

MIXOFIBROMA LIPOESCLEROSANTE EN FÉMUR PROXIMAL: A PROPÓSITO DE TRES CASOS

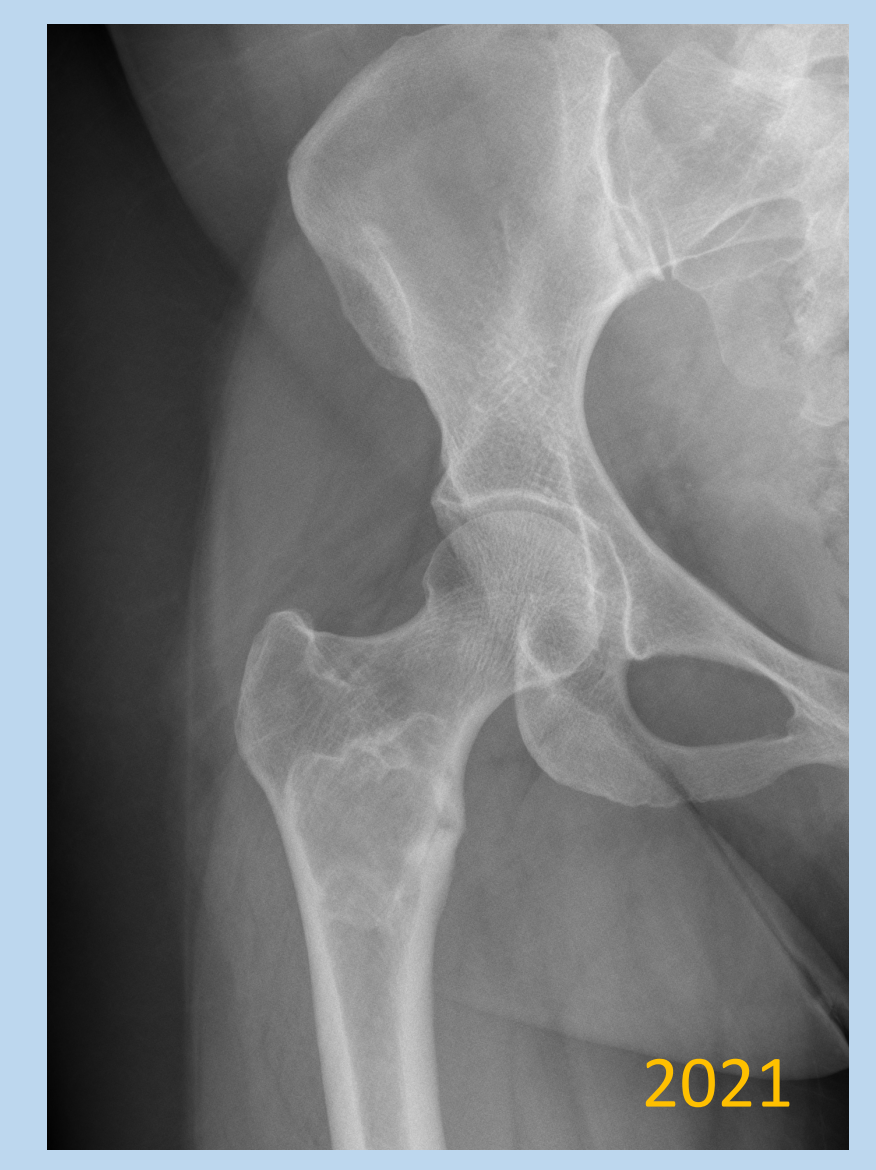
M. Ángela Mellado Romero, Luis Rodrigo Merino Rueda, Marta Arroyo Hernandez, Luis Rafael Ramos Pascua. HOSPITAL 12 DE OCTUBRE

OBJETIVOS: El objetivo es presentar 3 casos de mixofibroma lipoesclerosante (FMLS) en fémur proximal, su localización más típica, revisando su presentación radiológica, y sus opciones de tratamiento

