

FIBROGRANULOMA METAFISARIO DE LOS HUESOS TUBULARES LARGOS

Dr. DAOIZ MENDOZA

Es una entidad anatomoclínicorradiológica cuyo conocimiento exacto data de unos pocos años a esta parte.

Su mayor incidencia se encuentra entre los 2 y 20 años, predominando en el sexo masculino, y se ha observado entre el 30 al 40 % de los sujetos aparentemente sanos. En su inmensa mayoría constituyen hallazgos radiológicos. Nosotros hemos observado 19 casos que están estudiados en el Comité. Se localizan en la zona metafisaria adoptando dos aspectos diferentes:

- a) forma subperiostal, y
- b) forma córticomedular.

Jaffe (1) a la primera la denomina "defecto cortical fibroso" y, a la segunda, "fibroma no osteogénico".

Para Brachetto-Brian (2) ambas merecen la misma denominación ("fibrogranuloma metafisario").

Sería práctico diferenciarlos entre sí, porque si bien su histología es similar, muestran diferencias en cuanto a su evolución y localización, lo que justifica diferenciarlas entre sí con los términos de subperiostal y córticomedular.

La *lesión fibrogranulomatosa metafisaria subperiostal* puede ser única o múltiple en el mismo hueso. A veces es bilateral o localizada en varios huesos (figs. 1 y 2).

El hueso más afectado es la metáfisis inferior del fémur; le sigue en frecuencia la extremidad superior de la tibia y ambas extremidades del peroné. Son más raras las localizaciones en el húmero, radio, cúbito, etc.

Macroscópicamente, está localizada en la cortical subperiosteal metafisaria, en las proximidades de la epífisis. Es, generalmente, ovalada, con el eje mayor paralelo al hueso, el cual no llega a medir más de 4 cms. El tejido lesional es de aspecto fibroso y de color blanquecino o blanquecino-amarillento.

Sus caracteres microscópicos son semejantes a la forma córticomedular; la estudiaremos en esa oportunidad.



Figs. 1 y 2.—Imágenes radiológicas del fibrogranuloma metafisario subperiosteal. Obsérvese que la de la derecha afecta ambos huesos de la articulación.

EVOLUCION DE LA LESION

Abandonada a sí misma, puede comportarse de la siguiente manera:

- a) En algunos casos la lesión persiste incambiada, sin desplazarse mayormente de su localización primitiva.
- b) Otras veces se desplaza hacia la diáfisis para desaparecer más tarde en el seno del periostio.

- c) En ciertas oportunidades, por el contrario, crece lentamente invadiendo la medular, para adoptar la forma fibrogranulomatosa córticomedular, que pasaremos a estudiar en seguida.



Fig. 3.—Fibrogranuloma metafisario córticomedular. Obsérvese la moderada reacción ósteosclerosante a nivel de su borde, así como el aspecto festoneado del mismo.

FIBROGRANULOMA METAFISARIO CORTICOMEDULAR

Se conoce, también, con el nombre de fibroma no osteogénico (Jaffe) o de lesión fibrogigantocelular metafisaria [Stringa (3)].

Generalmente, se observa entre los 8 y los 20 años como lesión única o asociada a la lesión precedente, en el mismo u otros huesos.

Puede evolucionar asintómicamente durante largo tiempo para ser más tarde reconocida como un hallazgo fortuito radiológico.

Otras veces, es un trastorno funcional del miembro afectado o, menos frecuente, una fractura patológica, la que lleva al descubrimiento de esta lesión.

CARACTERES ANATOMOPATOLOGICOS

Es predominantemente ovalada y de bordes festoneados, generalmente excéntrica, cuyo diámetro mayor, que no sobrepasa los 7 cms., es paralelo al eje del hueso (figs. 3 y 4).

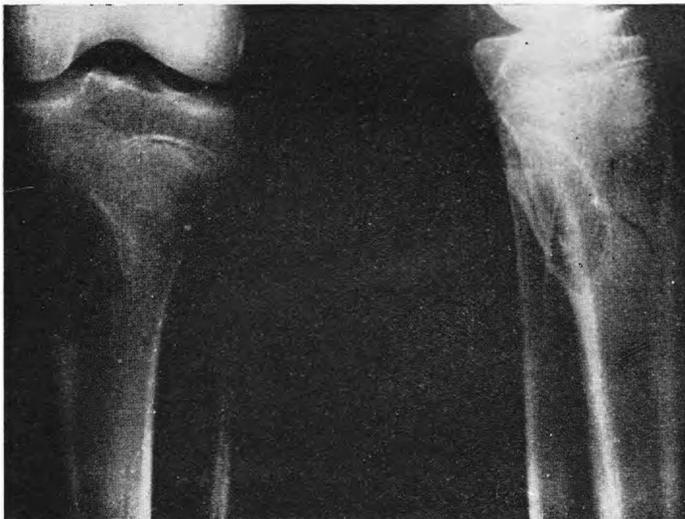


Fig. 4.—Fractura patológica consecutiva a una lesión fibrogranulomatosa córticomédular situada en la metafisis superior de la tibia.

El tejido que rellena el foco osteolítico, es de apariencia fibrosa, y de estructura elástica, que ocasionalmente muestra áreas de hemorragias y estrías amarillentas.

La cortical, a su nivel puede estar muy adelgazada y aún interrumpida, sin que esto deba interpretarse como un signo de malignidad.

En otras circunstancias se aprecia, por el contrario, que el hueso adyacente presenta una moderada reacción ósteosclerosa, destacando nítidamente los límites de la lesión.

Microscópicamente, el componente predominante de la lesión es el fibroblasto con áreas de mayor o menor producción de fibras colágenas, las cuales tienden a disponerse en bandas o en torbellinos (figs. 5 y 6).

