

CUATRO CASOS DE FIBROBLASTOMA BENIGNO (*)

Lesiones fibro gigante-celulares metafisarias

Dres. Esteban Nin Vivo y Oscar Guglielmone

Traemos a la consideración de la Sociedad, cuatro casos de fibroblastoma benignos del hueso, creyendo de interés su presentación por los problemas que este tipo de lesión pueden plantear al médico del punto de vista diagnóstico y tratamiento.

El desconocimiento de la verdadera naturaleza de estas lesiones, puede llevar a sanciones terapéuticas demasiado radicales como consecuencia de un diagnóstico histopatológico de probable malignidad.

Nuestros casos son tomados del Archivo del Instituto de Traumatología y del Centro para el Estudio de los Tumores Oseos.

CASO 1 (fig. 1). — A. L., 14 años, mayo 1947.

Hace unos días cae a un pozo, a raíz de lo cual acusa dolor e impotencia funcional de la rodilla izquierda, lo que no le impidió la marcha. Al examen: tumefacción, derrame, dolor en interlínea interna, Steinman positivo. Movilidad de 180° a 80°. Limitación dolorosa de la flexión.

La radiografía muestra una lesión lítica de la extremidad inferior del fémur localizada en el sector pósterior interno de la metafisis, subcortical de unos 3 cms. de diámetro mayor, ovalada a gran eje longitudinal, regular, limitada por bordes policlónicos sin reacción a su alrededor. Cortical intacta.

La imagen es tan típica que se hace diagnóstico radiológico de fibroma no osteogénico de Jaffe y Lichsteinstein.

Se hace biopsia resección. El informe del Dr. Brachetto Brian dice así: "Creo que la expresión fibroma no osteogénico es mala y no debe emplearse". Se trata de un blastoma del sector conjuntivo vascular cons-

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 5 de octubre de 1955.

tituido por fibroblastos, los cuales por su notable riqueza y alguna atipia nos hacen hacer el diagnóstico histológico de sarcoma fibroblástico de baja malignidad.

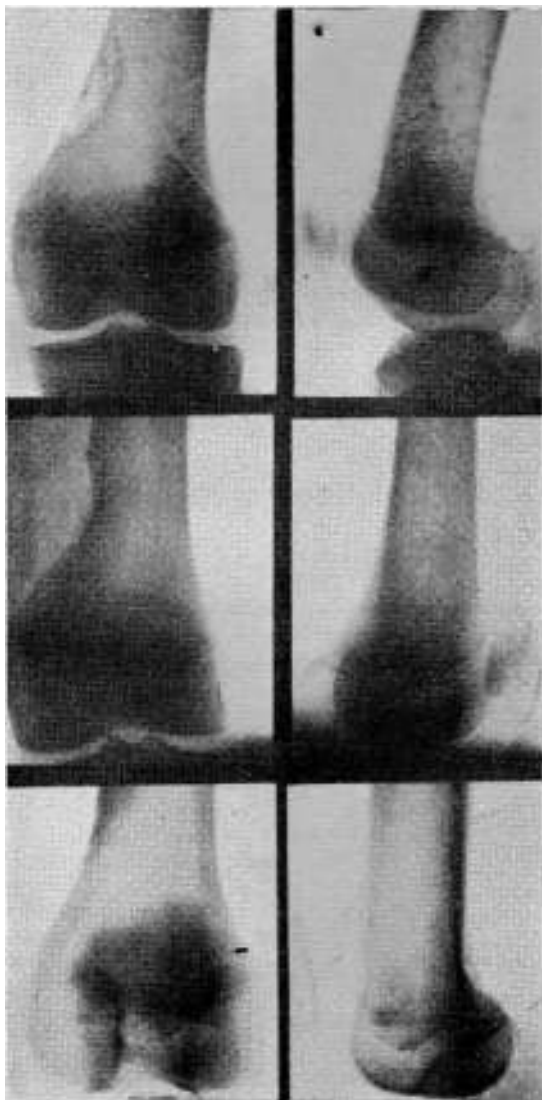


Fig. 1.

