



Fernando López-Navarro Morillo, Carlos Navío Serrano, Juan Fernando Navarro Blaya, Gregorio Valero Cifuentes, José Pablo Puertas García-Sandoval.

Mail: lopeznavarromf@gmail.com

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las lesiones óseas pseudotumorales representan a un grupo de lesiones que muestran características radiológicas, clínicas y epidemiológicas similares a los tumores óseos. Se deben tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de una lesión ósea encontrada en una radiografía. Se suelen comportar como tumores benignos y rara vez metastatizan. Las más frecuentes son el quiste óseo esencial, quiste óseo aneurismático, ganglión intraóseo, defecto fibroso cortical y la displasia fibrosa.

El quiste óseo esencial se trata de una lesión pseudotumoral que se caracteriza por presentar una membrana rodeando a una cavidad rellena de líquido ámbar claro. Su etiología es desconocida, probablemente asociada a una alteración local del crecimiento del hueso, por lo que es más frecuente en niños varones de menos de 20 años.

Su localización más frecuente es en la metáfisis proximal de húmero (50%), la extremidad proximal de fémur (25%), extremo proximal de tibia y peroné, y en el centro del hueso. Es una lesión asintomática, con dolor y tumefacción ocasionales. En más de la mitad de los casos debuta como una fractura patológica.

En la radiografía simple aparece como una lesión radiolúcida bien delimitada, con adelgazamiento o insuflación cortical. Podemos encontrar signos de reacción perióstica si se ha producido una fractura. No supera la fisis (diferencia fundamental con el QOA).

El tratamiento no es urgente. Se prefiere el tratamiento quirúrgico en los tumores localizados cerca de la fisis o de crecimiento rápido para evitar trastornos del crecimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una niña de 14 años que sufrió una fractura patológica sobre quiste óseo esencial en tercio proximal diáfisis tibial en 2014, con 9 años. Se decidió tratamiento conservador, alcanzando una consolidación correcta y un seguimiento en consultas sin incidencias durante 1 año.

En 2019 es valorada de nuevo en consulta por presentar dolor en tercio proximal de pierna, sin punto doloroso selectivo a la palpación, ni tumefacción. Refiere dolor de tipo mecánico, que le impide realizar actividad física de forma rutinaria y al nivel de sus compañeros de clase. La clínica persiste alguna noche, aunque cuando está varios días en reposo desaparece. Las pruebas meniscales y ligamentosas de la rodilla son normales.

Se solicita control radiográfico que muestra la lesión ya conocida, de aspecto lítico, con márgenes esclerosos, bien definida, polilobulada. La lesión abomba la cortical, pero no la atraviesa, ni se aprecia reacción perióstica. Todos estos hallazgos son sugestivos de lesión benigna, un quiste óseo esencial, como ya había sido diagnosticada. Se explica la naturaleza de la lesión, su buen pronóstico y que no hacen falta más pruebas diagnósticas.

Sin embargo, a los dos meses acuden de nuevo a la consulta con TC realizado en un centro privado. Para nuestra sorpresa, el informe radiológico de la prueba informa de lesión tumoral en tibia, y que no pueden descartar que se trata de un adamantinoma.

Ante esta nueva situación, aunque creemos que se sigue tratando del quiste óseo esencial del que ya había sido diagnosticada, solicitamos un nuevo TC en nuestro centro y una biopsia percutánea para estudio anatomopatológico.

El informe radiológico de nuestro centro informa de: lesión predominantemente quística con finos septos en su interior que se extiende la región anterolateral de la metáfisis proximal de la tibia (TTA, a unos 4 cm de la interlínea articular) hasta el tercio medio de la diáfisis tibial (15 cm de extensión cráneo-caudal). Presencia margen escleroso periférico, así como adelgazamiento con abombamiento cortical en la región proximal (zona de transición estrecha), sin rotura cortical ni masa de partes blandas. Los hallazgos descritos son compatibles con quistes óseo.

