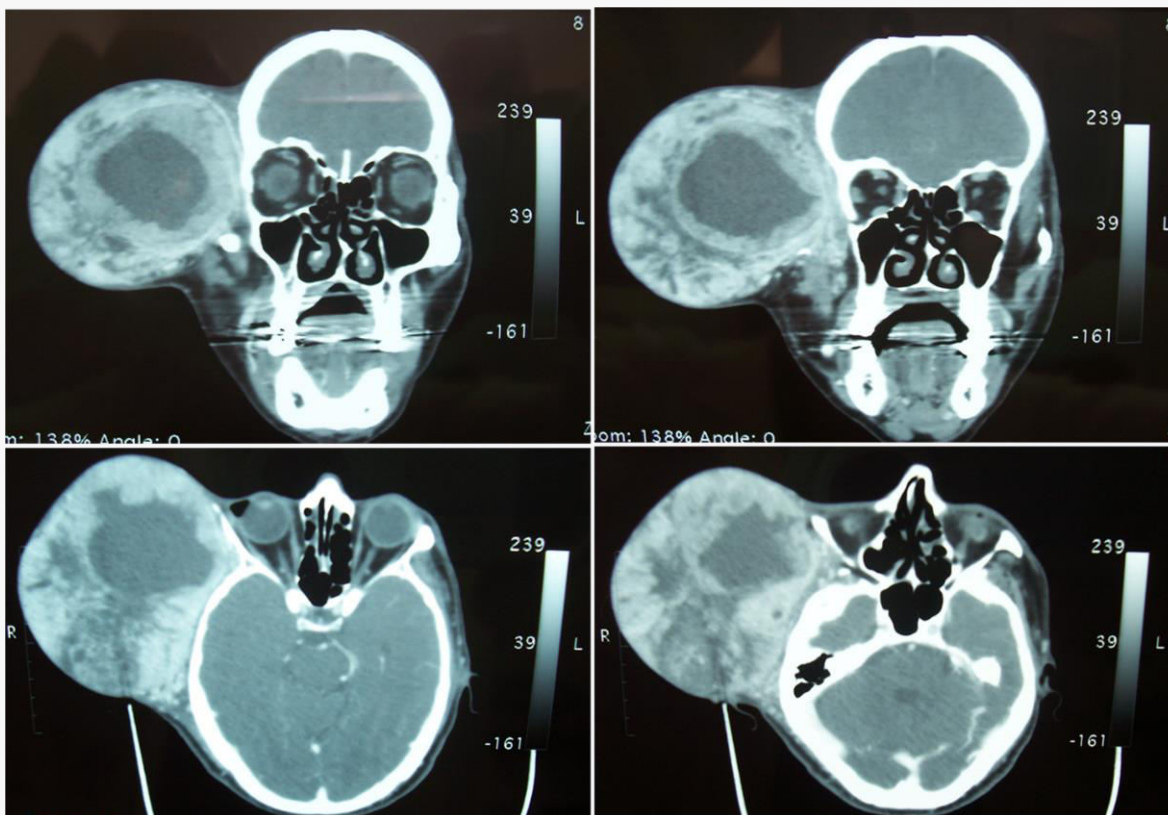
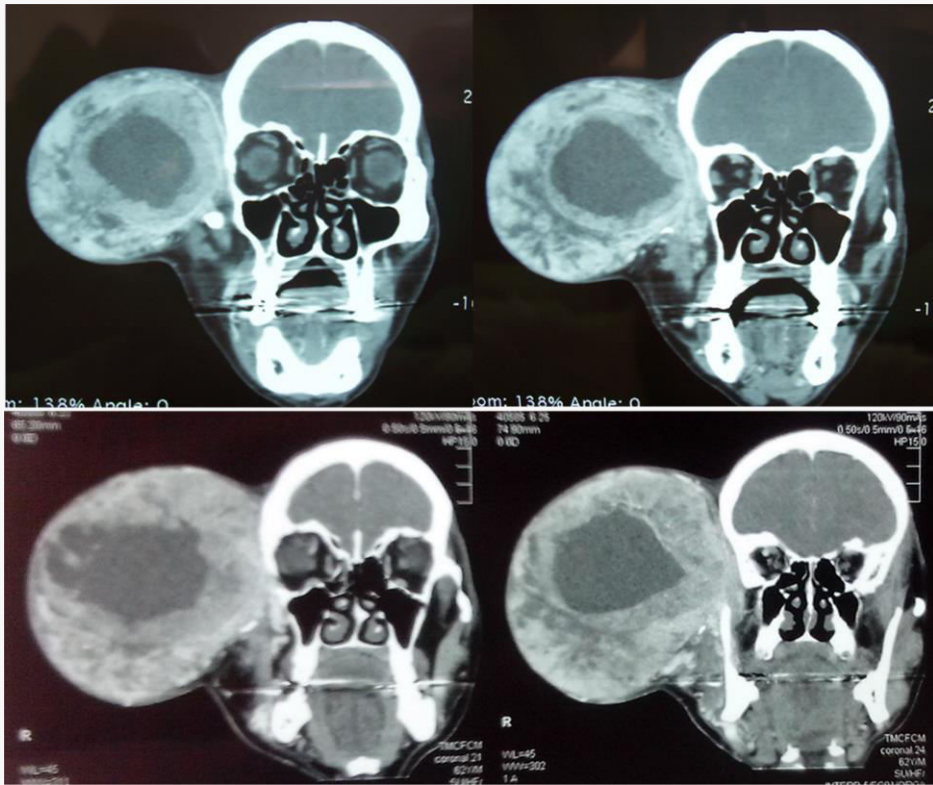