Cinco años de controles periódicos mostraron que la lesión evolucionó hacia la curación tanto del punto de vista clínico como radiológico.

CASO 2. (fig. 2 - 3). — E. Ch., 15 años, Octubre, 1954.

Consulta por dolor en rodilla derecha después de un partido de fútbol. No se comprueba ninguna alteración clínica, se indica horno y

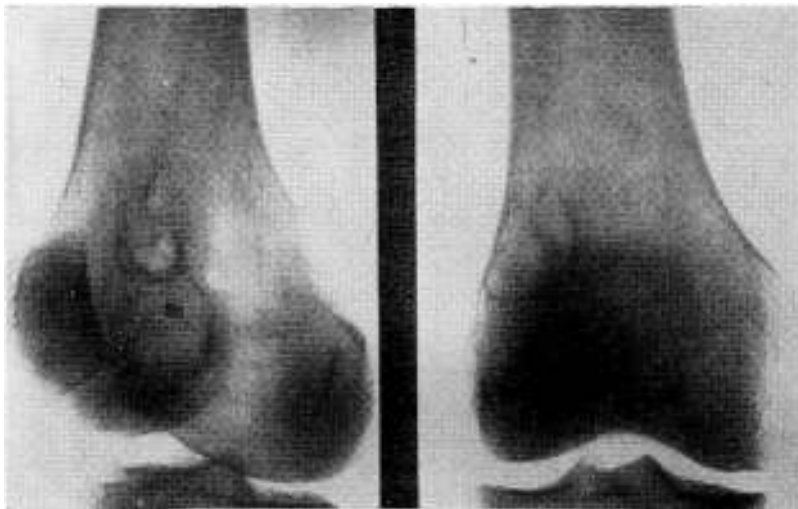


Fig. 2.

reposo. La sintomatología aunque atenuada continúa durante varios meses.

En diciembre 1954, durante la marcha claudicación brusca, dolorosa

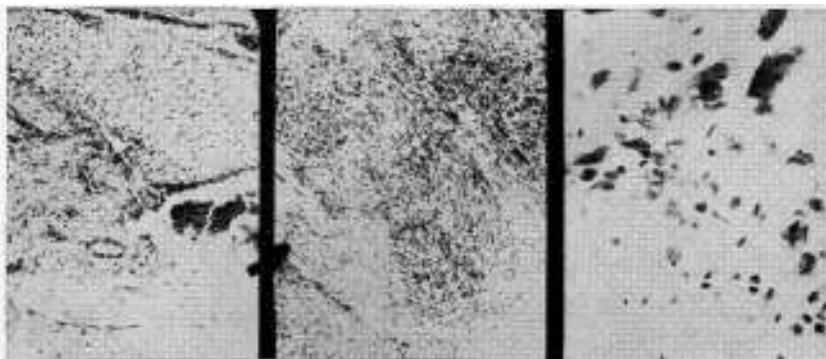


Fig. 3.

por la cual vuelve a consultar. Al examen clínico sólo muestra ligero dolor en interlínea interna.

La radiografía muestra una lesión lítica policíclica ubicada en la

metáfisis inferior del fémur en su sector póster interno, en cuyo interior falta la estructura normal del hueso y sólo se ven algunas trabéculas gruesas: rodeando esta lesión hay un fino halo de esclerosis, falta todo signo de reacción perióstica.

Con fecha 28 de diciembre de 1954, se reseca la lesión por amplio curetaje. El informe del estudio anatómico patológico (Dr. Mendoza), dice así: Tejido fibromatoso, discreta cantidad de células gigantes, pigmento de hemosiderina, escasas células xantelásmicas, focos de hemorragia con células gigantes. Diagnóstico: fibroblastoma benigno del tipo de fibroma no osteogénico, de Jaffe y Lichtenstein.