Se realiza biopsia percutánea en quirófano y se mandan muestras para estudio anatomopatológico, que informa de displasia osteofibrosa. Se presenta el caso en el comité de tumores musculoesqueléticos y se decide tratamiento conservador, con seguimiento y control radiográfico semestral.

RESULTADOS

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

La displasia fibrosa es una lesión pseudotumoral benigna relativamente frecuente en jóvenes en crecimiento. El hueso nativo se ve desplazado e invadido por tejido fibroso y tejido óseo displásico. Como el resto de lesiones pseudotumorales suele ser asintomático (menos del 0.5% metastatiza a osteosarcoma).

Sus complicaciones más frecuentes son las fracturas patológicas y las deformidades en las extremidades inferiores. Se localiza principalmente en metáfisis de fémur y húmero, aunque la variante monostóptica destaca la localización mandibular. El tratamiento es conservador, con seguimiento y control radiográfico, salvo que sea muy grande o genere secuelas. Aunque es muy rara, la malignización a osteosarcoma está descrita. Se pueden tratar con bifosfonatos en casos poliostóticos.

Debemos sospecharla en casos de un dolor de aparición brusca sin traumatismo asociado o cambios radiográficos como aumento de la osteólisis o la invasión de la cortical.

El adamantinoma de huesos largos es un tumor maligno que se localiza con mayor frecuencia en la diáfisis tibial (muy característica esta localización). En la radiografía aparece como una imagen osteolítica con esclerosis periférica y a veces trabeculada. Al contrario que el resto de tumores malignos está bien definida y no produce reacción perióstica (la abomba, como una "pompa de jabón"). El tratamiento siempre debe ser quirúrgico, con una resección amplia, más reconstrucción con injerto autólogo o alogénico. En la radiografía vemos una imagen quística, con una matriz en vidrio esmerilado.

Estudios creen que la displasia fibrosa es un precursor del adamantinoma, aunque esta teoría está en duda actualmente.

Por tanto, ante el hallazgo de una lesión ósea radiográfica lo más importante es clasificarla según sus características (bien o mal definida, osteolítica u osteoblástica, si atraviesa corticales o si genera reacción cortical) y su clínica (dolor mecánico o inflamatorio, aparición brusca, mejora con el reposo...). Si sospechamos una lesión maligna debemos consultar con un equipo especializado y ampliar el estudio, mientras que si la lesión es sugestiva de patología benigna el tratamiento es conservador habitualmente, con controles radiográficos periódicos y seguimiento en consulta.

ICONOGRAFIA



AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer a todos los participantes en el trabajo su esfuerzo y dedicación, así como a todo el servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital Virgen de la Arrixaca, ya que sin su ayuda la resolución del caso no hubiera sido posible.

Bibliografía:

1. Chen J, Zhang J. Adamantinoma filling the medullary space of the tibia: A case report. Radiol Case Rep. 5 de septiembre de 2019;14(11):1330-3.
2. Jain D, Jain VK, Vasishtha RK, Ranjan P, Kumar Y. Adamantinoma: a clinicopathological review and update. Diagn Pathol. 15 de febrero de 2008;3:8.
3. Limaieim F, Malik A. Adamantinoma. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538175/>
4. Mansoori LS, Catel CP, Rothman MS. Bisphosphonate treatment in polyostotic fibrous dysplasia of the cranium: case report and literature review. Endocr Pract Off J Am Coll Endocrinol Am Assoc Clin Endocrinol. octubre de 2010;16(5):851-4.
5. Spencer S. Skeletal dysplasias and mucopolysaccharidoses. AAOS comprehensive orthopaedic review. 2ª ed. Cap 53. Ed. AAOS, 2014.
6. Morris C, Forsberg J A, Lewis VO. Bone and soft-tissue tumors for the General Orthopedic Surgeon: diagnosis, management and avoiding errors. Instructional Course Lectures. Vol 67. AAOS. 2018.