

Características radiológicas del fibrohistiocitoma maligno del hueso

J. Martel Villagrán^a, Á. Bueno Horcajadas^b, J. Escribano Vera^b y D. Jiménez Jurado^c

^aServicio de Radiología. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón. Madrid. España.

^bServicio de Radiología. Clínica Rúber Internacional. Madrid. España.

^cServicio de Radiología. Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. España.

Radiological characteristics of malignant fibrous histiocytoma of bone

El fibrohistiocitoma maligno óseo fue reconocido como tumor óseo primario hace pocos años y, aunque mucho más raro que su homónimo de partes blandas, no es excesivamente infrecuente. Aunque afecta preferentemente a huesos largos, ha sido descrito en múltiples localizaciones y a cualquier edad. Son tumores agresivos que pueden aparecer en relación con otras lesiones óseas y tienen mal pronóstico. Presentamos nuestra experiencia con 13 casos y realizamos una revisión bibliográfica que nos permita conocer mejor las principales características de este tumor.

Palabras clave: fibrohistiocitoma maligno, tumores óseos, radiología convencional, tomografía computarizada, resonancia magnética.

Malignant fibrous histiocytoma (MFH) was only recognized as a primary bone tumor a few years ago. Although it is much rarer than malignant fibrous histiocytoma of soft tissues, it is not extremely uncommon. It predominately affects long bones; however, it has been reported to occur in many different sites and at any age. MFH are aggressive tumors that can appear in association with other bone lesions, and they have a poor prognosis. We present our experience with 13 cases of MFH and review the literature to describe the main characteristics of this tumor.

Key words: malignant fibrous histiocytoma, bone tumors, plain-film radiography, computed tomography, magnetic resonance.

INTRODUCCIÓN

El fibrohistiocitoma maligno (FHM) óseo fue definido por primera vez por Feldman y Norman en 1972¹ y representa, según las diversas series bibliográficas, un 5% de los tumores óseos malignos². En la serie de Dahlin de 4.374 tumores óseos, sólo 52 fueron FHM. Se localiza³ con más frecuencia en fémur (44%) y tibia (21%), siendo más rara su ubicación en el húmero (9%) y la pelvis (9%). Presenta la peculiaridad de ser el tumor óseo maligno que más frecuentemente se asocia a otras lesiones óseas⁴. También hay que resaltar que hasta en un 20% de los casos se presenta con una fractura patológica⁵.

Presentamos una serie de 13 casos de FHM de localización ósea y realizamos una descripción de los hallazgos radiológicos y anatomopatológicos, así como una revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los 13 casos han sido recogidos en el período comprendido entre los años 1991-2004 en los hospitales Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares y Fundación Hospital Alcorcón. La distri-

bución por sexos mantuvo una relación 1:1 (6 varones y 7 mujeres) y el rango de edad osciló entre los 23 y los 65 años (media: 40,5 años).

Todos los casos contaban con estudios radiológicos convencionales, en nueve casos se dispuso de tomografía computarizada (TC) y en siete de resonancia magnética (RM).

RESULTADOS

En la tabla 1 aparecen reflejados los datos más característicos de la presentación clínica de los 13 casos. Hay que hacer hincapié en que existió un pico de presentación en la cuarta década, que todos comenzaron con dolor local, que la localización más frecuente fue en fémur y en ilíaco (esta localización sólo se observó en pacientes jóvenes) y que no mostraron predilección por ningún sexo.

Radiológicamente, seis casos presentaron un patrón lítico permeativo (fig. 1) y siete tenían un patrón lítico geográfico (fig. 2). En diez casos era visible la presencia de destrucción cortical y en uno se reconocía la presencia de reacción perióstica. Otro caso mostraba secuestro óseo. La masa de partes blandas, detectable incluso en la radiografía simple, fue también un hallazgo frecuente (9 casos).

Dos de los casos se asociaron con otra lesión ósea: un infarto óseo (fig. 3) y un fibroma no osificante. Una paciente acudió a Urgencias por presentar una fractura patológica (fig. 4).

