

Fibroma desmoplásico

A propósito de un caso

Dr. Luis A. Ochoa E.*

Resumen Clínico

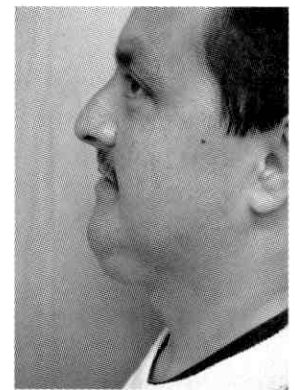
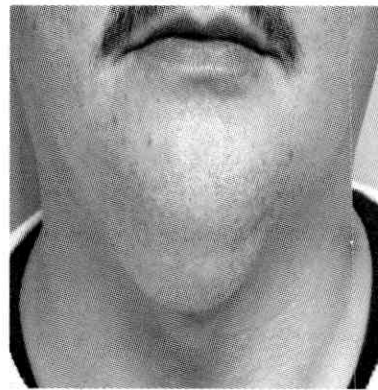
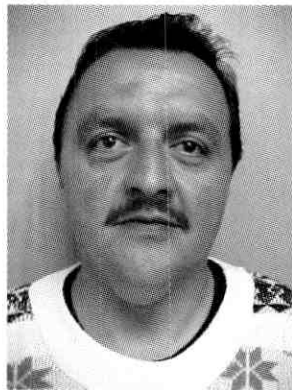
Se trata de paciente masculino de 34 años de edad natural y procedente de la ciudad de Mérida, de profesión vigilante quien consulta al Hospital "Sor Juana Inés de la Cruz" a mediados del 2002 por aumento de volumen de la región paramentoniana izquierda y dolor de leve a moderada intensidad y que a la exploración de la cavidad bucal se encuentra un aumento del volumen entre el primer incisivo al segundo premolar izquierdo, dolor a la palpación, ausencia de piezas dentarias y una buena oclusión; al estudio radiológico inicial (panorámica de mandíbula) se aprecia una imagen de tipo osteolítica con abombamientos de las corticales que se

extiende desde la región mentoniana de la mandíbula hasta el cuerpo izquierdo, sin reacción periostal, por lo cual se procede a cumplir con el plan preoperatorio para la toma de la biopsia bajo anestesia general y por vía intra-oral. Durante el acto operatorio se encuentran unas corticales delgadas con un contenido intra óseo de aspecto gelatinoso de color blanquecino y el cual fue extirpado en su totalidad. El estudio anatomopatológico por inmunofluorescencia reporta un fibroma desmoplásico sin mitosis.

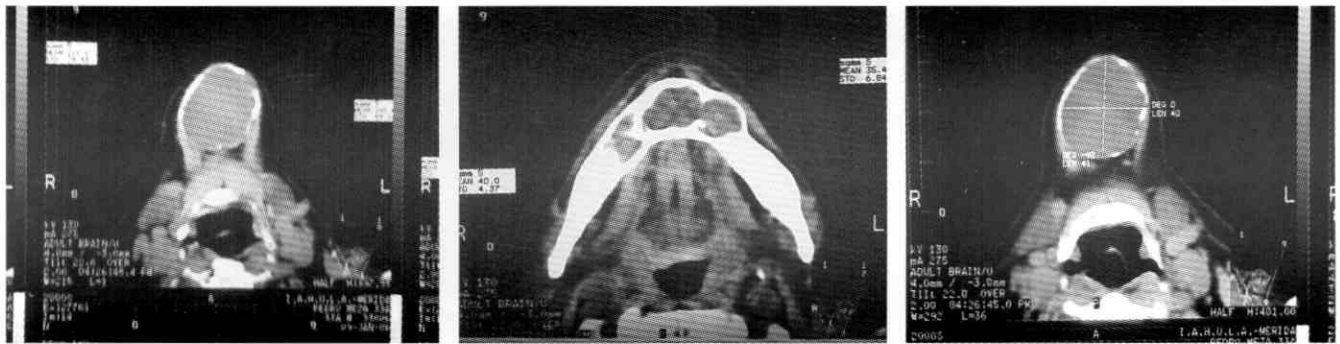
El paciente evolucionó favorablemente pero tres años después de la primera toma de biopsia retornó a este centro asistencial por dolor intenso nocturno y aumento de volumen en

Paciente: J.M.
45 años

Aspecto clínico
Pre operatorio



* Médico Cirujano, Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela. Médico Especialista en Ortopedia y Traumatología, Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela. Fellowship en Cirugía Máximo Facial Universidad Luwing Maximilian, Munich, Alemania. Jefe de Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital "Sor Juana Inés de La Cruz", Mérida, Venezuela.