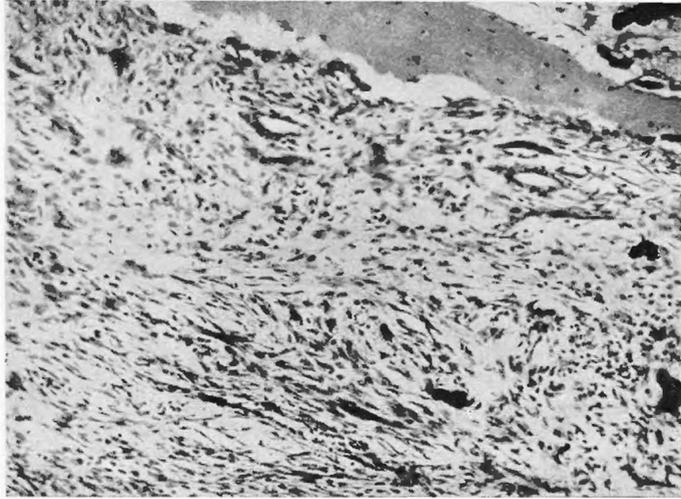


Fig. 5.—Caracteres histológicos del fibrogranuloma metafisario, en el cual se destaca su aspecto fibroso y las células gigantes multinucleadas irregularmente distribuidas en el estroma de la lesión.

Sobre este estroma fibrocelular se aprecian células gigantes multinucleadas distribuidas irregularmente, focos de células linfocitarias, áreas de hemorragias capilares y, ocasionalmente, nidos de células xantelásmicas. Cuando todos estos elementos se hacen presentes en un campo microscópico, el tejido muestra una atmósfera de inflamación crónica fibroproductiva, que ha sugerido a Brachetto-Brián, el denominarla con el término de fibrogranuloma metafisario.

La presencia de estos diversos elementos tisulares, es variable de una lesión a otra, lo que ha permitido a algunos autores a describir algunas variedades lesionales, según el predominio de un componente celular sobre otros.

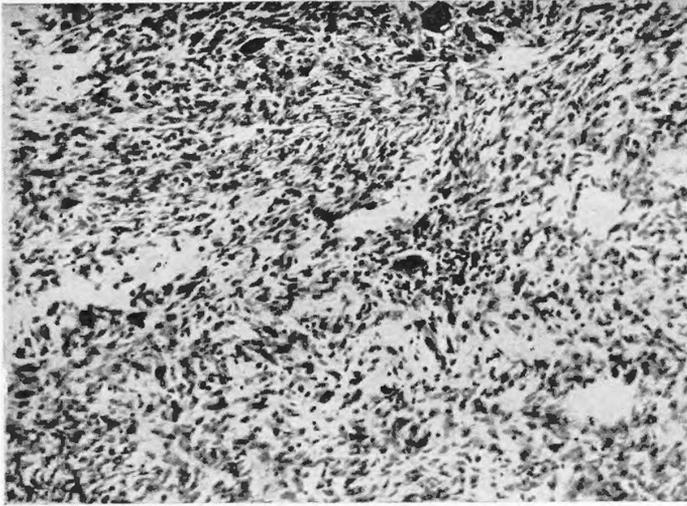


Fig. 6.— Otro aspecto microscópico de esta lesión donde se aprecia la infiltración linfocitaria intersticial.

ETIOPATOGENIA

No se conoce su etiopatogenia, aunque se conocen diversas hipótesis acerca de la misma. Veamos las que nos parecen de mayor interés:

- a) *Infecciosa*.— Sostenida por Plemister (4), considera a la lesión como un foco de osteomielitis crónica curada producida por gérmenes poco virulentos.
- b) *Foco de distrofia*.— Condrodistrofia del cartílago de crecimiento [Sontag y colabs. (5)]. Areas de fibrosis consecutiva a una alteración vascular (Hatcher).
- c) *Origen neoplásico*.— Fibroma no osteogénico (Jaffe).
- d) *Areas de reparación ósea* debida a lesiones vasculares traumáticas (Stringa).
- e) *Lesión granulomatosa* (Brachetto-Brián).

TRATAMIENTO

En general, la evolución se hace espontáneamente hacia la curación; por consiguiente, abstención de todo trato activo.

Si existen síntomas clínicos —persistentes, dolor— puede estar indicado el abordaje y cureteado simple de la lesión.

No conocemos casos de lesiones muy extendidas —que exijan otro tratamiento—, ni transformaciones malignas.

BIBLIOGRAFIA

1. JAFFE, H. L.—“Tumor and Tumorous Conditions of the Bones and Joint”. Philadelphia. Lea and Febiger, 1958, p. 76.
2. BRACHETTO-BRIAN, D.—Fibrogranuloma metafisario de los huesos largos. “Anales de la Sociedad de Ortopedia y Traumatología del Uruguay”, pág. 23-46, 1958.
3. STRINGA, G.—Lesioni Fibroso-gigantocellulari metafisarie. “Arch. Putti.”, 4: 203; 1954.
4. PHEMISTER, D. B.—Chronic Fibrous Osteomyelitis. “Ann. Surg.”, 61: 756; 1929.
5. SONTAG, L. W. and PAYLE, S. L.—The Appearance and Nature of Cyst-like Areas in the Distal Femoral Metaphyses of Children. “Am. J. Roentg.”, 46: 185; 1941.
6. NIN VIVO, E. y GUGLIELMONE, O.—Cuatro casos de fibroblastoma benigno. Lesiones fibro-giganto-celulares metafisarias. “Bol. Soc. Cir. del Uruguay”, 26: 512-523; 1955.