Cuatro meses después recuperación anatómica y funcional completa.

CASO 3 (fig. 4). — C. S. P., 16 años, junio 1955.

Consulta por traumatismo de rodilla izquierda a raíz de un golpe directo sobre la misma. Dolor e impotencia funcional. Al examen: derrame



Fig. 4.

a tensión. La radiografía muestra dos hechos: 1º) un trazo de fractura intercondílea sin desplazamiento, y 2º) en la metástasis femoral inferior en su sector póster interno, una imagen subcortical lítica, geódica, con aspecto de burbujas, bien limitada sin ninguna modificación de la estructura del hueso vecino, y sin ninguna reacción perióstica.

Tratamiento: inmovilización enyesada por un mes.

Evolución: fractura consolidada. Continuará en observación por lesión metafisaria femoral.

CASO 4 (fig. 5). J. N., 19 años, julio 1955.

Consulta por dolor y tumefacción de rodilla derecha a consecuencia de un traumatismo durante un partido de basket-ball, deporte que practica en forma intensa desde hace 4 años.

Al examen sólo discreto dolor sobre ligamento lateral interno, y marcada atrofia del cuádriceps.

La radiografía muestra una imagen a contornos policíclicos en el sector pósterior interno de la metáfisis inferior femoral, de densidad mayor que el hueso normal, con un halo de esclerosis bien limitado, sin modificaciones del hueso vecino y sin reacción perióstica.

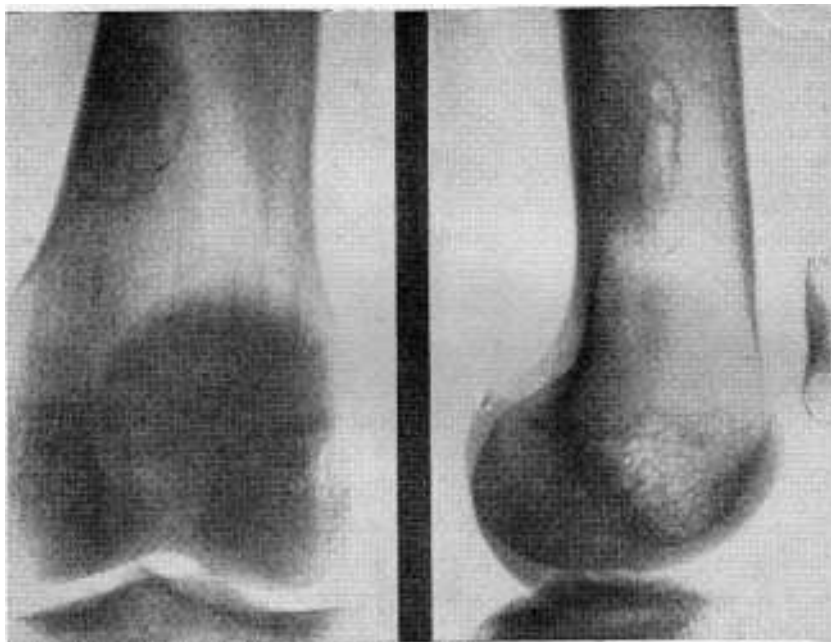


Fig. 5.

Tratamiento: Se indica fisioterapia para fortalecer el cuádriceps y se vigilará radiográficamente en forma periódica la lesión ósea femoral.

En todos nuestros casos, la edad de los pacientes oscilaba entre los 10 y los 20 años. Siempre estaba presente un antecedente traumático más o menos claro, y fué éste, o los síntomas que éste provocara a nivel de la rodilla, el motivo de consulta. El hallazgo de la lesión fué en las cuatro veces, un hecho ocasional en un examen radiológico de rutina.

