



FIBROMA DESMOPLÁSICO EN PERONÉ: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

M. Ángela Mellado Romero, Marta Arroyo Hernández, L. Rodrigo Merino Rueda, A. Abarquero Diezhandino, Luis R. Ramos Pascua. HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

OBJETIVOS

En primer lugar, presentar un fibroma desmoplásico, tumor óseo benigno poco frecuente (<1% de los tumores óseos primario), en una localización no habitual como es el peroné distal (más frecuente: fémur, mandíbula y pelvis). En segundo lugar describir la técnica quirúrgica empleada que permite la resección completa del tumor y la reconstrucción osteoligamentosa de la articulación tibio-peronea-astragalina.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 17 años de edad sin antecedentes personales de interés, acude a Servicio de Urgencias por dolor en tobillo derecho, tras inversión forzada jugando al fútbol. A la exploración presenta dolor y tumefacción en maléolo externo, sospechándose esguince de tobillo. En el estudio de imagen realizado, se observa una lesión lítica expansiva en la metáfisis distal del peroné. A continuación, se realiza una tomografía computarizada (TC) y una resonancia magnética (RM) donde se confirma un extenso defecto en la cortical ósea del margen posterolateral. Finalmente se realizó biopsia guiada con ecografía. El resultado AP fue tumor mesenquimal de bajo grado. Con estos hallazgos inespecíficos teniendo en cuenta la agresividad radiológica de la lesión, se realizó resección intra-articular del extremo distal del peroné y reconstrucción con homoinjerto osteocondral fijado con placa y tornillos; reconstrucción del ligamento talofibular anterior + calcáneo-fibular con homoinjerto tendinoso y estabilización dinámica de la sindesmosis con botón-sutura.

RESULTADOS

Al año de evolución el injerto está integrado y el paciente deambula sin bastones. A los, 3 años obtuvo buenos resultados oncológicos (no recidiva) y funcionales (ha reanudado su práctica deportiva) hasta la fecha.

CONCLUSIONES

El fibroma desmoplásico es un tumor óseo benigno agresivo locamente con alta tasa de recidiva, por lo que la resección en bloque es el tratamiento más recomendable. La resección intralesional (curetaje ampliado) se reserva para aquellos casos en los que la resección completa ocasiona importante morbilidad y dificultad para la posterior reconstrucción.



FIGURA 1. A: En la radiografía simple con proyecciones anteroposterior y lateral se pone de manifiesto una lesión lítica expansiva con patrón geográfico, localizada en la metáfisis distal del peroné. B: En la TC se objetiva un extenso defecto en la cortical ósea posterolateral, ya visible en la radiografía simple.

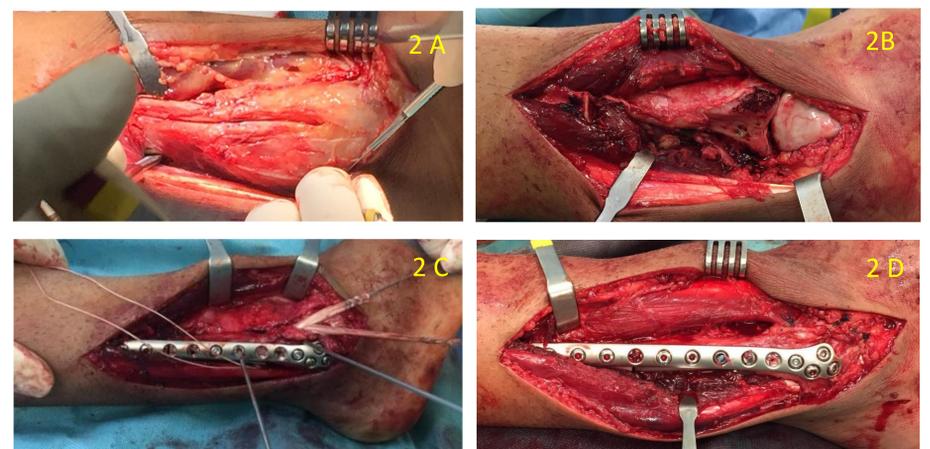


FIGURA 2. A: Abordaje lateral al peroné. B: Resección intra-articular del extremo distal del peroné. C y D: Reconstrucción con homoinjerto osteocondral fijado con placa y tornillos; reconstrucción del ligamento talofibular anterior + calcáneo-fibular con plastia tendinosa y estabilización dinámica de la sindesmosis con botón-sutura.

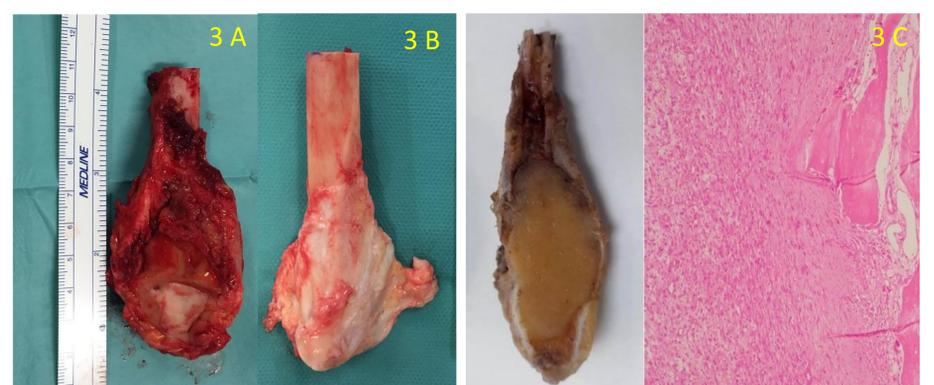


FIGURA 3. A: Pieza de resección del extremo distal del peroné en quirófano. B: Injerto óseo con remanentes ligamentosos del complejo externo de biobanco. C: Imágenes de Anatomía Patológica de la pieza de resección. Se observa un tumor de baja celularidad con patrón infiltrativo de crecimiento, afectación cortical. Se aprecian células de aspecto estrellado que se disponen en patrón fasciculado sobre un fondo de aspecto colagenizado. Existen mitosis aisladas, ausencia de necrosis. IHQ + para actina 1A4 y betacatenina.



FIGURA 4. A: Radiografía de control postoperatorio inicial. B: Radiografía a los 2 años de seguimiento con el homoinjerto integrado