Figura 2: Imagen tomográfica (TEM con contraste) de extensa tumoración cráneo-facial derecha, en cortes coronales y transversales.

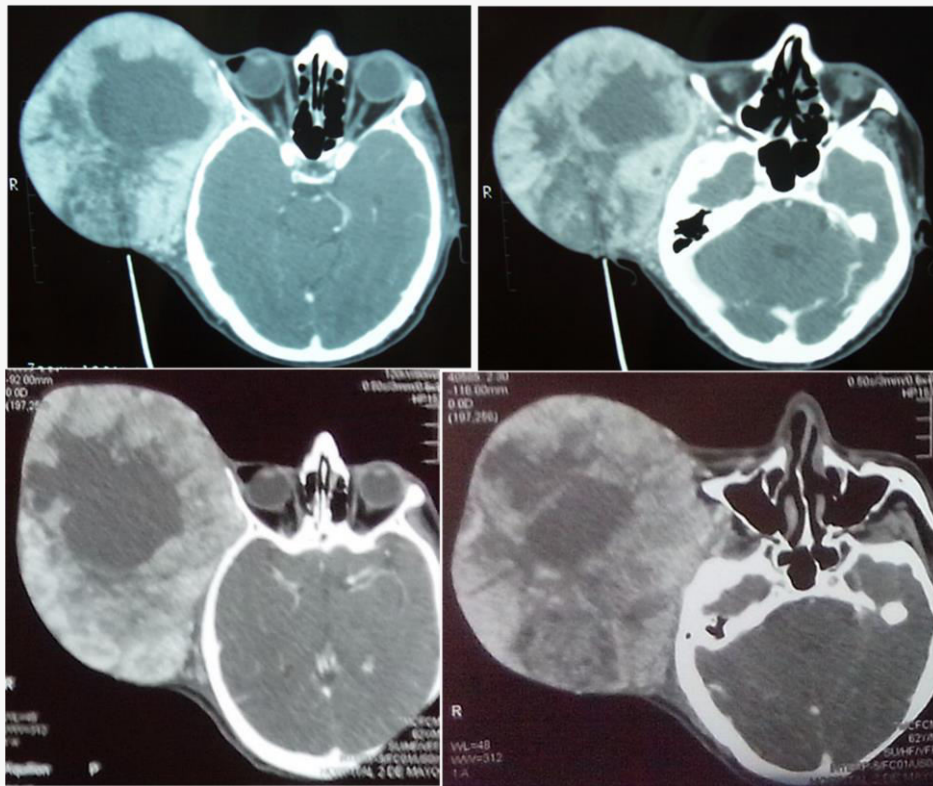


Figura 3: Imagen comparativa entre el paciente y la reconstrucción tomográfica en 3-D de extensa tumoración cráneo-facial derecha. Véase el desplazamiento posterior del pabellón auricular.

