



Revista Argentina de Radiología

ISSN: 0048-7619

Sociedad Argentina de Radiología Asociación Civil

Bernasconi, J.I.; Santilli, J.P.

Fibroma desmoplásico

Revista Argentina de Radiología, vol. 81, núm. 4, 2017, Octubre-Diciembre, pp. 298-301

Sociedad Argentina de Radiología Asociación Civil

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rard.2017.03.004>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=382554420007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

completa del hueso o la extensión a las articulaciones. Las técnicas de imagen son de utilidad para confirmar la existencia de este proceso inflamatorio y como guía para la toma de biopsia.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Conflicto de intereses

Los autores del trabajo declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Nguyen HH, Fadul N, Ashraf MS, Siraj DS. Osteomyelitis infection of mycobacterium marinum: a case report and literatura review. *Case Rep Infect Dis*. 2015;2015:905920.
2. Juárez-Casado Y, Hernández-Santana J, Rodríguez-Salido MJ, Rodríguez-López J, Soler-Cruz E, Islas-Norris D. Infección cutánea por mycobacterium marinum. Descripción de tres casos y revisión de la literatura. *Actas Dermosifiliogr*. 2001;92:277–82.
3. Bi S, Hu FS, Yu HY, Xu KJ, Zheng BW, Ji ZK, et al. Nontuberculous mycobacterial osteomyelitis. *Infect Dis (Lond)*. 2015;47: 673–85.
4. Yi TI, Ha SA, Choe YR, Kim JS, Kwon KW. Calcaneal osteomyelitis due to non-tuberculous mycobacteria: a case report. *Ann Rehabil Med*. 2016;40:172–6.
5. Talanow R, Vieweg H, Andresen R. Atypical osteomyelitis caused by mycobacterium chelonae - a multimodal imaging approach. *Case Rep Infect Dis*. 2013;2013:528795.
6. Greenspan A, Beltrán J. Osteomyelitis, infectious arthritis, and soft-tissue infections. En: Greenspan A, Beltrán J, editores. *Orthopedic Imaging. A practical approach*. 6ª ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2015. p. 945–54.

A. Martínez-Martínez*, J. García-Espinosa
y M. Revelles-Paniza

Unidad de Gestión Clínica de Radiodiagnóstico, Hospital Campus de la Salud, Complejo Hospitalario Universitario de Granada, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rralbert.martinez@gmail.com
(A. Martínez-Martínez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rard.2017.03.003>
0048-7619/

© 2017 Sociedad Argentina de Radiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fibroma desmoplásico



Desmoplastic fibroma

Estimada Editora:

El fibroma desmoplásico es un tumor óseo de características benignas, de escasa frecuencia (0,13% de los tumores óseos benignos) y menos de 200 casos publicados en la literatura^{1,2}. Según la clasificación de tumores óseos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2013, la entidad se incluye en el grupo de tumores fibrogénicos³. El rango etario abarca adultos jóvenes entre la 2.ª y la 3.ª década de vida, sin predilección por sexo (relación 1:1)⁴.

Comunicamos el caso de un varón de 33 años de edad, que acudió a la guardia de la institución por un cuadro de rinorrea y tos seca. En la radiografía de tórax no se destacó ningún hallazgo parenquimatoso significativo, por lo que solicitó una tomografía computada (TC) de tórax para una mejor caracterización de la sintomatología. Si bien en el estudio no se encontraron hallazgos parenquimatosos de relevancia, se identificó una alteración morfológica del sexto arco costal derecho, con insuflación del hueso afectado, y pequeñas áreas de aspecto lítico. La cortical ósea impresionaba íntegra (fig. 1) y no mostraba compromiso de los planos musculares ni pleurales. La lesión medía aproximadamente 50 mm de diámetro máximo.

Se decidió realizar la resección para arribar al diagnóstico definitivo. Durante el acto quirúrgico, que duró cerca de 2 horas y 20 minutos, se resecaron 100 mm de costilla, colocando una prótesis de titanio. No hubo complicaciones durante, ni inmediatamente después del procedimiento.

