

GRANULOMA EOSINOFILICO DEL HUESO (*)

DR. FERNANDO CABIESES MOLINA Y DR. RODOLFO LANDA CANNON (**)

La referencia mas antigua que hemos podido encontrar en la literatura con respecto a los granulomas eosinofílicos, es la publicación de Finzi (citado por Schajowicz y Polak, 4) quien describió en 1929 "un mieloma con preponderancia de células eosinófilas". Sin embargo, no es sino hasta 1940 en que simultáneamente, Otani y Ehrlich (2) y Lichtenstein y Jaffe (1) realizan la descripción exacta de la lesión, correspondiendo a estos últimos autores la denominación de granuloma eosinofílico que ha sido acogida por todos los patólogos a pesar de que todos están de acuerdo en que los eosinófilos son en realidad las células huésped en una lesión cuyo elemento básico es el histiocito.

Green y Farber (3), dos años más tarde, recalcan las relaciones de esta lesión con la enfermedad de Hand-Schuller-Christian y con la de Letterer-Siwe, considerando que el granuloma eosinofílico solitario no es sino una variante benigna de un mismo proceso patológico. Esta idea ha sido adoptada o desechada por un sinnúmero de autores, cuyos trabajos han sido ampliamente revisados por Schajowicz y Polak (4) y en la actualidad es aceptada por la mayoría de los histopatólogos.

Sin embargo, aunque desde el punto de vista histológico y quizás etiogénico estas tres entidades se encuentran estrechamente ligadas, su aspecto clínico puede, en algunas ocasiones, alejarse marcadamente, y es por eso que, aun corriendo el riesgo de que esta comunicación pueda considerarse completamente unilateral, hemos querido presentar se-

(*) Trabajo presentado a la Sociedad Peruana de Radiología en la Sesión del 21 de Julio de 1953.

(**) Del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

paradamente estos cuatro casos de granulomas eosinofílicos aislados en relación con el cráneo y la columna vertebral. La primera descripción del granuloma eosinofílico monostótico realizado en el Perú fué presentada por Montagne y Mori Chávez (5) en 1948. Recientemente O' Hara, Rocca y Raffo (6), han presentado un caso de granuloma eosinofílico aislado del cráneo.

PRESENTACIONES DE CASOS

CASO N° 1.— P. F. F. Sexo: masculino, Edad: 1 año y 8 meses. Raza: blanca. Procedencia: Guayaquil. Este niño, decendiente de judíos españoles, gozó de buena salud y desarrollo normal hasta cumplir un año de edad. Sufrió entonces un traumatismo en la región fronto-parietal izquierda. El traumatismo fué leve, no causando pérdida de la conciencia pero produciendo marcada reacción local durante muchos días. Varias semanas mas tarde, la madre notó que en la región del golpe se había desarrollado una tumoración que creció lentamente durante tres meses para después disminuir aparentemente de tamaño. Dos meses antes de su ingreso, se notó que esta tumoración volvía nuevamente a crecer. Una radiografía tomada entonces, descubrió un defecto en el cráneo por lo cual el niño fue inmediatamente enviado a Lima por el Dr. José Rizzo Velásco con el diagnóstico de Xantomatosis.

El examen clínico mostraba un niño pálido pero bien nutrido. Alerta, e inteligente. El desarrollo motor y el del lenguaje estaba de acuerdo con su edad. Un examen neurológico cuidadoso y detallado fue completamente negativo. Un examen somático realizado por el Dr. A. Tola fue también negativo. En la región fronto-temporal izquierda existía una zona ligeramente elevada, elástica y pulsátil a la palpación, de unos 5 por 8 cm. de diámetro cuya palpación profunda revelaba la ausencia del hueso a ese nivel. Los bordes del defecto eran irregulares. No había dolor a la palpación. La auscultación a ese nivel revelaba un marcado soplo sincrónico con el pulso arterial. La oclusión de la arteria temporal superficial no abolía este soplo pero la oclusión de la carótida común izquierda lo disminuía un 50%. El fondo de ojo examinado bajo anestesia general era normal.

