

Residencia Sanitaria de la Seguridad Social «Capitán Cortés»
Servicios de Traumatología y Anatomía Patológica

FIBROMA OSEO NO OSIFICANTE

Presentación de un caso

Archivado en el Registro Español de Tumores Oseos (R.E.T.O.)

Por los Doctores:

ANTONIO PALMA, Jefe de Clínica de Traumatología, por oposición

ANGEL CARAZO, Jefe de servicio de Anatomía Patológica

CARLOS RECIO, médico ayudante de Traumatología

FIBROMA OSEO NO OSIFICANTE (en su variedad xántica).

SINONIMIA: Fibroma óseo anosteogénico, Fibroma metafisario, Fibroma cortical.

INTRODUCCION: Todos los nombres expuestos se aplican al mismo proceso histopatológico. El fibroma osificante representa, en apariencia, una secuela ocasional del defecto fibroso cortical. La interrelación entre estas dos formas de lo que parece ser la misma lesión básica fue sugerida por HATCHER en 1945, pero solo recientemente se ha entendido mejor. JAFFE y colaboradores fue el que sugirió el concepto de fibroma no osificante (o no osteogénico) en relación con una lesión que se suponía que representaba una de las llamadas «formas variantes» del tumor de células gigantes.

La resolución espontánea de la mayoría de dichas lesiones y su relación con la zona de crecimiento óseo abonan el concepto de que representan, más bien, una osificación defectuosa que una neoplasia.

El nombre de «fibroma no osificante» fue sugerido para designar los casos que previamente representaban la «variante xántica», «Fibrosa», o «curativa» del tumor de células gigantes

Para designar la lesión de este modo, Jaffe se basó en los siguientes puntos:

- 1.º) Que el elemento celular dominante es el fibroblasto.
- 2.º) Que el tejido fibroso básico no sufría metaplasia ósea.
- 3.º) Que las células espumosas existentes son el resultado de la imbibición de los lípidos por los fibroblastos.
- 4.º) Que la distribución por edades, localización, y comportamiento clínico de la lesión, no está de acuerdo con un verdadero tumor de células gigantes.

CLINICA.—El fibroma óseo no osificante se presenta con mayor frecuencia en niños mayores y adolescentes «de 8 a 20 años», refiriendo una ligera predilección por el sexo masculino.

En cuanto a su localización es más frecuente en los huesos largos de las extremidades inferiores, generalmente hay una distancia de 3 a 6 centímetros entre la lesión y el cartílago.

En conjunto no hay distintivo o característico acerca de los hallazgos clínicos en los casos de fibroma no osificante. La lesión progresa muy lentamente y puede permanecer latente algunas veces durante años, antes de que llame la atención. Se han descrito como formas de comienzo:

- a) Molestias después de un traumatismo de intensidad moderada en la zona afectada.
- b) Dolor selectivo a la palpación en la región topográfica en que asienta la lesión.
- c) Aumento del volumen óseo en dicha zona.
- d) Fractura patológica en el sitio del área lesionada.
- e) En ocasiones el hallazgo es fortuito al realizar un examen radiológico por algún otro motivo.

Radiológicamente la imagen es tan característica que puede hacerse el diagnóstico por sí solo, con un alto grado de seguridad. La lesión está orientada frecuentemente hacia un lado del hueso, siendo excéntrica. En la tibia o en el fémur, una lesión localizada excéntricamente es probable que este representada por una sombra de rare-