El caso de localización vertebral correspondió a un FHM multifocal, una entidad extremadamente infrecuente.

Correspondencia:

JOSÉ ESCRIBANO VERA. Servicio de Radiología. Clínica Rúber Internacional. Madrid. España. jmartel@fhalcorcon.es

Recibido: 22-III-05

Aceptado: 27-VII-05

TABLA 1
DISTRIBUCIÓN POR SEXO Y EDAD, Y CARACTERÍSTICAS RADIOLÓGICAS

Caso	Sexo	Edad	Localización	Características radiológicas
1	V	30	Tibia	Lítica, cortical rota, masa partes blandas, fibroma no osificante, metafisodiafisario
2	M	34	Íliaco	Lítica, cortical rota, masa partes blandas
3	M	36	Tibia	Permeativa, cortical rota, masa partes blandas, metafisodiafisario
4	M	60	Fémur	Permeativo, reacción perióstica, infarto óseo, diafisario
5	V	50	Fémur	Permeativa, cortical rota, masa partes blandas, metafisodiafisario
6	V	65	Fémur	Permeativa, cortical rota, masa partes blandas, diafisario
7	M	30	Íliaco	Lítico, cortical rota
8	M	28	Íliaco	Permeativa, cortical rota, masa partes blandas
9	V	42	Radio	Permeativa, cortical rota, masa partes blandas, metafisodiafisario
10	V	58	Columna vertebral	Lítico, cuerpos vertebrales
11	M	32	Fémur	Lítico, fractura patológica, metafisodiafisario
12	V	39	Tibia	Lítico, cortical rota, masa de partes blandas, metafisodiafisario
13	M	23	Pubis	Lítico, cortical rota, masa de partes blandas

M: mujer; V: varón.



Fig. 1.—Lesión lítica, permeativa con destrucción cortical y masa de partes blandas en región metafisodiafisaria proximal de la tibia.



Fig. 2.—Lesión lítica en el ilíaco de bordes mal definidos, sin matriz ósea y sin clara rotura cortical.

La TC y la RM ayudan a la planificación quirúrgica al valorar la extensión tumoral, sobre todo la afectación de partes blandas que estaba presente en todos los casos en los que se utilizaron estas técnicas (fig. 5), aunque las características de estos tumores son inespecíficas. La masa tumoral es hipodensa en la TC y muestra una intensidad disminuida en las secuencias potenciadas en T1 e incrementada en las potenciadas en T2. La administración de contraste intravenoso provoca un realce intenso y delimita zonas de necrosis central.

DISCUSIÓN

El término FHM fue aplicado por Ozzello et al en 1963⁶ a un tipo de sarcoma de partes blandas, y sugerían que las células tumorales derivaban de histiocitos. Desde entonces, la histopatología de este tumor ha sido ampliamente debatida. El término FHM óseo fue sugerido por Feldman y Norman en 1972 y por

Mirra et al en 1974. Desde esta fecha, podemos encontrar diversos grupos que publican series de FHM óseos en la literatura internacional, aunque son excepcionales las que recogen un número significativo de casos⁵⁻⁷.

El FHM puede presentarse a cualquier edad, habiéndose descrito casos desde los 6 a los 80 años^{4,6} y parece mostrar dos picos de incidencia: uno sobre la tercera-cuarta década y otro sobre la sexta-séptima^{4,8}, estos datos coinciden con los de nuestra serie. Aunque algunos autores refieren una distribución por sexos más frecuente en el hombre^{2,4,5,7}, otros afirman que no hay diferencia significativa en cuanto a su distribución^{6,9}.

Su frecuencia oscila entre el 3%¹⁰ y el 8%¹¹ de los tumores óseos primarios malignos —es 10 veces más raro que el osteosarcoma⁷— aunque puede que esta frecuencia sea algo mayor ya que, hasta no hace muchos años, se diagnosticaban como osteosarcomas o como fibrosarcomas. Nosotros creemos que su frecuencia relativa es mayor de la esperada, aunque dada la rareza,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4246302>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4246302>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)