Los exámenes de laboratorio de rutina incluyendo examen de orina, hemograma, velocidad de sedimentación, úrea en sangre, prueba de tolerancia a la glucosa, colesterol en sangre y examen de heces, fueron completamente normales. Una radiografía de cráneo (Fig. N° 1) mostró la presencia de una amplia zona de destrucción en la región fronto-parietal izquierda cuyos bordes eran irregulares. En vista de la presen-



FIG. Nº 1

cia del marcado soplo sistólico que se escuchaba sobre la lesión, se procedió a realizar una arteriografía de la carótida común izquierda, cuyos resultados descartaron la posibilidad de que se tratase de un aneurisma arterio-venoso. La radiografía del tórax era normal. Se tomaron también radiografías del resto del esqueleto no encontrándose ninguna lesión parecida.

El 15 de agosto de 1950 se realizó la exposición quirúrgica de la lesión bajo anestesia general. No existían adherencias entre la lesión y el cuero cabelludo. El tumor hacía prominencia de 1 cm. sobre la superficie del hueso y tenía una apariencia irregular y un color abigarrado y con zonas aparentemente necróticas y numerosos vasos en la superficie. El tumor fue extirpado por medio de una cureta y al retirar la parte superficial de la lesión nos encontramos que la dura-madre estaba infiltrada por el proceso por lo cual decidimos extirpar también este elemento anatómico. Al hacer esto, se comprobó que el cerebro estaba completamente indemne. Se realizó la extirpación de todo el hueso circundante que estaba aparentemente infiltrado. El examen histopatológico realizado por el Dr. R. Favens demostró que se trataba de un "granuloma eosinófilo", que infiltraba la dura-madre. La herida cicatrizó bien y el paciente recibió después un tratamiento roentgenerápico con las siguientes características: 85 kv. 3 Ma. capa hemireductora de

1 mm. de Al. sobre un campo de 12 cm. de diámetro. Distancia foco piel 20 cm. habiendo recibido una dosis tumor aproximada de 120 r'. El paciente abandonó el tratamiento sin haber sido completado. Tres años después, sabemos que este niño se encuentra en buenas condiciones.

CASO N^o 2.— A. M. M. Sexo: femenino. Edad: 7 años. Raza: blanca, de madre española y padre peruano. Sin existir ningún antecedente médico de importancia, 2 meses antes de consultarnos, esta niña dijo a su madre que había tenido un golpe en la cabeza y mostró la presencia de una pequeña tumoración en la región parietal superior derecha. Desde entonces, esta tumoración parece haber permanecido mas o menos del mismo tamaño y quizás haya disminuido. No se trata de una tumoración dolorosa ni produce ninguna molestia excepto cuando se le presiona demasiado intensamente en cuyo caso puede producir un pequeño dolor. La paciente se ha quejado últimamente de algunas cefaleas esporádicas, pero fuera de eso no ha presentado ningún otro síntoma.

El examen clínico cuidadoso y detallado es completamente negativo tanto desde el punto de vista neurológico como del resto de los órganos. La presencia de la tumoración descrita fue constatada. Se trataba de una pequeña tumoración del tamaño de una moneda de 20 centavos, situada en la región superior del parietal derecho. No era pulsátil y la auscultación no demostraba la presencia de ningún soplo. Alrededor de la tumoración parece palpase los bordes del hueso. Una radiografía (Fig. N^o 2) mostró la presencia de una zona de osteolisis a ese nivel, con bordes irregulares y de tipo infiltrativo. Un examen radiológico del tórax, la pelvis y los huesos largos, reveló la normalidad del resto del esqueleto. Los exámenes de laboratorio de rutina fueron también completamente normales. El día 20 de marzo de 1953 se realizó una exposición quirúrgica de la lesión encontrándose una zona de destrucción ósea producida por una lesión de aspecto tumoral, de color gris rojizo y de consistencia friable que infiltraba la dura-madre. Se realizó la extirpación quirúrgica completa.

En vista de que la extirpación había sido radical, esta paciente no recibió radioterapia postoperatoria. El examen histológico de la biopsia realizado por el Dr. Jorge Campos Rey de Castro, indicó que se trataba de un "granuloma eosinófilo". Nuevas radiografías tomadas en julio de 1953, muestran la completa cicatrización de los bordes del defecto óseo.