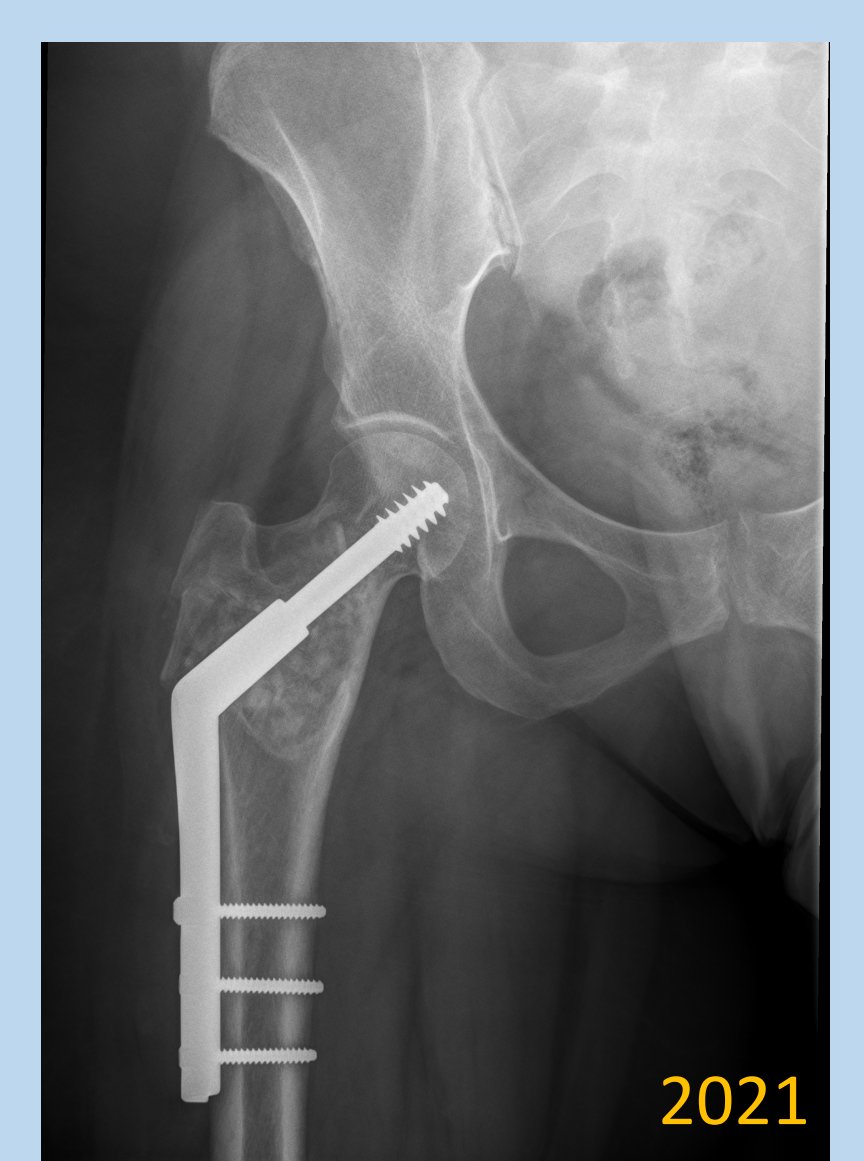
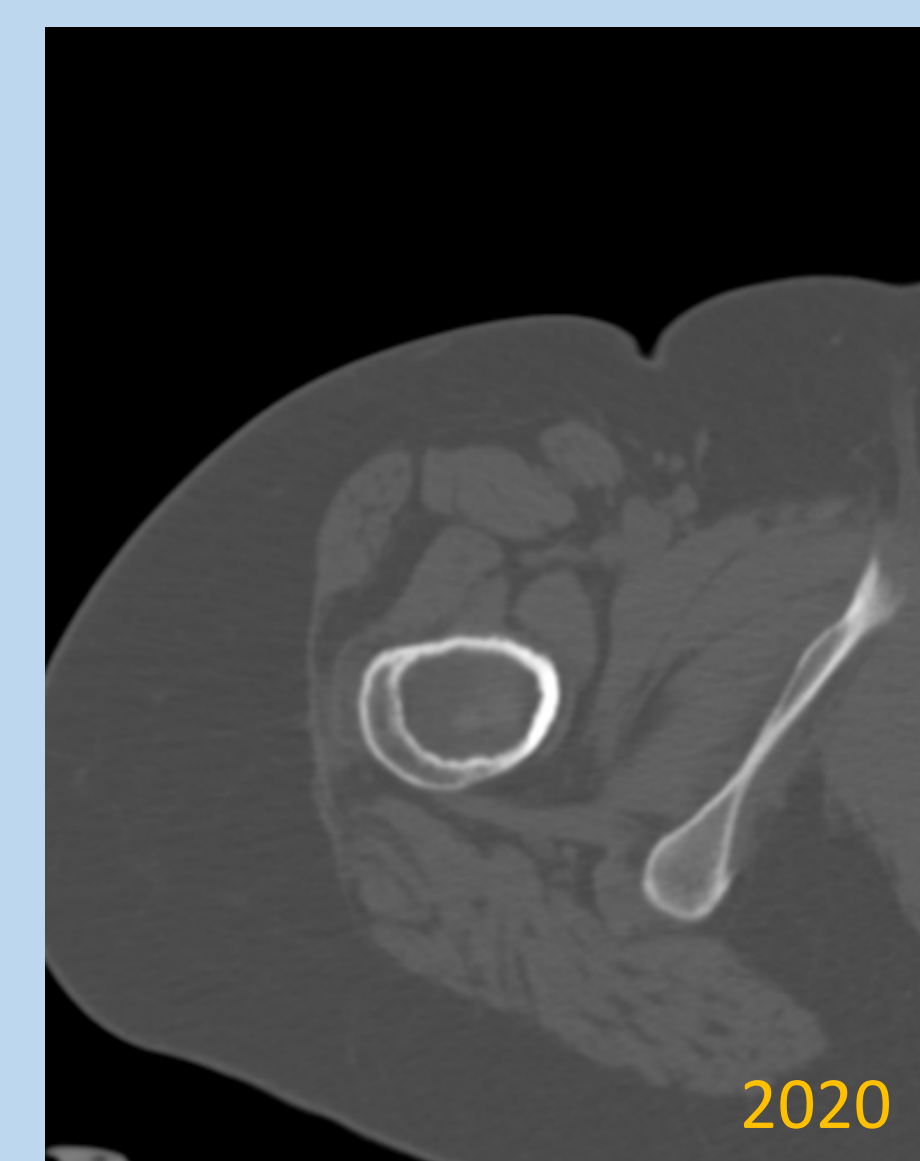
CASO 1: Varón de 47 años con dolor leve en cadera. diagnosticado mediante pruebas de imagen (radiografía simple, TC y RM) de FMLS. Dada la sintomatología y la baja probabilidad de malignización, se decidió seguimiento clínico radiológico estrecho (10 años de evolución).