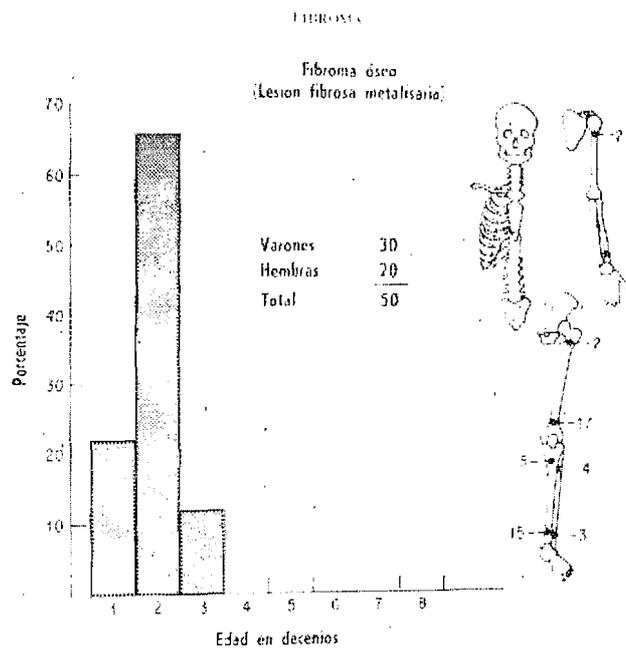
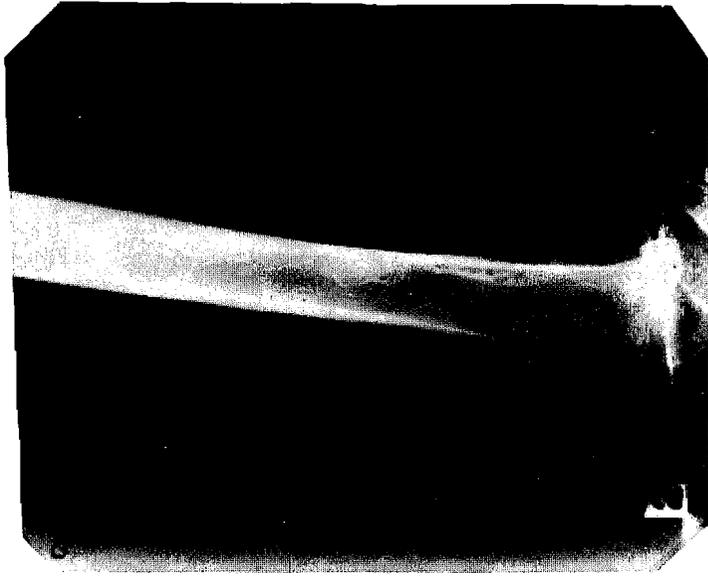
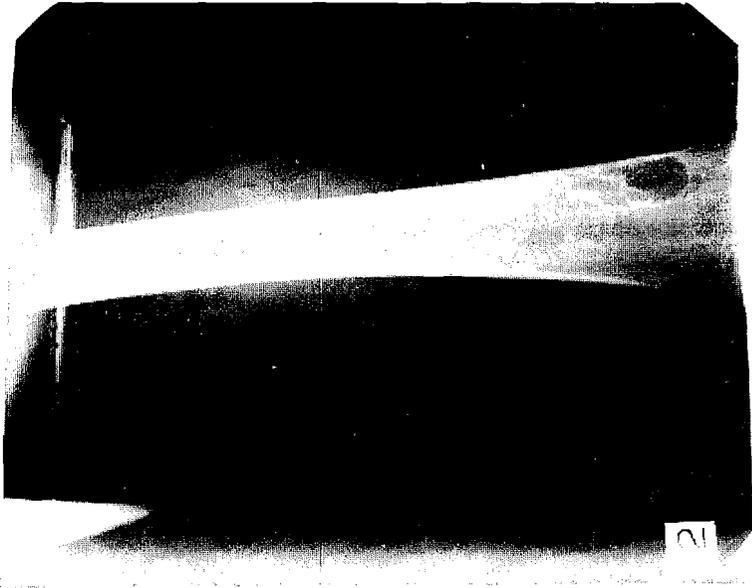
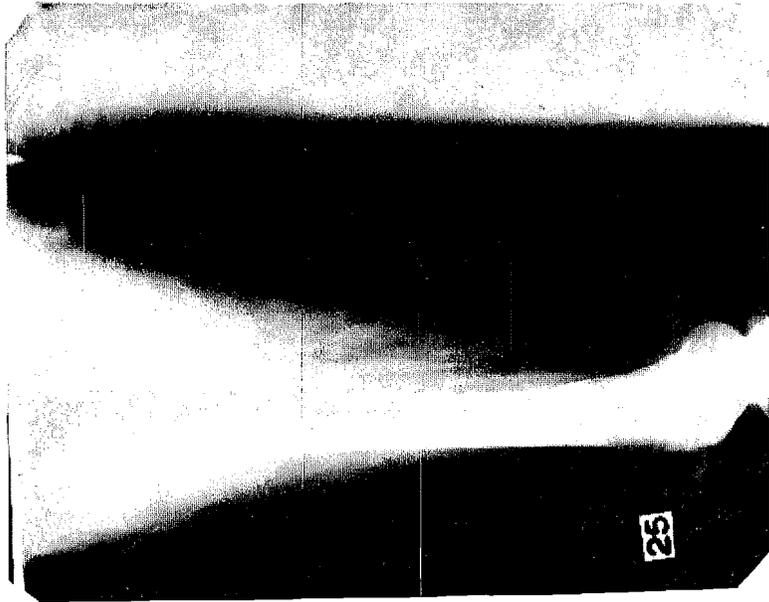
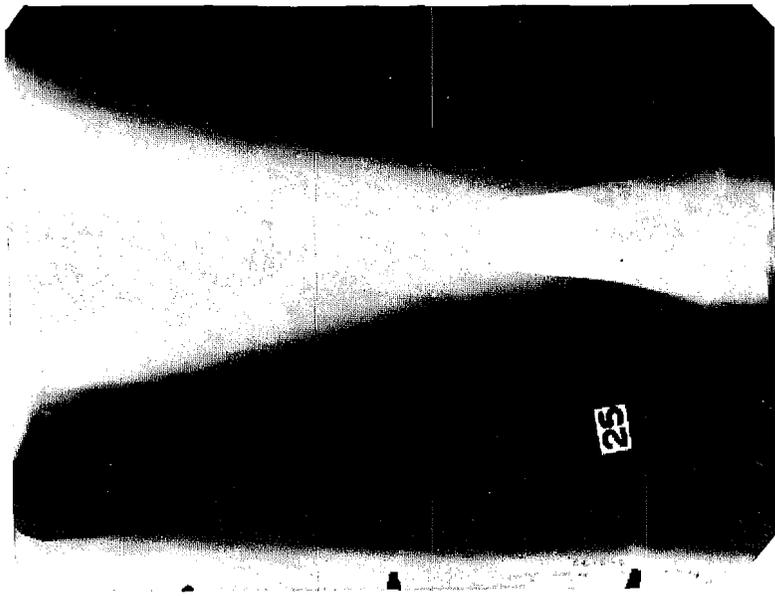