CASO N^o 3.— A. P. F. Sexo: masculino. Edad: 7 años. Raza: blanca, hijo de peruano y española. Sin ningún antecedente patológico de

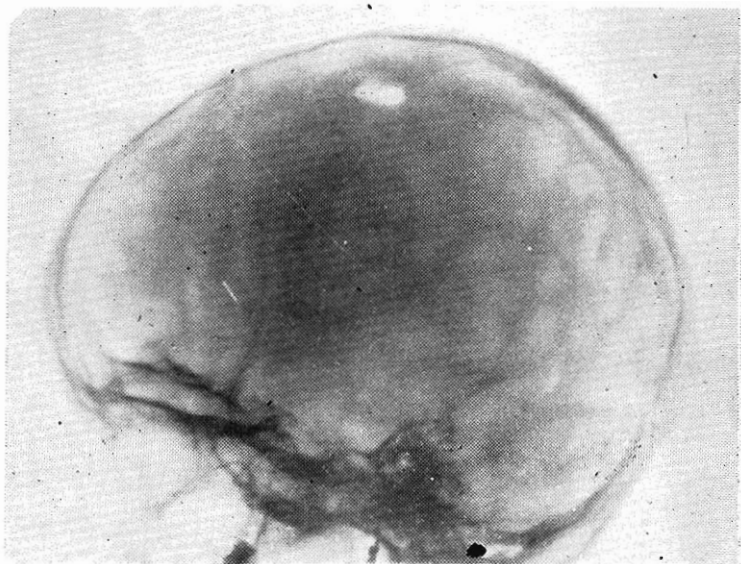


FIG. N° 2

importancia, a fines del mes de marzo de 1953, este niño tuvo una caída de su bicicleta golpeándose en la región parietal izquierda. Dicen los padres que se formó un pequeño hematoma a ese nivel, pero desapareció rápidamente y no se le dió mayor importancia. Sin embargo, el paciente siguió quejándose de dolor en la región hasta que se decidió tomarle una radiografía del cráneo. Esta radiografía fue interpretada por el radiólogo como completamente negativa, pero el examen de la placa en forma retrospectiva nos permite visualizar ya un defecto osteolítico.

Los dolores continuaron en forma leve pero continua, presentándose ocasionalmente agudizaciones. Así mismo, el padre del paciente notó la presencia de una pequeña tumoración del tamaño de una moneda de 20 centavos por lo cual se realizó otra radiografía a fines de abril, cuyo resultado puede verse en la figura N° 3 que muestra la presencia de un foco de osteolisis en la región temporo parietal izquierda. El paciente fue referido a nosotros por el Dr. Horacio Cachay Díaz.

El examen clínico cuidadoso y detallado fue completamente negativo desde el punto de vista neurológico y físico general, excepto por la presencia de una pequeña tumoración discretamente dolorosa del tamaño de una moneda de 20 centavos y que hacía una prominencia alrededor de 3 a 4 mm. de alto en la región parietal izquierda, lo que correspondía exactamente a la zona indicada por la radiografía como portadora de una lesión osteolítica. Se tomaron radiografías de los otros huesos no

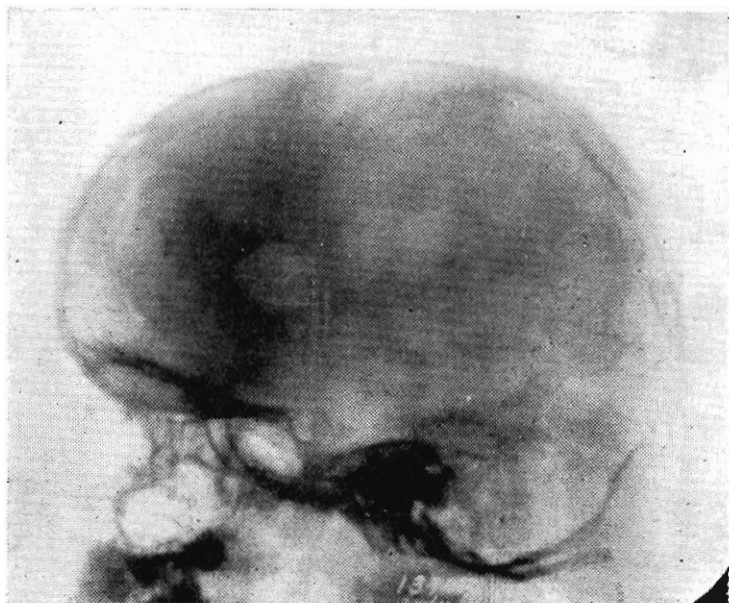


FIG. Nº 3

encontrándose ninguna otra lesión. La radiografía del tórax también era normal. Los exámenes de laboratorio de rutina fueron normales.