Del punto de vista radiológico, son de destacar algunas características comunes: 1º) Topografía: todas estaban ubicadas en el sector metafisario inferior del fémur, unas más bajas, otras

más altas, pero siempre en la parte pósterio interna. 2º) Todas interesan la esponjosa subcortical, presentándose en algunas de las incidencias en estrecha relación con la cortical. 3º) La lesión se presenta delimitada por un halo de esclerosis fino que la separa del hueso vecino normal. 4º) Los contornos son más o menos policíclicos en todas. 5º) El tamaño oscila entre 1 cm. y 3 ó 4 cms. de diámetro mayor. 6º) En el interior de la lesión la trabeculación ósea normal está sustituida por una imagen en menos a veces cruzada por algunas trabéculas gruesas que son sobre todo abundantes en nuestro cuarto caso. 7º) Falta todo signo de reacción perifocal y reacción perióstica.

La anatomía patológica sólo la conocemos en dos de nuestros casos que fueron los operados. En uno y otro la imagen microscópica mostró una gran riqueza en fibroblastos, presencia de mayor o menor número de células gigantes, focos de hemorragia de variada antigüedad, pigmentos, hemosiderina y células xantomatosas. (Fig. 2).

Esta diversidad en la histología, pero siempre con un neto predominio de los elementos fibrosos, es característica de estas lesiones, y ha sido el motivo de todas las discusiones que se han planteado en torno a la ubicación noseológica de la misma.

Parecería que la presencia, o mayor o menor proporción de células gigantes y focos de hemorragia, estaría limitada a determinadas áreas de la lesión. En términos generales, se admite que la esquematización topográfica de la lesión sería así: (Figura 6).

- a) Esponjosa normal.
- b) Cortical.
- c) Pared ósea de la lesión.
- d) Tejido gigante celular.
- e) Tejido fibroso.

(Tomado de Stringa: "Lesioni fibroso-giganto cellulari metafisarie". Archivio "Putti", Vol. 4, 1954).

Las diferencias histológicas dependerían no sólo de la topografía dentro de la misma lesión, sino que son muy marcadas de un caso a otro; ya que en unos predominan los elementos fibroblásticos jóvenes y las células gigantes, mientras que en otros sólo se ven fibroblastos adultos agrupados en torbellino con las

características del fibroma. Esto ha llevado al concepto de evolutividad, y para mejor estudio de las diferentes fases se han hecho tres divisiones.



Fig. 6.
(Tomado de Stringa. Archivio Putti. Vol. 4 - 1954).

Primera fase. — El elemento dominante son células alargadas, ovales con citoplasma claro, núcleo grande, dispuestas sin ninguna configuración especial; numerosísimas células gigantes, elementos vasculares arteriolocapilares con pared propia. Frecuentísimas hemorragias y abundante pigmento (hemosiderina). (Figura 7.a).

Segunda fase. — Domina aquí también las células alargadas pero con características de elementos más maduros: células chicas con poco citoplasma dispuestas en fascículos, abundantes fibras colágenas, escasas células gigantes y sólo uno que otro foco viejo de hemorragia. (Fig. 7.b).

Tercera fase. — Menos rica en elementos celulares que se encuentran sumergidos entre las fibras colágenas, ausencia prácticamente completa de mieloplaxas. En algunos campos se hallan

acúmulos de células vacuoladas que se tiñen con los colorantes de las grasas y que se interpretan como macrófagos con infiltración lipoídica. (Fig. 7.c).

Resulta lógico considerar a estas diferentes imágenes histológicas como períodos evolutivos de una misma lesión, que, al parecer, tienden hacia la cicatrización fibrosa (criterio que como veremos más adelante, ha sido desarrollado por la Escuela italiana).