FIGURA 1. Topografía y distribución por edades y sexo (DAHLIN)



FIGURAS 2 y 3. Examen preoperatorio



FIGURAS 4 y 5. Control postoperatorio



FIGURA 6. Aspecto operatorio donde se muestran zonas amarillentas correspondiente a la parte xantomatosa de la lesión



FIGURA 7. Visión microscópica de conjunto de la lesión

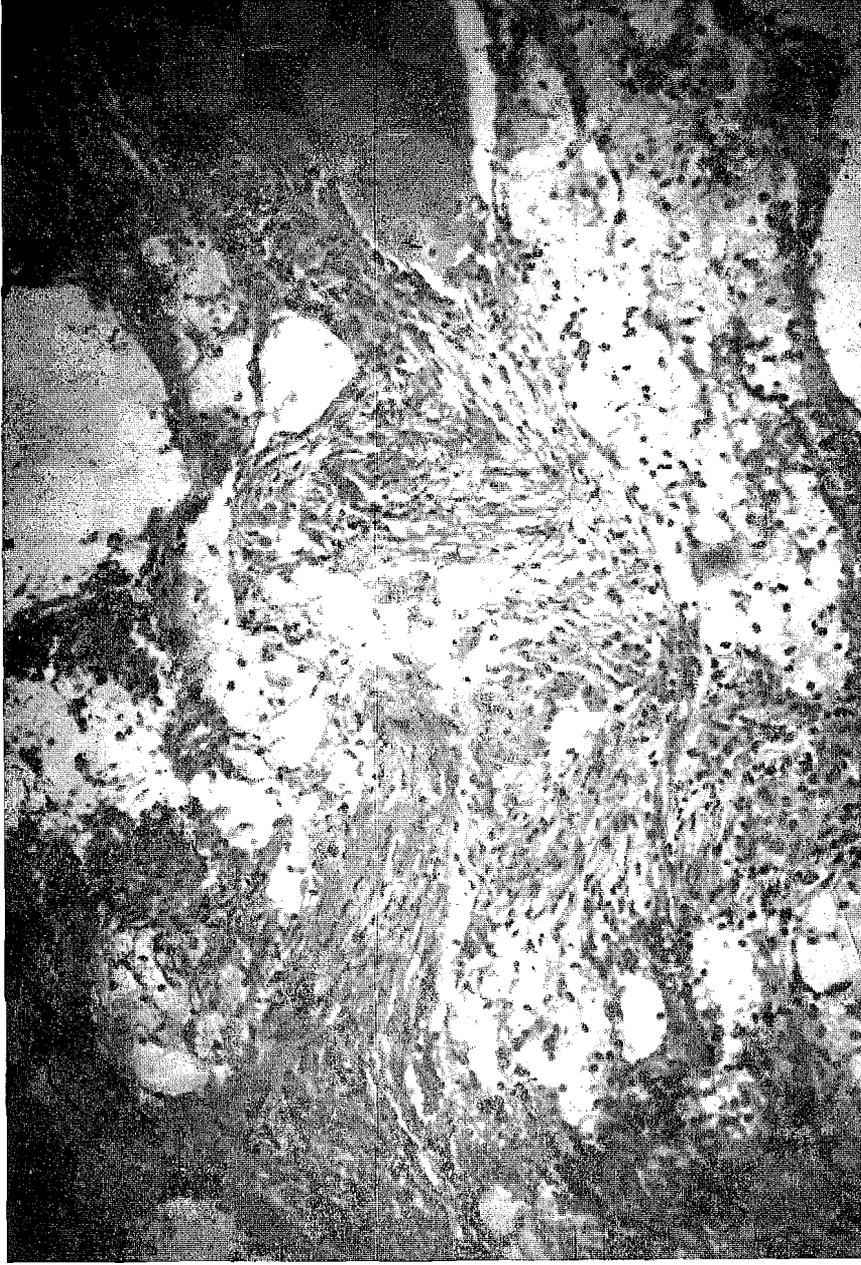


FIGURA 8. Destaca la zona fibrosa y la zona xantomatosa; ausencia de formación ósea

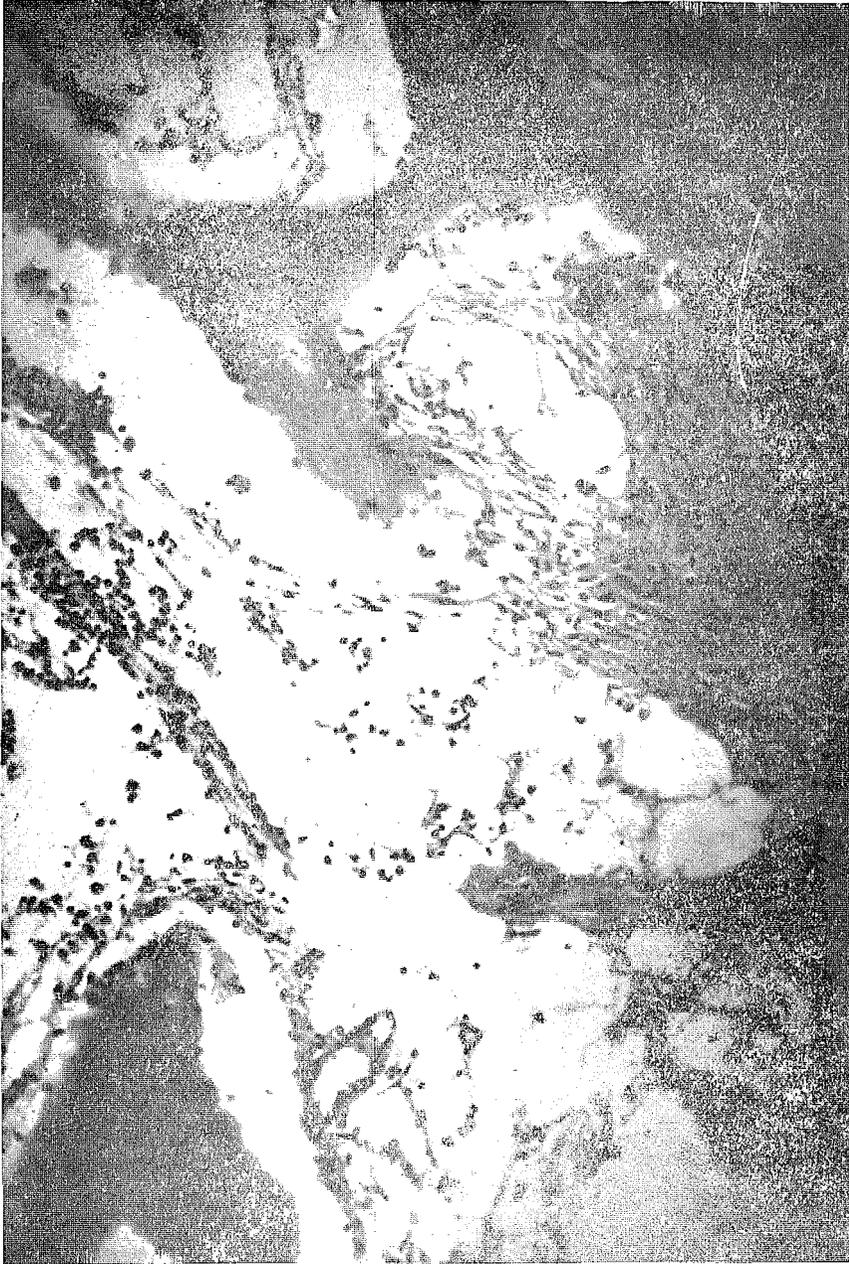


FIGURA 9. Mitad superior: componente fibroso de la lesión. Mitad inferior: médula ósea normal

facción loculada generalmente más larga que ancha y que varía entre 4 y 7 centímetros en su diámetro mayor. En el lugar que hace saliente sobre la corteza, ésta última puede estar adelgazada y en parte abultada, o en alguna otra, densa y esclerosada. Hacia el interior estas lesiones excéntricas están limitadas por una capa esclerosa que lo encapsula. La apariencia radiográfica loculada de la lesión es producida por una o más sombras de tabicamiento, que atraviesan la lesión irregularmente.