CASO 2: Mujer de 47 años con dolor ocasional en cadera remitida de otro centro por sospecha lesión condral en fémur. Tras nuevo estudio de imagen se diagnostica de FMLS. Teniendo en cuenta la sintomatología y características radiológicas se sometió a seguimiento estrecho (3 años de evolución).



CASO 3: Mujer de 45 años con dolor inguinal de gran intensidad, por lo que su ginecólogo le indica RM de pelvis, donde se evidencia un FMLS. En este caso dada la sintomatología invalidante y el riesgo de fractura patológica se decide tratamiento quirúrgico(seguimiento postquirúrgico:1año)



RESULTADOS: Los dos primeros pacientes presentaron sintomatología leve, por lo que se decidió seguimiento clínico-radiológico cada 3 meses durante el primer año y posteriormente anual, sin encontrarse cambios en la imagen que sugieran malignización. La tercera paciente refería dolor intenso y temor ante posible malignización, a lo que se añade potencial riesgo de fractura, por lo que se realiza un curetaje intralesional ampliado, relleno de la cavidad con homoinjerto y fijación con clavo placa. A los 9 meses la paciente deambula sin ayuda. El resultado AP confirmó el diagnóstico de sospecha.

CONCLUSIONES: El FMLS es un tumor que por sus particularidades radiológicas y su localización –en fémur proximal- puede diagnosticarse sin requerir biopsia, si bien en algunas ocasiones el diagnóstico diferencial con otras lesiones benignas (displasia fibrosa, lipoma intraóseo, quiste óseo) puede ser difícil. En pacientes con sintomatología leve, dado el bajo potencial de malignización (en torno al 10%) se recomienda el seguimiento clínico radiológico reservándose la cirugía para aquellos que presenten sintomatología importante, riesgo de fractura patológica o cambios radiológicos sugerentes de malignización.