La anatomía patológica de la pieza describió una proliferación de células ahusadas de tipo fibroblástico, dispuestas en bandas y haces, que se entremezclaban con tejido colágeno, ocupando espacios medulares y borrando espículas óseas, con extensión por fuera de la cortical en el tejido adiposo y muscular estriado. Las células exhibían núcleos elongados normocromáticos, cromatina granular, nucléolos inconspicuos y citoplasma eosinófilo, sin identificarse figuras de mitosis. En los bordes de crecimiento a nivel de espículas se detectaban células gigantes multinucleadas tipo osteoclasticas (fig. 2). Los hallazgos eran compatibles con fibroma desmoplásico.

Un año después del tratamiento quirúrgico, la TC mostró el elemento protésico normoposicionado sobre el sexto arco costal derecho, sin evidencias de remanencia ni recidiva tumoral (fig. 3).

El fibroma desmoplásico generalmente afecta la diáfisis de los huesos largos, pero los de gran tamaño pueden comprometer la metáfisis y hasta el borde articular. Si bien el hueso más frecuentemente afectado es la mandíbula, se describen otras localizaciones menos habituales, como el fémur y la pelvis¹.

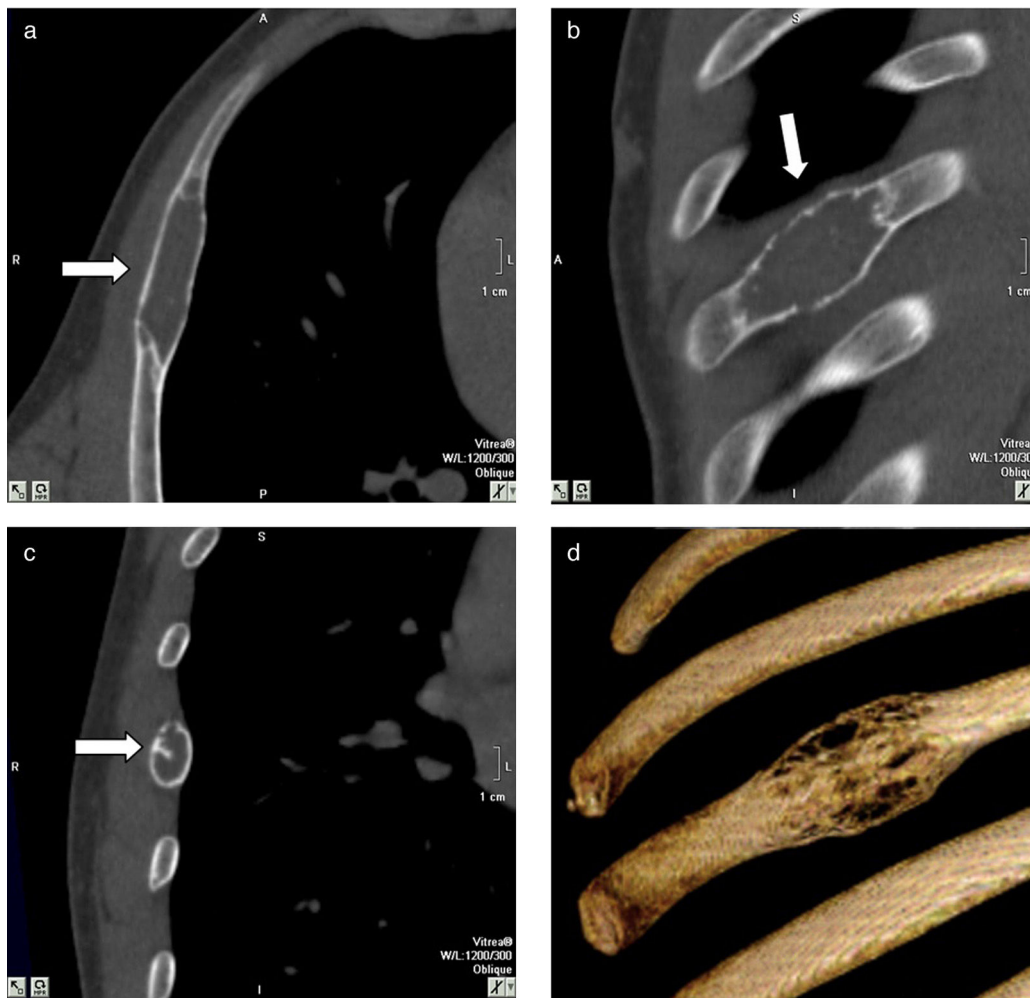


Figura 1 Tomografía computada de tórax en ventana ósea, en cortes (a) axial, (b) sagital y (c) coronal, muestra una alteración morfológica del sexto arco costal derecho, con insuflación de la estructura ósea y pequeñas áreas de aspecto lítico (flechas). La cortical ósea impresiona íntegra y no presenta afectación pleural ni de los planos musculares. (d) La reconstrucción tridimensional objetiva los hallazgos descritos.