MATERIAL Y RESULTADO:

A) *HISTORIA CLINICA.*—El 5-XII-72 es vista en consulta la enferma C. C. S., de 14 años de edad, y natural de Andújar (Jaén), siendo el motivo de la consulta, dolor e hinchazón en rodilla derecha, desde hace 15 días. En la exploración se aprecia un aumento de volumen de dicha rodilla, con choque ratuliano —!, con ligera sensibilidad en el fondo de saco suprarotuliano, el resto de la exploración de rodilla fue totalmente normal. Se realizó una punción articular extrayendo unos 20 centímetros cúbicos de líquido sinovial, que tanto en su apariencia microscópica y en su examen citológico, estuvo dentro de límites normales. Asimismo fueron normales los análisis en sangre, realizados rutinariamente.

En el examen radiográfico practicado (Figs. 2 y 3 se comprueba la imagen típica del fibroma óseo no osificante, con las características comentadas anteriormente.

B) *TRATAMIENTO QUIRURGICO.*—En el mes de febrero pasado, se procede a efectuar la intervención con la siguiente técnica: Incisión en cara anterointerna del muslo derecho, suprarotuliana de unos 10 centímetros de longitud, llegando a la estructura ósea a través del tabique intermuscular del vasto interno y recto anterior y vasto crural. Sección del perióstio, tallado de una ventana ósea a golpe de escoplo de 7 X 2 centímetros (Fig. 6). Legrado y curetaje de toda la zona afectada, relleno con tejido óseo liofilizado de ternera, volviendo a colocar el rectángulo óseo tallado. Cierre por planos y vendaje comprensivo muy almohadillado (michelín). El postoperatorio fue normal (Figuras 4 y 5) desde el primer momento estuvo realizando contracciones isométricas del cuadriceps, para pasar a la movilización de rodilla, pasada la primera semana. No se le permitió la deambulación hasta conseguir una movilidad normal de rodilla y con una potencia de cua-

díces aceptable. En el mes de marzo fue dada de alta de la residencia, siendo controlada ambulatoriamente. El alta definitiva fue dada a finales de abril.

C) *ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO*: Se reciben varios trozos, producto del raspado de la lesión localizada en el tercio inferior del fémur, siendo el trozo mayor de 2 centímetros de largo, por 0'8 de ancho. Existe una zona interior engrosada, con aspecto macroscópico de posible esclerosis, y la zona medular la encontramos loculada por numerosos tabiques y algunos grupos de material amarillento.

Los trozos procedentes del legrado óseo fueron previamente fijados en formol tamponado al 10 % y decalcificados en rotación continua, en una solución de ácido nítrico al 5 %, en formol al 10 %. Inclusión en parafina efectuándose cortes seriados de 5 micras y utilizando tinciones de hematoxilina de Tarris-Eosina y tricrómico de Van de Grift.

La imagen al microscopio, de luz, muestra nidos de células espumosas mezclados con campos de un estroma de manojos arrazimados de tejido conjuntivo formados por células de forma alargada.

Es muy llamativa la ausencia de formación ósea en el tejido del estroma. El contenido de las células espumosas está formado por esterres del colesterol. Como Jaffe H L., nosotros no hemos observado células gigantes multinucleadas, por ser este caso de predominio xántico.

RESUMEN: Se presenta un caso típico de Fibroma no osificante. Se describe brevemente su historia clínica, su tratamiento quirúrgico así como su estudio anatomopatológico.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.º) Tumores óseos, DAHLIN, D. C: —Ed. TORAY— 1969.
- 2.º) TUMORES Y ESTADOS TUMORALES ÓSEOS Y ARTICULARES, JAFFE H. L. La prensa médica Mexicana — 1966.
- 3.º) TEXTBOOK OF PATOLOGY, MUIR S, 9 th edittión Ed. Arnold — 1971.
- 4.º) Surgical Pathology, ACKERMAN, L. 3 th edittión, Ed. Mosby, 1934.