

Caso clínico

Tumor fibromixioide de hueso temporal

Guillermo Piña Uribe,* Silvio Jurado Hernández,** Aneris Flores Moro,** Ana Hernández***

Resumen

En 1989 Enzinger reportó por primera vez esta neoplasia. En 1990 Enzinger y col. comentaron 59 casos de tumores localizados en varios lugares y describieron las características histológicas del tumor fibroide de hueso temporal. Aunque se han descrito casos benignos, todos los tumores tienen una potencialidad maligna. En 60 a 90% de los casos ocurre formación de tejido óseo, y en 20% de los casos, necrosis. Se expone el caso de una mujer de 54 años con tumor fibroide de hueso temporal. La paciente, que era diabética e hipertensa de larga evolución, acudió a nuestro servicio por padecimiento actual de tres años de evolución, que se distinguía por aumento de volumen retroauricular progresivo. En este artículo se comenta el manejo médico-quirúrgico de este caso clínico y la revisión de la bibliografía.

Abstract

In 1989 Enzinger first reported this neoplasm. In 1990 Enzinger et al. commented on 59 cases of tumors located in various places and described the histological characteristics of fibroid tumor of the temporal bone. Although mild cases have been reported, all tumors have a malignant potential; in 60 to 90% of cases bone formation occurs, and in 20% of cases, necrosis. We report the case of a 54 year-old woman with fibroid tumor of the temporal bone. The patient, who was diabetic and long evolution hypertense, attended for the current condition of three years of evolution, which consisted of progressive increase of retroauricular volume. This article discusses the medical-surgical management of this case and literature review.

Palabras clave:

tejido óseo, tumor fibroide de hueso temporal, necrosis, resección.

Key words:

bone, temporal bone fibroid tumor, necrosis, resection.

Tumor fibromixioide osificante

En 1989¹ Enzinger reportó por primera vez esta neoplasia. En 1990 el propio Enzinger y col. comentaron 59 casos de tumores localizados en varios sitios y describieron las características histológicas del tumor fibroide de hueso temporal. Respecto a este tipo de tumor, en 1991 Miettinen² publicó sus observaciones y en 1993 Schofield y col.³ expusieron los resultados de su estudio inmunohistoquímico y ultraestructural.

El tumor se manifiesta como una masa subcutánea o ubicada más profundamente en el tronco y próxima a las extremidades; no obstante, puede aparecer —como se ha reportado— en otros sitios.⁴⁻⁸ Aunque se han descrito casos benignos, todos los tumores tienen una potencialidad maligna. En 60 a 90% de los casos ocurre formación de tejido óseo, y en 20% de los casos, necrosis.

Después de que los cortes histológicos se tiñen con hematoxilina y eosina, el examen demuestra una neoplasia

* Médico adscrito al servicio de Otorrinolaringología, Hospital General de Zona 29, IMSS, México, DF.

** Médicos adscritos al servicio de Otorrinolaringología, Unidad Médica de Alta Especialidad del Hospital General Dr. Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, México, DF.

*** Médica adscrita al servicio de Otorrinolaringología, Hospital General de Zona 194, IMSS, México, DF.

Recibido: agosto, 2010. Aceptado: septiembre, 2010.

Este artículo debe citarse como: Piña-Uribe G, Jurado-Hernández S, Flores-Moro A, Hernández A. Tumor fibromixioide de hueso temporal. An Orl Mex 2011;56(1):52-54.

constituida por células redondas o ligeramente ovales, dispuestas en cordones o esparcidas en conjunto en una matriz mixoide, con aspecto edematoso en las áreas.