Frente al cuadro radiológico tan característico ya expuesto,

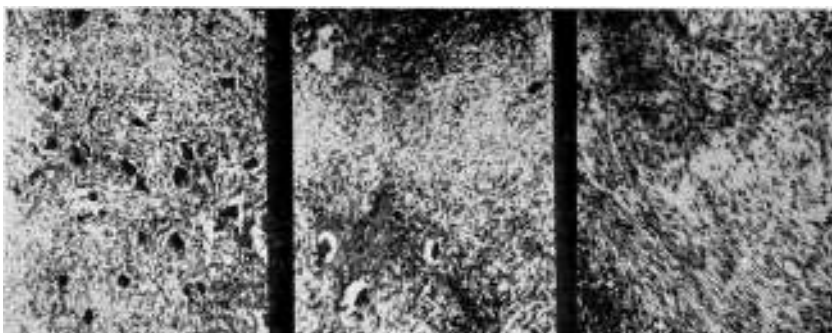


Fig. 7.

(Stringa - Archivio Putti. Vol. 4 - 1954).

al que corresponde la histología que acabamos de ver, las opiniones sobre su denominación, ubicación noseológica, significado y naturaleza son muy variadas. Nosotros utilizamos el nombre que propone Stringa ⁽¹⁾: "*lesiones fibro gigante - celulares metafisarias*", que por limitarse a enunciar las características anatómo patológicas tiene la ventaja de no prejuzgar sobre la naturaleza de la lesión.

Desde el punto de vista práctico en lo que se refiere al diagnóstico diferencial, las lesiones con las que más habitualmente se han confundido son:

a) Displasia fibrosa monostótica: interesa preponderantemente la diáfisis, más extendida, transcurso progresivo por muchos años, tendencia a fracturas espontáneas y deformidad del hueso. Estabilización tardía en la tercera o cuarta década de la vida, sin una curación que lleve a una reconstrucción normal de la arquitectura ósea.

b) La lipoidosis localizada: tiene una extensión mayor dentro del hueso afectado, interesa la epífisis además de la metáfisis, con grandes áreas polilobuladas, sin el orlo característico de nuestras lesiones.

c) Tumor a células gigantes: la localización epifisaria es suficiente para diferenciarlos.

d) Los quistes óseos: generalmente centrales, aunque pueden ser excéntricos, interesan ampliamente el canal medular deformando la cortical, sollándole y a veces fracturándola.

e) Las lesiones malignas: raramente se podían confundir en la radiología. Del punto de vista microscópico mucho se ha discutido al respecto, y patólogos de la autoridad del Prof. Brachetto Brian, las han considerado como sarcomas fibroblásticos de baja malignidad.

Desde Phemister ⁽²⁾ en el año 1929, que las consideró "osteomielitis fibrosas crónicas", pasando por Hellner ⁽³⁾ que las relacionó con el capítulo de los tumores gigante celulares (considerándolas como procesos de regresión o estados de curación de los mismos), Herzog los llamó verdaderos fibromas del hueso, y al fin Jaffe y Lichstenstein ⁽⁴⁾ en 1941, los ubican junto a las lesiones metafisodiafisarias que agrupan bajo el término creado por ellos, de fibroma no osteogénico del hueso. Desde entonces estas lesiones han sido habitualmente consideradas dentro del capítulo de los tumores benignos.

Posteriormente Hatcher ⁽⁵⁾, ha intentado relacionarlas con los trastornos juveniles del cartílago de conjugación y del crecimiento del hueso.

Se ha tentado también relacionarla con las enfermedades sistémicas del tipo metabólico (lipoidosis) o del tipo de los disturbios mesenquimatosos congénitos como la displasia fibrosa. En ese sentido creemos de interés mostrar un caso recientemente visto en el Instituto y que a pesar de no disponer aún del examen histológico, la imagen tan característica radiológica nos hace pensar en estas lesiones: Se trata de un chico de 14 años, que consulta por una fractura metafisaria de extremidad superior del húmero derecho, provocada por un trauma mínimo, y que en la radiografía aparecen al nivel del foco, una imagen lítica metafisaria a contornos policíclicos, lo que nos hizo pensar o en un

quiste del hueso o en una displasia fibrosa por la cual se piden radiografías de otros sectores esqueléticos. Comprobándose en la metáfisis inferior de ambos fémures y en la superior de una de las tibias, una imagen con caracteres parecidos a las lesiones fibro gigante - celulares metafisarias que nos ocupan (fig. 8). Este hecho abogaría en favor de la naturaleza sistémica de la