El 25 de Abril de 1953, se realizó una biopsia por aspiración de la lesión. El material fue examinado por el Dr. Jorge Campos Rey de Castro quien estableció el diagnóstico de "granuloma eosinofílico".

El paciente fue sometido entonces a tratamiento roentgenterápico con las siguientes características: 180 Kv., 10 Ma. con capa hemireductora de 1 mm. de Cu. Campo de 5 cm. de diámetro. Distancia foco piel 40 cm. Habiendo recibido una dosis tumor de 910 r' en 14 días alternados.

Mediante el tratamiento hubo una completa desaparición del dolor y el examen reveló la desaparición de la prominencia antes señalada. Las radiografías de control muestran la tendencia a la desaparición de la osteolisis, pero todavía no hay tiempo para saber si se va a regenerar completamente el hueso.

CASO Nº 4.— T. H. T. Sexo: masculino. Edad: 10 años. Raza: mestiza. Sin ningún antecedente patológico de importancia, en el mes de setiembre de 1952, comienza este paciente a presentar un dolor epigástrico, intenso en su inicio, sordo después, que adquirió esporádicamente irradiación lumbar bilateral. Conjuntamente comenzó a acusar debilidad de sus extremidades inferiores que se acentuaba progresivamente y que



FIGURA N° 4.—Colapso total del cuerpo de la VII vertebra dorsal.

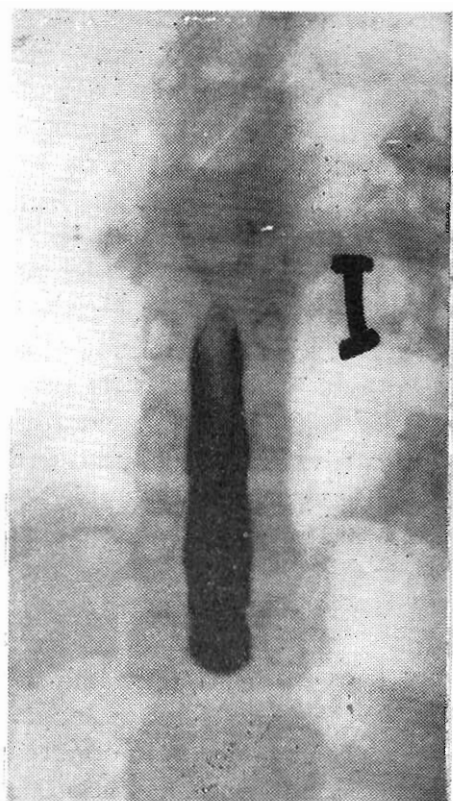


FIGURA N° 5.—Mielografía. Bloque a nivel de las VII y VIII vertebrae dorsales.

en el término de 20 días lo llevó a la imposibilidad de caminar. Cuatro días antes de su ingreso al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas pierde absolutamente la capacidad de movilizar sus extremidades inferiores. No presentó alteraciones esfinterianas ni manifestaciones generales. Tampoco mostraba alteraciones subjetivas de la sensibilidad. Fué referido a nosotros por el Dr. Rafael Alzamora.

Un examen clínico mostró que la marcha y la estación de pie no eran posibles por la presencia de una incapacidad motora. Solo se esbozaban movimientos de flexión y extensión en los miembros inferiores, siendo el compromiso de mayor predominio en el miembro inferior derecho. Existía hiperestensibilidad e hipotonía en las extremidades inferiores. Había signos de piramidalismo muy marcado, preferentemente

a la derecha, con reflejos poliginéticos, clonus del pié y de la rótula, Babinski y sucedáneos.

Los exámenes de laboratorio de rutina fueron completamente normales. Un examen de la médula ósea fue también normal. Las radiografías de la columna vertebral mostraron, como se ve en la Fig. N° 4 un colapso total del cuerpo de la séptima vértebra dorsal que había quedado reducida a una delgada lámina. Los espacios intervertebrales se encontraban conservados. Un examen radiológico del resto del esqueleto fue completamente normal.