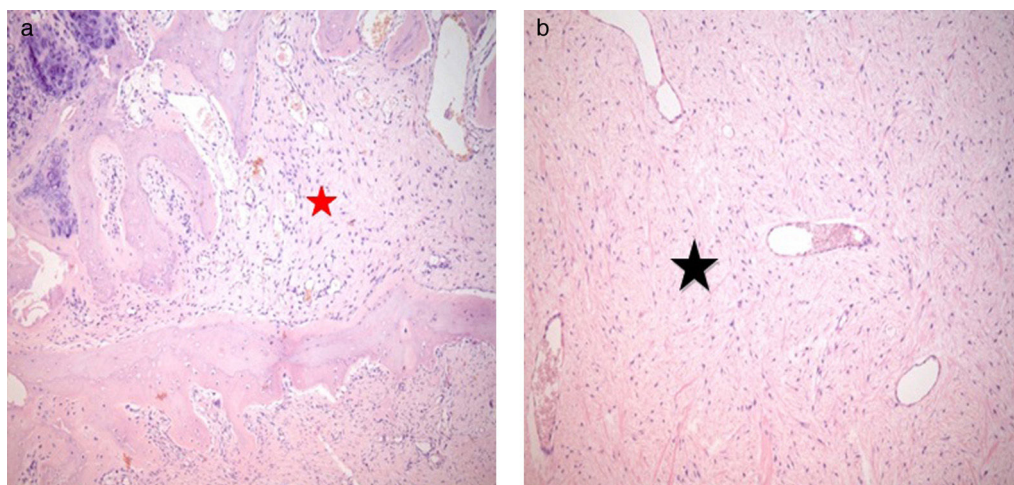


Figura 2 Análisis microscópico de la pieza quirúrgica, con tinción de hematoxilina eosina. (a y b) Visión con distintos aumentos, evidencia una proliferación de células ahusadas de tipo fibroblástico que se disponen en bandas y haces, entremezcladas con tejido colágeno, ocupando espacios medulares y borrando espículas óseas (estrella roja) con extensión por fuera de la cortical en el tejido adiposo y muscular estriado. (b) Se identifica tejido neoplásico con abundante estroma fibrodesmoplásico (estrella negra).

