

HISTIOCITOMA FIBROSO MALIGNO: MALIGNIZACIÓN DE QUISTE ÓSEO EN EL PIE

HOSPITAL UNIVERSITARIO «VIRGEN DE LA VICTORIA»
CAMPUS DE TEATINOS, MÁLAGA
JEFE DE SERVICIO: E. QUEIPO DE LLANO JIMÉNEZ

F. J. DE SANTOS DE LA FUENTE
R. LÓPEZ ARÉVALO
M. C. TENA CARRILLO
F. MARTÍN JIMÉNEZ

RESUMEN

Se presenta el caso de un varón joven con historia de quiste óseo esencial en el calcáneo tratado con curetaje sobre el que dos años más tarde se desarrolló un histiocitoma fibroso maligno. Se ha informado previamente del asentamiento de este tipo de tumores sobre lesiones benignas preexistentes, pero ninguno de estos casos se trataba de un quiste óseo esencial.

PALABRAS CLAVE

Histiocitoma fibroso maligno, quiste óseo, calcáneo.

SUMMARY

It is shown the case of a young man with a history of a essential osscous cyst in calcancus treated with curettage on which, 2 years later, a malignant fibrous histiocytoma developed.

Beforehand it has reported the emplacement of this kind of tumours on non-malignant injuries, but none of this cases dealt with an essential osseous cyst.

KEYWORDS

Malignant fibrous histiocytoma, osseous cyst, calcaneus.

INTRODUCCIÓN

El histiocitoma fibroso maligno es un tumor frecuente entre los sarcomas de partes blandas, mientras que es rara su presentación primaria en el hueso. Cuando esto ocurre, son los huesos largos los más frecuentemente afectados. Es excepcional

su aparición como lesión ósea en el pie. Presentamos un caso de histiocitoma fibroso maligno desarrollado sobre un quiste óseo en calcáneo.

CASO CLÍNICO

En abril de 1993, un paciente varón de 30 años consulta por talalgia mecánica ocasional. En la radiografía practicada se observó una lesión lítica, bien definida, de características benignas, en el calcáneo derecho. Ante la persistencia de los síntomas, se realizó biopsia encontrando exclusivamente hueso y tejido conectivo normales. Un año después el paciente continúa con dolor mecánico y las pruebas de imagen, Rx y TAC (Fig. 1), informan nuevamente de lesión benigna compatible con quiste óseo. La gammagrafía no mostró aumento de captación del trazador. Fue practicado un curetaje y relleno con injerto autólogo. La biopsia fue informada como «proliferación fibrosa de aspecto reparativo». Tras un período de dos años libre de síntomas, el paciente acude nuevamente con dolor y tumefacción en el talón, con signos inflamatorios asociados, que se han ido agravando en los últimos dos meses. En la Rx (Fig. 2) y en la TAC (Fig. 3) aparece una lesión lítica, expansiva, sin esclerosis marginal, que destruye la mayor parte del calcáneo y el astrágalo. La gammagrafía mostró una lesión solitaria hipercaptante. Una nueva biopsia reveló la presencia de tejido sarcomatoso pleomórfico compatible con histiocitoma fibroso maligno (Fig. 4). Ante este hallazgo y un estudio de extensión negativo la decisión terapéutica fue amputación a nivel del tercio medio de la pierna. El estudio anatomopatológico de la pieza confirmó el diagnóstico. No se llevó a cabo quimioterapia adyuvante por rechazo del enfermo. Actualmente, a los 2 años de la intervención, el paciente se encuentra libre de enfermedad.



Fig. 1. TAC de la lesión mostrando osteolisis bien definida sin expansión a partes blandas, compatible con quiste óseo esencial.



Fig. 2. Última radiografía de la lesión, que ahora aparece muy agresiva, destruyendo el hueso y los tejidos blandos adyacentes.

DISCUSIÓN

El histiocitoma fibroso maligno (HFM) es un tumor de estirpe mesenquimal que afecta a todas las edades sin predominio por ninguno de los sexos. Aunque es el más frecuente de los sarcomas de partes blandas (2, 6, 9, 11, 12, 13) raramente asienta primariamente en el hueso (1% de los tumores óseos malignos), y cuando lo hace suele localizarse en la metáfisis de huesos largos (2, 6, 13). Se presenta como una masa dolorosa que en la radiografía corresponde a una lesión radiolúcida con bordes mal delimitados, rotura de la cortical e invasión amplia de las partes blandas. Histológicamente presenta un aspecto pleomórfico, con elementos histiocíticos y fibroblásticos dispuestos clásicamente en un patrón estoriforme (2, 13). El tratamiento es eminentemente quirúrgico (2, 6, 9, 13), siendo el uso de la quimioterapia y la radioterapia controvertido en la actualidad. El HFM óseo puede desarrollarse sobre una lesión preexistente (2, 13), como infarto óseo (4), enfermedad de Paget (5), osteomielitis crónica (5), fracturas (7), artroplastias (1), sobre tumores benignos como condroblastoma (10), encondroma (3), osteocondroma (11), lipoma intraóseo, o

tumor de células gigantes (8), sobre todo cuando han sido radiados (8). Sin embargo, no hemos encontrado en la literatura ningún caso de HFM que se haya desarrollado sobre un quiste óseo esencial. Se ha publicado un caso de degeneración sarcomatosa en una localización cureteada 18 años antes para tratar un tumor de células gigantes, que tampoco fue radiado. Los autores asumen que la lesión precursora sería en este paciente un infarto óseo del hueso cureteado. Quizá sea ésta la explicación para nuestro caso, ya que el tumor se hallaba rodeado completamente de tejido necrótico, aunque el intervalo libre de sólo dos años concuerda más con la malignización de una lesión benigna. En cualquier caso, la vigilancia de las lesiones benignas cureteadas debería incluir no sólo la recidiva, sino también la degeneración sarcomatosa, ya que los factores que determinan la malignización de un hueso necrótico ya sea por trauma o por curetaje, permanecen oscuros en la actualidad (4, 8).