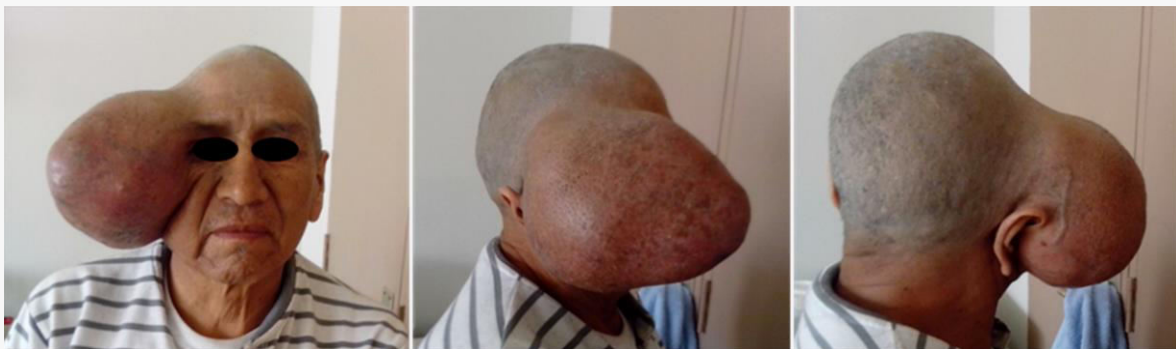
Por lo mencionado anteriormente se plantea el procedimiento quirúrgico de “resección amplia de la tumoración y exploración regional”, procediéndose a solicitar los exámenes preoperatorios de rutina, los mismos que se encontraron dentro de los rangos normales. Por razones no médicas pasaron aproximadamente 6 meses desde que el paciente vino a consulta hasta que se operó, en este lapso de tiempo se observó un incremento de tamaño en el tumor y se pudo registrar en imágenes (Figuras 4, 5 y 6).



**Figura 4:** Imagen tomográfica (TEM con contraste) de extensa tumoración cráneo - facial derecha, en cortes coronales. Vista comparativa, con una diferencia de seis meses entre las dos imágenes superiores con las dos inferiores.



**Figura 5:** Imagen tomográfica (TEM con contraste) de extensa tumoración cráneo-facial derecha, en cortes transversales. Vista comparativa, con una diferencia de seis meses entre las dos imágenes superiores con las dos inferiores.



**Figura 6:** Extensa tumoración cráneo-facial derecha, día previo a su cirugía, pudiéndose notar un aumento de tamaño en comparación con las primeras fotos (Figuras 1 y 3). Véase el desplazamiento posterior del pabellón auricular.

Se realiza la resección amplia de la tumoración y la exploración regional sin problemas, el procedimiento se llevó a cabo como lo esperado y sin complicaciones, en el acto operatorio se encuentra mayor vascularización de la zona, no otras tumoraciones ni adenopatías en la región, si se encuentra un aplanamiento a nivel del plano óseo sin destrucción evidente del mismo, se logra visualizar y se preserva el nervio facial y sus ramas. Se sutura la herida operatoria reposicionando el pabellón auricular sin inconvenientes y se deja un dren Pen-Rose (Figura 7).



**Figura 7:** Procedimiento quirúrgico realizado, paciente en sala de operaciones todavía intubado, se visualiza herida operatoria suturada y dren Pen-Rose, véase también el reposicionamiento del pabellón auricular.

El paciente evoluciona favorablemente, conserva movilidad y sensibilidad facial previa a la cirugía, herida operatoria sin evidencia de sufrimiento por sutura y el dren se retira al tercer día sin complicaciones (**Figuras 8, 9 y 10**).



**Figura 8:** Paciente en el post-operatorio, vista lateral derecha (herida operatoria) y frontal.



**Figura 9:** Paciente en el post-operatorio, vista frontal, nótese la movilidad facial (ramas del nervio facial o VII par craneal).



**Figura 10:** Paciente en el post-operatorio, vista frontal, nótese la movilidad facial (ramas del nervio facial o VII par craneal).

Paciente sale de alta de hospitalización siguiendo controles por consultorio externo de la especialidad (**Figura 11**). Durante sus controles por consultorio externo se recibe el informe anátomo-patológico del estudio histológico (histopatológico) de la pieza operatoria, el que concluye como Fibrohistiocitoma Benigno con áreas pseudoglandulares y áreas xantomatosas. Inmunohistoquímica: Desmina (-), CD-117 (-), KI-67 (-) y CD-68 (DEBIL+). Paciente continúa sus controles por aproximadamente 1 año sin problemas, luego deja de venir.