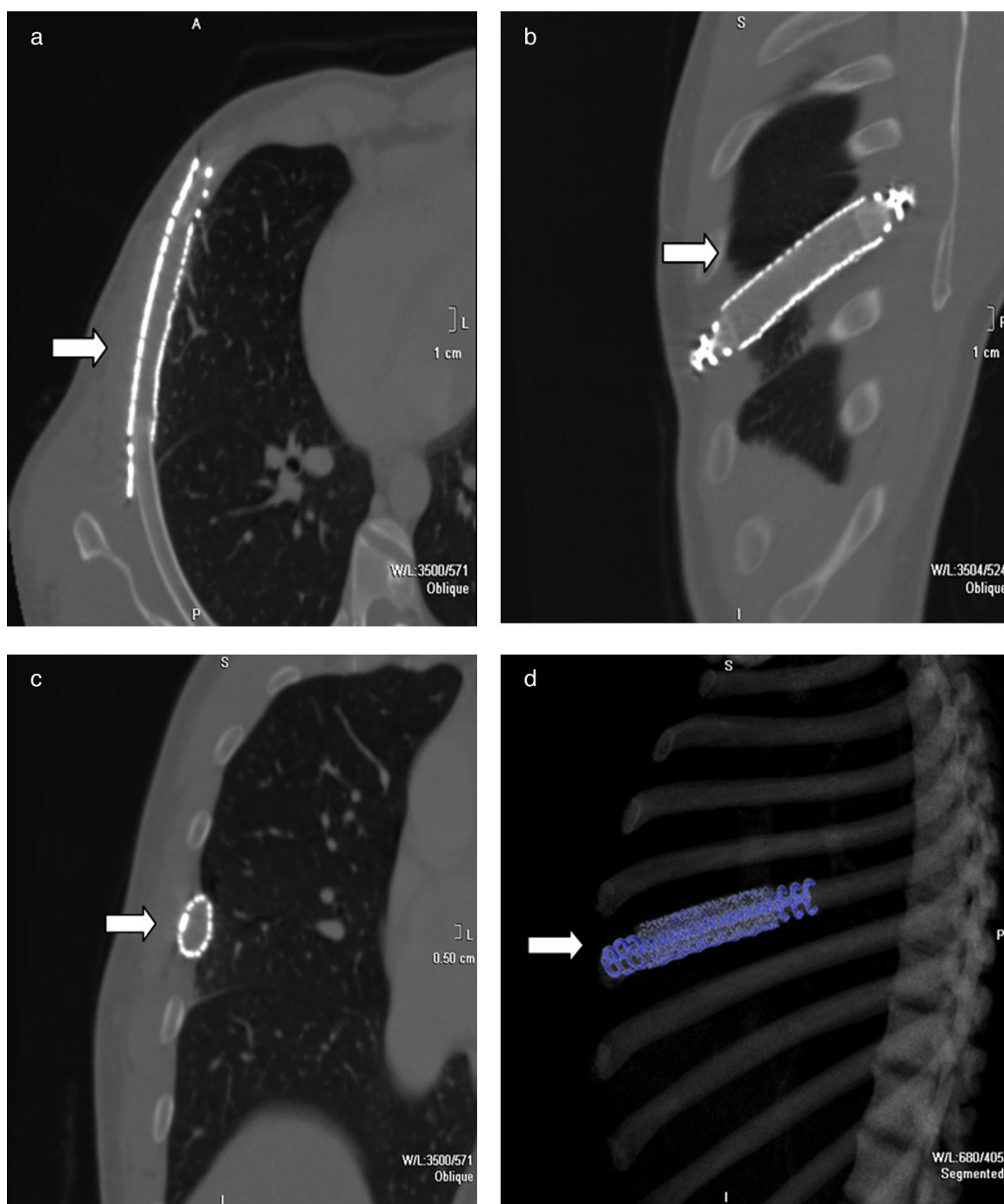


Figura 3 Tomografía computada de tórax, con ventana ósea, en cortes (a) axial, (b) sagital y (c) coronal, donde se aprecia el reemplazo de la estructura ósea del sexto arco costal derecho por una prótesis metálica anclada a los extremos costales sanos y fijada con un sutil material cementado (flechas). En el control evolutivo no hubo signos de remanencia o recidiva tumoral. (d) La reconstrucción tridimensional de la parrilla costal reveló la prótesis metálica, resaltada en color azul.

Clínicamente se expresa con síntomas inespecíficos, como dolor y tumefacción de la zona afectada, y muy rara vez como una fractura patológica⁵. Localmente es agresivo con una alta tasa de recurrencia si el margen de resección quirúrgico es deficiente⁶. No presenta un patrón radiológico específico, aunque mayormente suelen observarse áreas líticas. Por este motivo, es necesario realizar el diagnóstico

diferencial con otras lesiones de patrón lítico (por ejemplo, tumor de células gigantes, quiste óseo aneurismático, displasia fibrosa, fibroma no osificante, fibroma condromixóide y osteosarcoma central de bajo grado)⁷.

Decidimos publicar el caso debido a los escasos reportes del tumor en la literatura. A pesar de que no tiene un patrón imagenológico característico, hay que tenerlo en cuenta

como posible diagnóstico diferencial de tumores óseos con patrones líticos de origen benigno y algunos malignos. A su vez, remarcamos la importancia del seguimiento posquirúrgico por su alta tasa de recurrencia local.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Conflicto de intereses