Radiología Pre operatoria

la región mentoniana de 3 x 3 cm., con residua de la lesión tumoral; en esa oportunidad se le solicitó estudio de radiología simples y una TAC apreciándose que la lesión tumoral es de tipo lítica, con abombamiento de las corticales y que en la región mentoniana la lesión tumoral ha roto la cortical inferior con extensión de ésta hacia las partes blandas, el paciente nuevamente es llevado al quirófano, bajo anestesia general y por vía intra-oral se realiza la exéresis del contenido tumoral de tipo gelatinoso más la colocación de injerto óseo autólogo tomado de la cresta iliaca previa colocación de lámina de Vicryl.

Discusión

El Fibroma desmoplásico es un tumor extremadamente raro ya que representa un 0,06 % de todos los tumores de hueso y un 0,3 % de los tumores óseos benignos en las series de la Clínica Mayo¹ localmente puede ser agresivo, aunque generalmente se clasifica como un

tumor óseo benigno, aunque algunos autores lo clasifican categoría intermedia entre lesiones benignas y malignas². Se presenta habitualmente en individuos menores de 40 años, sin predominio de sexo². Los signos clínicos no son específicos³, el comienzo a menudo es muy insidioso y la evolución es bastante larga hasta que se presentan los primeros síntomas⁴. En los pacientes sintomáticos, el dolor constituye la causa más común⁵. Raramente la fractura patológica constituye el primer síntoma. Los lugares más comúnmente afectados son los huesos largos (húmero, fémur, tibia), mandíbula y pelvis^{2,6}.

Radiológicamente no existen características típicas para este tipo de lesión tumoral, por lo general es una lesión radiolucida y expansiva, con bordes no escleróticos pero perfectamente definidos y la cortical puede ser engrosada o adelgazada, pero no existe una respuesta perióstica significativa^{2,7}, la trabeculación y los septos internos se observa aproxima-

Trans operatorio





Evolución Clínico Radiológica

damente en un 75% de los casos, produciendo un patrón de destrucción ósea en forma de panal de abejas⁸. Las variantes localmente agresivas pueden simular tumores óseos malignos, y pueden dar lugar a gran destrucción ósea e invasión a partes blandas.

Histológicamente la lesión se compone de grupos regulares de formas fusiformes y ocasionalmente fibroblastos estrellados con núcleo alargado u ovoide salpicados dentro de una matriz colágena densa, no existen evidencias de actividad mitótica^{2,9}. Aunque la celularidad es variable, la matriz de colágeno constituye la mayor porción del tumor.

Hay que establecer diagnóstico diferencial con las siguientes lesiones tumorales: Quiste óseo simple, quiste óseo aneurismático, displacia fibrosa, fibroma condromixoide, tumor de células gigantes, fibrosarcoma, histocitoma fibroso maligno y condrosarcoma^{1,2}.

Bibliografía

1. Dahlin D.C., Unni K. K. *Bone Tumors. General aspects and date on 8542 cases*, 4th ed. Springfield, Il: Charles C. Thomas, 1996.
2. Schajowicz F. *Tumors and tumorlike lesions of bone: pathology, radiology and treatment*, 2nd ed. Berlin: Springer- Verlag, 1994.
3. Bertoni F., Calderoni P., Bacchini P., Campanacci M. *Desmoplastic fibroma of bone: a report of six cases*. J. Bone Joint Surg 1984; 66B: 265-268.
4. Mulder J. D., Schutte He., Kroon H. M., Taconis Wk. *Radiologic atlas of bone Tumors*. Amsterdam: Elsevier, 1993;607-625.
5. Gebhardt M. C., Campebell C. J., Schiller A. L., Mankin H. J. *Desmoplastic fibroma bone. A repor of eight cases and review of the literature*. J. Bone Joint Surg 1985; 67A: 732 - 747.
6. Rabhan Wn., Rosai J. *Desmoplastic fibroma. Report of ten cases and review of literature*. J. Bone Joint Surg 1968; 50A: 487-502.
7. Crim J. R., Gold R. H., Mirra Jm., Eckardt J. J., Bassett L. W. *Desmoplastic fibroma of bone: radiographic analysis*. Radiology 1989;172:827-832.
8. Greenspan A., Unni K. K. *Case report 787. Desmoplastic fibroma*. Skeletal Radiol 1993;22:296-299.
9. Inwards C. Y., Unni K. K., Beeabou J. W., Sim F. H. *Desmoplastic fibroma of bone*. Cancer 1991;68:1978-1983.