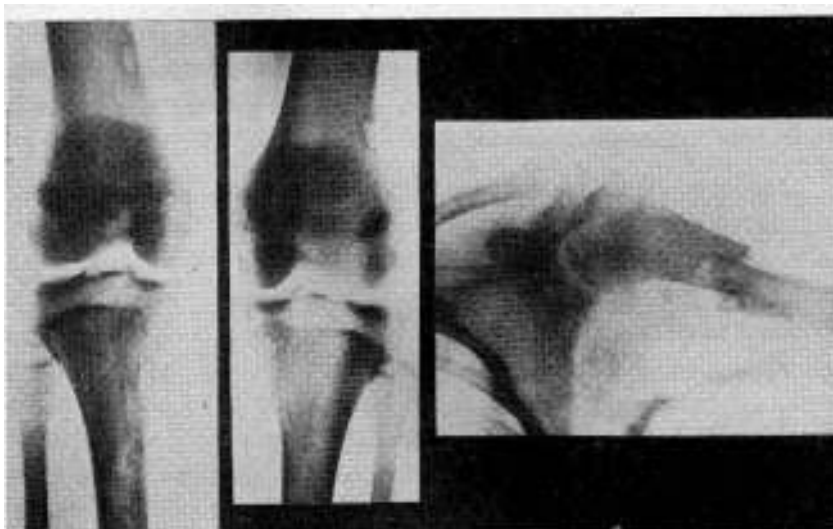


Fig. 8.

enfermedad, pero aún no lo podemos dar como cierto pues estamos a la espera del resultado histológico. (*)

Actualmente la mayoría de los autores aceptan las ideas de Jaffe y Lichstenstein, para la cual, repetimos, se trataría de una lesión tumoral benigna, del grupo de los fibromas, cuya característica principal sería la de no formar hueso, de ahí el nombre genérico de "fibroma no osteogénico".

(*) El informe del Dr. Mendoza, referente a este caso nos llegó con posterioridad a la lectura de esta comunicación, dice así:

"Se trata de una lesión ósea benigna constituida por un tejido en el que se observan áreas predominantes de células gigantes multinucleadas rodeadas por zonas de tejido fibrocelular. La zona gigante celular presenta vestigios de una hemorragia intersticial. Por los caracteres histológicos señalados nos inclinamos a considerarla a esta lesión, dentro del grupo que Stringa denomina "Lesiones fibro gigante celulares metafisarias".

Fué la escuela alemana que con Lang, Pommer ⁽⁶⁾ y Haschofer, pretendió sustentar una teoría traumática para los tumores gigante - celulares y los quistes del hueso, la primera en tentar una etiología similar para estas lesiones. Luego Geschikter y Copeland ⁽⁷⁾ sin afirmarlo, dejan entrever la importancia del antecedente traumático.

Por último la escuela del Prof. Scaglietti ⁽⁸⁾ en Italia, ha presentado un esbozo de explicación etiológica jerarquizando el antecedente traumático y ciertas condiciones anatómicas locales presentes durante la adolescencia, época en que se ven estas lesiones.

La base de estas lesiones sería según ellos, la evolución de un infarto hemorrágico provocado por un traumatismo distorsivo en la zona metafisaria posterior acribillada de pequeños orificios vasculares y que además ofrece inserción a músculos sin ningún refuerzo particular del hueso (tubérculos o crestas). Consideran que las imágenes histológicas se alejan mucho de las verdaderas formas tumorales y tendrían un significado mucho más vecino al tejido de reabsorción y organización propio de una lesión hemorrágica. Las células gigantes serían la expresión de dicho proceso en evolución mientras que los elementos fibrosos tendrían el valor de una cicatriz. Las células xantomatosas son consideradas tanto por Geschikter y Copeland, como por Scaglietti y Mondolfo ⁽⁹⁾, como expresión de fenómenos regresivos.