Figura 11: Paciente en el post-operatorio, aproximadamente 1 mes.



Figura 12: Fotos comparativas del paciente entre el primer día de su consulta, el día previo a la cirugía y el post-operatorio (aproximadamente 1 mes).

## DISCUSIÓN

Se presenta el caso de un paciente que ingresa con diagnóstico de Tumoración extensa cráneo facial derecha de origen a determinar, que posteriormente por estudio citológico (obtenido por biopsia por aspiración) es compatible con Adenocarcinoma. Luego del acto quirúrgico por estudio histológico de la pieza operatoria, realizándose estudio Inmunohistoquímico, se define como un Fibrohistiocitoma Benigno con áreas pseudoglandulares y áreas xantomatosas.

Sabemos que el fibrohistiocitoma benigno es una neoplasia que puede alcanzar medidas considerables sin ser lo habitual y que afecta principalmente la piel de las extremidades, siendo rara otra ubicación. Su mayor frecuencia se relaciona con pacientes adultos y de sexo femenino; presentamos el caso de un paciente adulto mayor (62 años) pero con tiempo de enfermedad de +/- 30 años y de sexo masculino. El fibrohistiocitoma se asocia a traumatismos locales de diversa etiología, dato no precisado por nuestro paciente. Algunas variedades del fibrohistiocitoma benigno demuestran una tendencia a la recurrencia<sup>(2)</sup>, en el presente caso se pudo hacer



seguimiento por un año aproximadamente, sin evidencia de recurrencia aparente, luego el paciente dejó de venir a sus controles. El diagnóstico histopatológico con inmunohistoquímico fue de Fibrohistiocitoma Benigno con áreas pseudoglandulares y áreas xantomatosas, lo que refleja la característica histológica variada de este tipo de lesión debido a su polimorfismo celular, pudiendo corresponder inclusive, para algunos autores, a un proceso reactivo más que a una neoplasia<sup>(3)</sup>.

Su tratamiento debe ser la resección quirúrgica amplia, para de esta manera evitar posibles recidivas. En el presente caso se realizó la resección amplia de la tumoración y la consiguiente exploración, encontrándose mayor vascularización de la zona, sin evidencia de otras tumoraciones en la región.

En la bibliografía consultada no se encontraron casos de Fibrohistiocitoma Benigno de las características reportadas en el presente trabajo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Santamaría C, Llamas E, Olivares J, Cerro A, Reyes K, Reyes U, Quero A, López G, Santos L, Ávila A. Fibrohistiocitoma epitelioides en un paciente preescolar: reporte de caso y revisión de literatura. *Rev SALUD QUINTANA ROO*, México 2017; 10(37):30-2.
2. Sevilla F, Bernet L, Ramírez A, Martínez M. Histiocitoma fibroso atípico sarcoma-like. *Rev Medicina Cutánea Ibero-Latino-Americana*, 2015; 43(1):52-5.
3. López C, Oliver M, Hurtado R, Pérez F. Fibrohistiocitoma (dermatofibroma) aneurismático; espectro histológico en cuatro casos. *Rev Dermatología Venezolana*, Caracas 2001; 39(2):41-6.
4. Luzar B, Calonje E. Tumores fibrohistiocíticos cutáneos: una actualización. The Authors, Journal compilation - Blackwell Publishing Limited: *Histopathology*, Londres-Reino Unido 2010; 56(1):148-65.
5. Herrera N, Gómez JP. Fibrohistiocitoma profundo benigno peritoneal en un niño de 14 meses de edad; reporte del caso. *Rev IATREIA*, Universidad de Antioquia, Medellín-Colombia 2015; 28(4):443-8.
6. Celia D, Gimenez C, Miranda A, Haas E, López M, Civalé C. Fibrohistiocitoma maligno. *Rev Argentina de Dermatología*, Buenos Aires 2022; 103(4).
7. Torres FJ, Torres E, Moreno S. Histiocitoma fibroso benigno lingual; un hallazgo infrecuente. *Rev Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*, Madrid 2009; 31(1).
8. Camelo Amaral MM, Pereira da Silva JC, Andrade PF, Gaspar dos Reis JP, Tellechea O. Histiocitomas fibrosos: revisión histopatológica de 95 casos. Universidad de Coimbra, Portugal. *Rev Anais Brasileiros de Dermatologia*, 2010; 85(2):211-5.