Los autores del trabajo declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Bohm P, Krober S, Greschniok A, Laniado M, Kaiserling E. Desmoplastic fibroma of the bone. A report of two patients, review of the literature, and therapeutic implications. *Cancer*. 1996;78:1011-23.
- Stefanidis K, Benakis S, Tsatalou E, Ouranos V, Chondros D. Computed tomography and magnetic resonance imaging of desmoplastic fibroma with simultaneous manifestation in two unusual locations: a case report. *J Med Case Rep*. 2011;5:28.
- Fletcher Ch, Bridge J, Hogendoorn P, Mertens F, editores. WHO classification of tumours of soft tissue and bone. 4th Edition. Lyon: IARC Press; 2013, 10-1/240-1.
- Crim JR, Gold RH, Mirra JM, Eckardt JJ, Bassett LW. Desmoplastic fibroma of bone: radiographic analysis. *Radiology*. 1989;172:827-32.
- Shi H, Wang P, Wang S, Yu Q. Desmoplastic fibroma of the mandible. *Dentomaxillofac Radiol*. 2008;37:408-11.
- Yarmish G, Klein MJ, Landa J, Lefkowitz RA, Hwang S. Imaging characteristics of primary osteosarcoma: nonconventional subtypes. *Radiographics*. 2010;30:1653-72.
- Kumar R, Madewell JE, Lindell MM, Swischuk LE. Fibrous lesions of bones. *Radiographics*. 1990;10:237-56.

J.I. Bernasconi^{a,*} y J.P. Santilli^b

^a Departamento de Diagnóstico por imágenes, Hospital Universitario Fundación Favaloro, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

^b Departamento de Anatomía patológica, Hospital Universitario Fundación Favaloro, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juanignaciobernasconi18@hotmail.com (J.I. Bernasconi).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rard.2017.03.004>
0048-7619/

© 2017 Sociedad Argentina de Radiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Schwannoma parafaríngeo de la cadena simpática cervical



Parapharyngeal schwannoma of the cervical sympathetic chain

Estimada Editora:

Los tumores del espacio parafaríngeo representan el 0,5-0,8% de todos los tumores de la cabeza y el cuello. De estos, el 40-50% son tumores de las glándulas salivales accesorias, el 17-25% corresponde a tumores neurogénicos y el 10-15% a paragangliomas¹.

Comunicamos el hallazgo de un schwannoma de la cadena simpática del espacio parafaríngeo en un varón de 28 años de edad. El paciente consultó al servicio de Otorrinolaringología por disfagia, pero al realizar una fibrolaringoscopia se detectó un abombamiento de la pared faríngea, por lo que se solicitó también una tomografía computada (TC). En este estudio se observó una lesión expansiva con densidad de partes blandas, no homogénea, de bordes bien definidos y de 5 cm x 4 cm, ubicada en el espacio parafaríngeo derecho. La lesión desplazaba a la faringe hacia el lado contralateral, generando una separación entre las carótidas interna y externa, con moderado realce tras la inyección del medio de contraste (fig. 1a).

La evaluación se complementó con una resonancia magnética (RM) que mostró una lesión bien delimitada y lobulada, con señal de baja a intermedia en ponderación T1 y alta en ponderación T2, con realce tras la inyección de gadolinio (figs. 1b-c y 2a).

Entre los diagnósticos diferenciales, se planteó, de acuerdo con la topografía y las características de la lesión, adenopatía cervical, paraganglioma, schwannoma del nervio glossofaríngeo, tumor del lóbulo profundo de la glándula parótida y linfoma. Se completó el estudio de la lesión con una angiografía digital, en la que se determinó que no existía comunicación significativa con el sistema arterial ni venoso (fig. 2b).

Un comité interdisciplinario decidió la exéresis quirúrgica de la lesión por vía convencional con maxilotomía (asumiendo los riesgos por una posible secuela neurológica posoperatoria), debido al tamaño de la lesión, la ubicación y la edad del paciente.

En la cirugía se observó que los pares craneanos de la región estaban indemnes y que la tumoración dependía del plexo simpático cervical (fig. 3). La macroscopia de la anatomía patológica de la pieza mostró una tumoración de morfología ovoide y consistencia firme elástica, con cápsula translúcida y depósitos hemáticos, que medía 5,3 cm x 3,8 cm x 2,6 cm. Al corte, se observó un tejido sólido de aspecto trabecular, granular y color pardo-amarronado con puntillado oscuro (fig. 4). En la microscopia se identificó proliferación