

## Fibrohistiocitoma óseo benigno de calcáneo complicado con osteomielitis en un masculino de 16 años. Reporte de un caso

Dr. Daniel Irving Quezada,\* Dr. José Cortés Gómez\*\*  
*Instituto Nacional de Pediatría.*

### ANTECEDENTES

El fibrohistiocitoma benigno es un tumor raro en niños, en la literatura mundial sólo hay reportados 3 casos. Este tumor es fácilmente confundido con un defecto óseo cortical, también es conocido algunas veces como xantofibroma o xantoma fibroso, presenta características clínicas y radiológicas atípicas, se caracteriza por células fibrosas fusiformes, contiene un número variable de células gigantes, hemosiderinas e histiocitos cargados de lípidos. El fibrohistiocitoma benigno tiene una presentación generalmente asintomática, la localización habitual a nivel óseo es en la diáfisis, el extremo epifisario de los huesos largos, la pelvis y las costillas. Raramente afecta la columna vertebral y cráneo.



**Figura 1.**

### OBJETIVO

Se reporta un caso de fibrohistiocitoma óseo benigno de calcáneo complicado con osteomielitis, en un paciente masculino de 16 años de edad para demostrar la adecuada evolución con aseo quirúrgico, curetaje e injerto óseo heterólogo.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Masculino 16 años inicia su padecimiento en julio de 2005, al sufrir caída de una altura de aproximadamente 1.50 m recibiendo traumatismo en pie derecho, evoluciona con dolor a nivel de talón, es llevado a Hospital General y se diagnostica fractura de calcáneo derecho



**Figura 2.**

\* Médico residente 5to año INP.

\*\* Médico adscrito al Servicio de Ortopedia Pediátrica. INP.



Figura 3.

en terreno patológico, tratado en Hospital General de segundo nivel, donde se toman radiografías de calcáneo laterales y axiales, así como serie ósea metastásica, gammagrama Tc-99 toman de biopsia con resultado de tumor de células gigantes, posterior a la toma de biopsia, presenta infección local de tejidos blandos y óseo, motivo por el cual es enviado al Instituto Nacional de Pediatría, donde ingresa con infección de tejidos blandos local, salida de material purulento, a su ingreso se realiza gammagrama Tc-99 marcado con ciprofloxacino, toma de cultivo de sitio infectado, biopsia, curetaje y se inicia antibiótico intravenoso, se realizaron en total 5 aseos quirúrgicos en el mes de julio 2007 se realiza curetaje, resección de tumoración y colocación de injerto heterólogo granulado y en bloque, llevando control radiológico, a la semana, a los quince días y al mes de intervención quirúrgica inicia con apoyo parcial, al mes y medio asistido con muletas.

## DISCUSIÓN

El gammagrama con ciprofloxacino en este paciente fue positivo, el resultado de la biopsia confirmatorio de fibrohistiocitoma óseo benigno, cultivo positivo para *Enterobacter cloacae*. Es importante mencionar la dificultad en el diagnóstico del fibrohistiocitoma óseo benigno para distinguir las características benignas del mismo e iniciar el tratamiento oportunamente; las características radiológicas se presentan como una lesión radiolúcida bien definida, con bordes escleróticos ocasionalmente con cierto grado de expansión, puede existir trabeculación interna. La lesión puede situarse central o excéntrica en el hueso, en las presentaciones tardías es más común la afectación epifisaria ósea, localización que se asemeja



Figura 4.

más a un tumor de células gigantes. En la gammagrafía existe aumento moderado de la captación, histopatológicamente, esta lesión presenta unas características similares al fibroma no osificante, aunque el patrón etoriforme de células fusiformes es más distintivo, pueden existir cierto número de grandes células histiocíticas y de Touton (tipo de células gigantes que se observan en reacciones xantomatosas tisulares) o en el fibrohistiocitoma maligno. Aunque la célula de origen del histiocitoma fibroso benigno no ha sido descubierta, se proponen tres tipos: Tipo histiocítico que es capaz de actuar como un fibroblasto, el tipo fibroblástico que es capaz de actuar como un histiocito y un tipo de célula madre indiferenciada. Aunque no existen criterios de malignidad histológica franco ni se observan atipias celulares, puede existir cierta actividad mitótica. La formación ósea reactiva se puede observar en la periferia de la lesión, o con una fractura patológica a través de ésta.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Desde el punto de vista radiológico las principales posibilidades del diagnóstico diferencial son el fibroma no osificante, aunque el histiocitoma fibroso benigno tiene una apariencia más agresiva (borde más expansivo) y una localización atípica para el fibroma no osificante, ambas son claves para el diagnóstico. El ribete escleroso del histiocitoma fibroso benigno raramente aparece en el tumor de células gigantes. El diagnóstico diferencial entre el fibroma no osificante y el defecto fibroso cortical del histiocitoma fibroso benigno debe ser hecho por características clínico-radiológicas más que por argumentos histopatológicos, ya que la apariencia microscópica de estas tres lesiones es casi idéntica.

El tumor de células gigantes debe ser siempre considerado en el diagnóstico diferencial. Es particularmente difícil de distinguir en caso de tumor de células gigantes que sufre cambios regresivos en su estructura, pudiendo confundirse. Además la reacción de curación asociada a una fractura patológica en un tumor de células gigantes con cierta proliferación de células fusiformes asociadas a macrófagos cargados de lípidos y hemosiderina puede tener una apariencia de histiocitoma fibroso benigno. Finalmente algunos autores consideran al histiocitoma fibroso benigno un estado regresivo o degenerativo de un tumor de células gigantes.

### Referencias

1. Mac Donald D, Fonasier V, Holtby R. Benign fibrohistiocytoma (Xanthomatous variant) of the acromion. A case report and review of the literature. *Arch Pathol Lab Med* 2002; 126: 599-601.
2. Clarke BE, Xipell JM, Thomas DP. Benign fibrous histiocytoma of bone. *Am J Surg Pathol* 1985; 9: 806-15.
3. Herman G, Steiner GC, Sherry HH. Case report 465: Benign fibrous histiocytoma (BFH). *Skeletal Radiol* 1988; 17: 195-8.
4. Dahlin DC. Benign and atypical fibrous histiocytoma. In: Dahlin DC, edit. *Bone tumors*. General aspects and data on 6,221 cases. 3<sup>rd</sup> ed. Springfield: Charles C Thomas 1978: 116-36.
5. Bertoni F, Calderoni P, Bacchini P, Sudanese A, Baldini N, Present D et al. Benign fibrous histiocytoma of bone. *J Bone Joint Surg Am* 1986; 68: 1225-30.
6. Campanacci M. Bone and soft tissue tumours. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Springer Verlag Wein; 1990: 93.
7. Bertoni F, Unni KK, McLeod RA, SIM FH. Xanthoma of bone. *Am J Clin Pathol* 1988; 90: 37-84.
8. Destouet JM, Kyriakos M, Gilula LA. Fibrous histiocytoma (fibroxanthoma) of a cervical vertebra. A report with a review of the literature. *Skeletal Radiol* 1980; 5: 241-6.