

IMÁGENES EN MEDICINA DE FAMILIA

Fibroma no osificante

Non-ossifying fibroma

P. Hernanz López*, P. Moreno Cano y C. Bello González

Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud La Chopera, Dirección Asistencial Norte, Alcobendas, Madrid, España



Presentamos el caso de un varón de 19 años que consulta por dolor de rodillas bilateral, más intenso en la derecha, de características mecánicas y de un año de evolución. El dolor aumenta cuando juega al fútbol, acompañado habitualmente de la inflamación de ambas rodillas. Mejora parcialmente mientras toma antiinflamatorios no esteroideos, pero el dolor y la inflamación vuelven al suspender el tratamiento. El paciente no recuerda antecedente traumático. No antecedentes médico-quirúrgico de interés.

A la exploración física existe dolor a la palpación en las facetas externas de ambas rótulas. No existe derrame ni deformación. Flexo-extensión completa. Estabilidad articular anteroposterior y lateral conservada. Maniobras meniscales negativas. Test de Zohlen positivo. Se decide solicitar estudio radiográfico simple de ambas rodillas en proyección anteroposterior y lateral. En el margen posterolateral de la diáfisis distal femoral derecha se aprecia lesión cortical/subcortical que muestra focos radiolucientes con septo y bordes esclerosos, que está produciendo discreto abombamiento de la cortical adyacente, en relación con leve reacción perióstica lisa, hallazgos en relación con lesión de baja agresividad tipo fibroma no osificante (figs. 1 y 2). Posteriormente, el paciente es valorado por el traumatólogo que diagnostica de fibroma no osificante en rodilla derecha y síndrome de hiperpresión rotuliana.

El fibroma no osificante es definido por la Organización Mundial de la Salud como una lesión ósea no neoplásica de etiología oscura, caracterizada por la presencia de tejido fibroso dispuesto en remolinos, conteniendo células gigantes multinucleadas, pigmento hemosiderínico e histiocitos

cargados de lípidos. El fibroma no osificante (fibroma no osteogénico) y el defecto fibroso cortical (defecto metafisario) son las lesiones fibrosas más frecuentes del hueso y son histológicamente idénticas. Se diferencian por su tamaño: si es menor de 2 cm, se denomina defecto fibroso y si es más de 2 cm se le llama fibroma no osificante. La lesión es debida a la proliferación de bandas de células de tejido conjuntivo en el hueso. Es el resultado del defecto de desarrollo del hueso cortical periosteal que lleva al fracaso de la osificación¹⁻³.

En su mayoría se presentan entre los 8 y los 20 años de edad; en el 75% de los casos en la segunda década de la vida. Habitualmente son asintomáticos y es más frecuente en varones (2:1). La radiografía simple generalmente es diagnóstica. El fibroma no osificante suele ser una lesión solitaria, aunque puede tener áreas de afección múltiple. Los bordes exteriores son lobulados semejando un racimo de uvas. La arquitectura interior tiene una apariencia espumosa. Normalmente, hay una corteza de hueso reactivo o esclerosis que rodea la lesión. Puede haber adelgazamiento cortical y, en algún caso, una ligera expansión, que puede malinterpretarse como un cambio maligno. El tamaño varía de 0,5 a 7 cm. La localización más frecuente es las metafisis de los huesos largos, sobre todo en extremidades inferiores, alrededor de la rodilla (fémur distal, tibia proximal o distal y peroné). En el hueso suelen ser excéntricos, varios centímetros apartados de la cortical y más frecuentemente intramedular. Muy raramente son puramente diafisarios. Generalmente las radiografías simples son suficientes para el diagnóstico, y las técnicas de imagen adicionales no son necesarias¹⁻³.

Si nos encontramos ante una lesión de estas características y en la localización descrita sin ningún signo radiográfico de alarma, la actitud debe ser conservadora. Una lesión que no está causando síntomas no precisa tratamiento. Una lesión muy grande puede debilitar el hueso y puede necesitar

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: paulahernanz@gmail.com
 (P. Hernanz López).



Figura 1 Radiografía anteroposterior de ambas rodillas. Fibroma no osificante en la diáfisis distal femoral de la rodilla derecha.



Figura 2 Radiografía lateral de la rodilla derecha. Fibroma no osificante en la diáfisis distal femoral.

tratamiento profiláctico. Se ha propuesto que un fibroma no osificante que involucra más del 50% del ancho del hueso en las radiografías simples en 2 proyecciones o más de 33 mm de longitud puede causar fractura y debe tratarse. Si la lesión requiere tratamiento, el curetaje intralesional local con injerto óseo es suficiente¹⁻³.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Bibliografía

1. Adriá-Mico JM, Ibor-Alos P, Marín-Marín M. Hallazgo casual tras esguince de rodilla en varón de 19 años. *FMC*. 2006;13:159.
2. Olazabal-Zudaire A, Hernandez-Morales D. Fibroma no osificante de la tibia. *FMC*. 2006;13:85.
3. Álvarez López A, Casanova Morote C, Sánchez Olazabal L, Manuel Bueno P. Fibroma no osificante. Estudio de 10 años. *AMC*. 2001;5. [consultado 24 Ene 2018] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci.arttext&pid=S1025-02552001000500007&lng=es>