Se realizó una punción lumbar que mostró la presencia de un bloqueo parcial con un líquido xantocrómico, una reacción positiva a las globulinas y contenido de albúmina de 2.56 gramos por ciento. Se realizó, así mismo, una mielografía con pantopaque lo que mostró un bloqueo a nivel de la séptima y octava vértebras dorsales. En vista de todos estos datos clínicos, se realizó una laminectomía el 9 de octubre de 1952 encontrándose una tumoración epidural que fue extirpada parcialmente descomprimiendo el canal raquídeo. El examen de esta tumoración fue realizado por el Dr. Jorge Campos Rey de Castro, quien llegó a la conclusión de que se trataba de un "granuloma eosinófilo".

En vista de la completa destrucción del cuerpo vertebral correspondiente, el paciente fué colocado en un corset de yeso y después se sometió a roentgenterapia con las siguientes características: 180 Kv., 10 Ma. con capa hemireductora de 0.94 mm. de Cu. sobre un campo de 15 por 10 cm. y a una distancia foco piel de 5 cm. recibiendo 2,240 r' dosis tumor. El enfermo fue dado de alta caminando con su corset de yeso, el día 7 de diciembre de 1952.

Ha sido readmitido al Servicio de Neurocirugía en días pasados, con el objeto de realizar un injerto de Albee. La recuperación neurológica es completa desde el punto de vista subjetivo aunque existen todavía algunos signos objetivos de piramidismo.

DISCUSION

Los casos 1, 2 y 3, constituyen típicos ejemplos de granulomas eosinofílicos aislados del cráneo y se explican por sí solos. El caso N° 1, por su gran desarrollo, constituyó un verdadero problema diagnóstico y planteó la seria posibilidad de que se tratara en realidad de una forma límite con la enfermedad de Hand-Schuller-Christian.

Se trata de lesiones benignas, muy sensibles a los rayos X, pero que pueden tener una apariencia radiológica y macroscópica de tumores

malignos. La edad de los pacientes, sin embargo, siempre nos debe hacer pensar en esta lesión, sospechosa que solo puede ser confirmada por medio del estudio histológico.

El caso T. H. es mucho mas raro, ya que existen muy pocos datos bibliográficos sobre localización de esta lesión en las vértebras en forma aislada.

El pronóstico del granuloma eosinofílico aislado o monostótico es, en general, muy bueno. Sin embargo, debe siempre tenerse en cuenta sus relaciones con las otras enfermedades de este grupo, por lo cual estos pacientes deben ser vigilados en vista de la posible aparición en el futuro, de otros síntomas de este complejo nosológico.

La extirpación quirúrgica no parece estar completamente justificada, a menos que se realice con fines de descompresión o con fines de biopsia. La marcada sensibilidad a los rayos X, hace que este sea el tratamiento de elección. Sin embargo, en caso de lesiones pequeñas que han sido abordadas quirúrgicamente con fines de investigación histológica, se justifica proceder a su curetaje total, ya que este constituye un excelente procedimiento curativo por sí solo y no es necesario proceder después a la irradiación.

RESUMEN

Se presentan cuatro casos de granuloma eosinofílico monostótico. Tres de ellos localizados en el cráneo y uno localizado en una vértebra. Se recalca las relaciones existentes entre esta entidad nosológica y la enfermedad de Hand-Schuller-Christian y de Letterer-Siwe, destacándose la benignidad del granuloma eosinofílico monostótico.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— LICHTENSTEIN, L. y JAFFE, H. L.— Eosinophylic Granuloma of Bone. With report of a case. *Am. J. Path.* 16: 595, 1940.
- 2.— OTANI, S. y EHRLICH J. C.— Solitary granuloma of Bone simulating primary neoplasm. *Am. J. Path.* 16: 479, 1940.
- 3.— GREEN, W. T. y FARBER, S.— Eosinophylic or solitary granuloma of Bone. *J. Bone and Joint Surg.* 24: 499, 1942.

- 4.— SCHAJOWICZ, F. y POLAK, M.— Contribución al estudio del denominado "Granuloma Eosinofílico" y a sus relaciones con la xantomatosis ósea.— Rev. de la Asoc. Méd. Argent. 61: 219, 1947.
- 5.— MONTAGNE, A. y MORI CHAVEZ, P.— Granuloma eosinófilo del fémur.—Bol. Academia Peruana de Cirugía, 1948.
- 6.— O'HARA, H. ROCCA, E. D. y RAFFO, E.— Granuloma eosinófilo del cráneo. En Prensa.