La celularidad de las células poligonales es alta y la actividad mitótica es de 2/50 campos de gran aumento; en 11% de los casos hay invasión vascular; además, se ha planteado que si estos últimos aspectos se asocian con alto grado nuclear tienen relación con incidencia de metástasis.⁹

Núcleos muy uniformes y con muy escasas mitosis contrastan con el rápido aumento de volumen del tumor. Los focos de osificación y calcificación son irregulares y de tamaño variable, y los espacios vacíos son relativamente pequeños y de aspecto pseudoquístico.⁹

El tratamiento es la resección local con márgenes libres. Se ha descrito que en un tercio de los casos ha habido recurrencia local y una muy baja posibilidad de metástasis; sin embargo, se han reportado casos más agresivos, con características histológicas especiales, que tienen mayor recurrencia local y posibilidad de metástasis.^{8,9}

Comunicación del caso

Mujer de 54 años de edad, cuyos antecedentes de importancia eran los siguientes: hipertensión arterial sistémica de 10 años de evolución y tratada con captopril. Diabetes mellitus de dos años de evolución y tratada con glibenclamida. Operación quirúrgica: resección de osteoma retroauricular derecho hecha el 12 de enero de 2000.

Padecimiento actual

En la región retroauricular derecha había aumento de volumen de tres años de evolución y lentamente progresivo. Ocasionalmente, con dolor retroauricular punzante de moderada intensidad, que disminuía parcialmente con la ingestión de antiinflamatorios no esteroides. También padecía ocasionalmente otalgia derecha punzante de poca intensidad, que cedía con la ingestión de antiinflamatorios no esteroides. Negó hipoacusia, vértigo, plenitud aural, acúfeno e hipoestesias.

Exploración física

En la región retroauricular derecha había aumento de volumen redondeado de aproximadamente 4 cm de diámetro. Duro, liso, fijo a planos profundos, no doloroso y sin cambios tróficos en la piel. Cicatriz retroauricular antigua de 5 cm de longitud, que cruzaba verticalmente la lesión. Conductos auditivos externos permeables, membranas timpánicas íntegras y opacas, mango del martillo normoinserito y pars flácidas sin alteraciones (Figura 1).

TAC de oído y mastoides: neoformación heterogénea con imágenes hiperdensas en su interior en forma de espículas y con un sitio de anclaje central unido al hueso temporal (Figuras 2 y 3).



Figura 1. Aumento de volumen retroauricular.

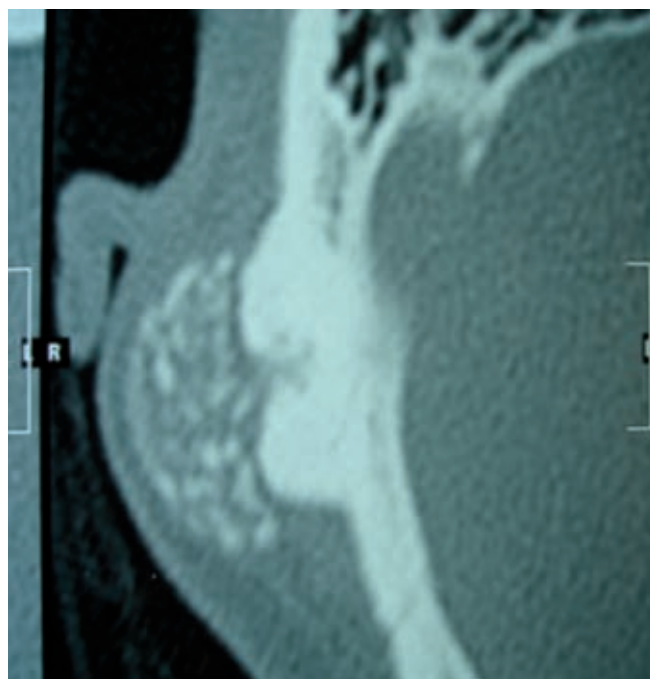


Figura 2.

Intervención quirúrgica

Se realizó la resección vía retroauricular, con resección y fresado de la cortical del hueso temporal en el sitio de unión (Figura 4). La evolución posquirúrgica concluyó en la curación, y en el control semestral tomográfico no hubo evidencia de recidiva tumoral.