La singularidad de nuestro caso es doble, ya que se trata de un HFM óseo que asienta en el pie sobre una lesión no considerada anteriormente como precursora de este tipo de tumores.



Fig. 3. TAC correspondiente a la radiografía de la figura 2. El calcáneo está casi totalmente destruido.

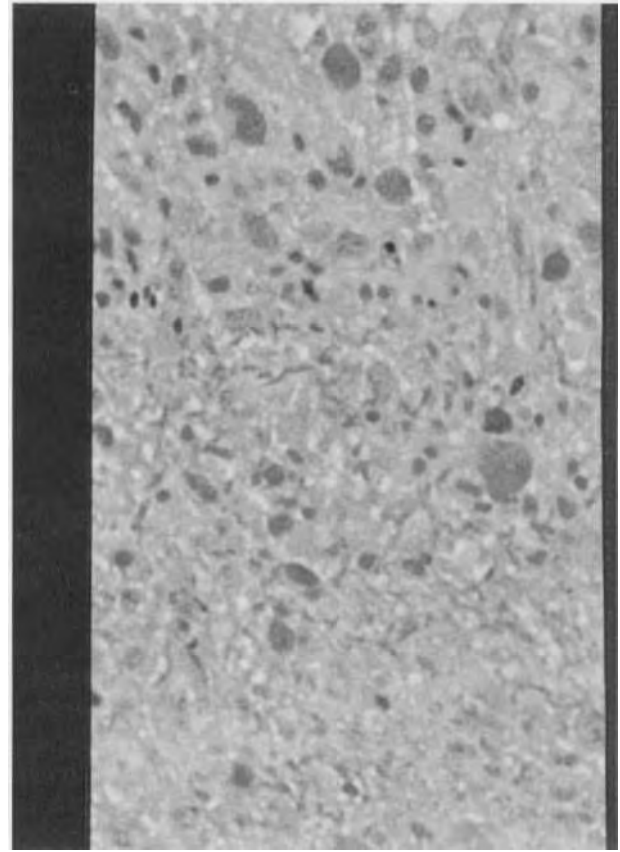


Fig. 4. Aspecto histológico de la pieza tumoral, mostrando un patrón pleomórfico típico del histiocitoma fibroso maligno. Hematoxilina-eosina. (x 400).

BIBLIOGRAFÍA

(1) BAGÓ-GRANELL, J.; AGUIRRE-CANYADELL, M.; NARDI, J.; TALLADA, N.: Malignant fibrous histiocytoma associated with arthroplasty. *J Bone Joint Surg*; (Br) 66-B: 38-40, 1984.

(2) BOLAND, P. J.; HUVOS, A. G.: Malignant Fibrous Histiocytoma of Bone. *Clin Orthop*; 204: 130-134, 1986.

(3) BONFIGLIO, M.; PLATZ, C. E.: Malignant fibrous histiocytoma associated with enchondroma of bone. *Skeletal radiol*; 6: 127-130, 1981.

(4) BREEN, T. F.; HEALY, W. L.: Malignant fibrous histiocytoma arising in medullary long bone infarcts. *Orthopedics*; 10: 1169-1173, 1987.

(5) CZERWINSKI, E.; SKOLARCZYK, A.; FRASIK, W.: Malignant fibrous histiocytoma in the course of chronic osteomyelitis. *Arch Orthop Trauma Surg*; 111: 58-60, 1991.

(6) ENNEKING, W. F.; SPANIER, S. S.; GOODMAN, M. A.: A system for the surgical staging of musculoskeletal sarcoma. *Clin Orthop*; 153: 106-120, 1980.

(7) HAUTAMAA, P. V.; GAITHER, D. W.;

THOMPSON, R.: Malignant fibrous histiocytoma arising in the region of a femoral fracture. *J Bone Joint Surg*; (A) 74-A: 777-780, 1992.

(8) ORTIZ-CRUZ, E. J.; QUINN, R. H.; FANBURG, J. C.; ROSEMBERG, A. E.; MANKIN, H. J.: Late development of a malignant fibrous histiocytoma at the site of a giant cell tumor. *Clin Orthop*; 318: 199-204, 1995.

(9) RYDHOLM, A.; GUSTAFSON, P.; RÓSER, B.; WILLEN, H.; BERG, N.: Subcutaneous sarcoma. *J Bone Joint Surg* (Br); 73-B: 662-667, 1991.

(10) DE SMET, A. A.; HAFEZ, G. R.: Malignant fibrous histiocytoma of the capitate initially presenting as a chondroblastoma. *Skeletal Radiol*; 23: 388-391, 1994.

(11) WALLING, A. K.; GASSER, S. I.: Soft-Tissue and bone Tumors about the foot and ankle. *Clin Sport Med*; 13: 909-938, 1994.

(12) WU, K. K.: Malignant Fibrous Histiocytoma of the Foot. *J Foot Surg*; 29: 298-303, 1990.

(13) YUEN, W. W. H.; SAW, D.; PATH, M. R. C.: Malignant fibrous histiocytoma of bone. *J Bone Joint Surg* (A); 67-A: 482-486, 1985.