El pronóstico de estas lesiones es esencialmente benigno y para los que sustentan la última tendencia, la evolución sería hacia la curación completa y restitución anatómica en un plazo que oscilaría entre dos y ocho años. Aconsejan la intervención quirúrgica sólo en aquellos casos en que los trastornos que traen al paciente a la consulta, sean evidentemente relacionables con la lesión metafisaria.

Hemos querido traer estos casos a consideración de la Sociedad de Cirugía porque como decíamos al principio, los creemos de valor del punto de vista diagnóstico y pronóstico. En lo que se refiere al problema etiopatogénico sólo presentamos las ideas más en boga actualmente, sin inclinarnos por ninguno de los criterios expuestos.

BIBLIOGRAFIA

- 1) STRINGA, G. — "Lesionni fibroso - gigantocellulari metafisarie". Archivi Putti. Vol. 4, 1954, 203 - 232.
- 2) PHEMISTER, D. B. — "Chronic fibrous osteomyelitis". Ann. of Surg., 1929. 90, 756 - 764.
- 3) HELLNER, H. — "Die Knochengeschwulste". Berlin, Springer, 1938, p. 39.
- 4) JAFFE, H. K.; LICHSTENSTEIN, L. — "Non - osteogenic fibroma of bone". Amer. Journ. of Pathol., 1942, 48, 205 - 221.
- 5) HATCHER, H. — "The pathogenesis of localised fibrous lesions in the metaphysis of long bones". Ann. of surg., 1945, 122, 1016-1030.
- 6) POMMER, G. — "Zur Kenntnis der progressiven Hamatom und Phlegmasiaveränderungen der Röhrenknochen ecc.". Arch. f. orth. u. Unfallchir., 1919, 17, 17 - 69.
- 7) GESCHIKTER, C. F.; COPPLAND, M. — "Ostitis fibrosa and giant cell tumor". Arch. of. Surg. 1929, 19, 169 - 271.
- 8) SCAGLIETTI, O. — "Classificazione dei tumori giganto - cellulari dello scheletro". Atti 32º Congr. Soc. Italiana Ortop e Traumat., 1947.
- 9) SCAGLIETTI, O. e MONDOLFO, S. — "Sulla varietà xantomatosa dei tumori giganto - cellulari". Chir. org. mov., 1938, 23, 435 - 459.

Dr. Etchegorry. — Tengo que agradecerle a los comunicantes el interesante trabajo que nos han presentado porque aparte de lo que ello significa como ilustración, me ha permitido hacer el diagnóstico retrospectivo de un enfermo que siempre me intrigó muchísimo y que lo tengo grabado en la mente. Lo cito muy a menudo a propósito de los errores que se cometen en los diagnósticos de los tumores de los huesos.

Era un muchacho de 18 años, su nombre y apellido los recuerdo perfectamente bien y presentaba una placa idéntica a la de la Obs. 1.

Se hizo una biopsia diagnosticándose fibro - sarcoma óseo a células gigantes. Insisto en la fecha para que se tenga en cuenta la nomenclatura en el diagnóstico.

Se le propuso a ese enfermo la amputación del miembro, y el sujeto que no era muy normal, después de algunas incoherencias, se echó a la operación, diciendo que en la familia de él nadie moría de otra cosa que de viejos o en pelea.

Lo perdimos de vista; años después fui al Vilardebó, encontrándolo allí; me mostró la pierna riéndose de mí. F. B., tenía su miembro: me había ganado la partida.

Quería citar ese caso, que nunca rotulé, ahora que veo las imágenes expuestas, puedo hacerlo. Lo cito muy a menudo como ejemplo de lo cauto que hay que ser antes de efectuar un diagnóstico a pie firme, y lo fácil que es equivocarse. Es todo lo que deseaba decir.