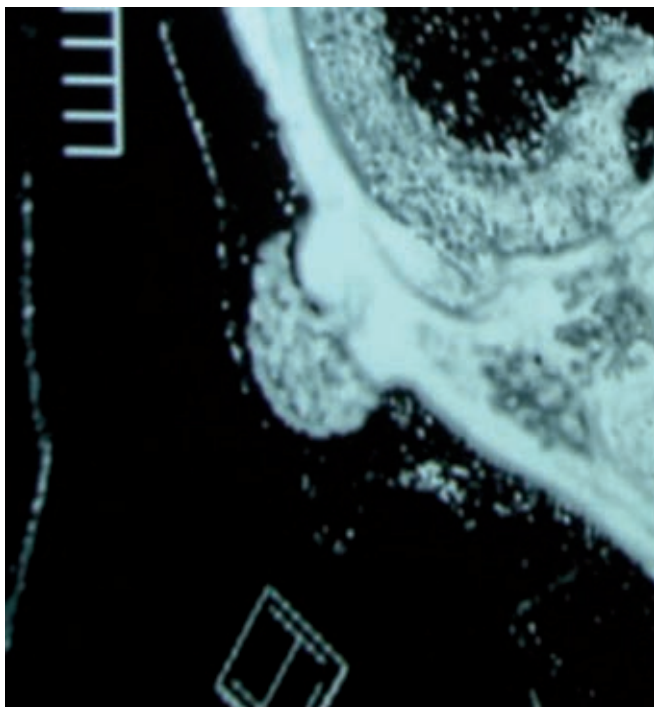


Figura 3.



Figura 4. Abordaje retroauricular.

Conclusiones

En la bibliografía se han reportado pocos casos con este tipo de tumor. El tratamiento es la resección local con márgenes libres. Se ha descrito que en un tercio de los casos ha habido recurrencia local y una muy baja posibilidad de metástasis. Este caso se ha mantenido con buena evolución y sin datos de recurrencia tumoral.

Referencias

1. Enzinger FM, Weiss SW, Liang CY. Ossifying fibromyxoid tumor of soft parts. A clinicopathological analysis of 59 cases. *Am J Surg Pathol* 1990;14:1167-1170.
2. Miettinen M. Ossifying fibromyxoid tumor of soft parts. Additional observations of a distinctive soft tissue tumor. *Am J Clin Pathol* 1991;95:142-149.
3. Schofield JB, Krausz T, Stamp GW, Fletcher CD, et al. Ossifying fibromyxoid tumor of soft parts: immunohistochemical and ultrastructural analysis. *Histopathology* 1993;22:101-112.
4. Zámecník M, Michal M, Simpson RH, Lamovec J, et al. Ossifying fibromyxoid tumor of soft parts: a report of 17 cases with emphasis on unusual histological features. *Ann Diagn Pathol* 1997;1:73-81.
5. Ekfors TO, Kulju T, Aaltonen M, Kallajoki M. Ossifying fibromyxoid tumor of soft parts: report of four cases including one mediastinal and one infantile. *APMIS* 1998;106:1124-1130.
6. Ijiri R, Tanaka Y, Misugi K, Sekido K, Nishi T. Ossifying fibromyxoid tumor of soft parts in a child: case report. *J Pediatr Surg* 1999;34:1294-1296.
7. Paschen C, Guski H, Haake K. Ossifying fibromyxoid tumor of soft parts. *Laryngorhinootologie* 2001;80:522-524.
8. Minami R, Yamamoto T, Tsukamoto R, Maeda S. Fine needle aspiration cytology of the malignant variant of ossifying fibromyxoid tumor of soft parts: a case report. *Acta Cytol* 2001;45:745-755, 805-886.
9. Folpe A, Weiss SW. Ossifying fibromyxoid tumor of soft parts: a clinicopathological study of 66 cases with emphasis on atypical and malignant variants. 91st Annual Meeting of the United States and Canadian Academy of Pathology, febrero 25 de 2002.