

PRESENTACION DE CASO

Fibroma aponeurótico calcificante intra articular. Presentación de un caso.

Dr. José Ramón Hernández Puerto,⁽¹⁾ Dr. Rafael Martínez León,⁽²⁾ Dra. Niurka Rabelo Aday.⁽³⁾

¹Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. MSc en Urgencias Médicas. Profesor Instructor. Policlínico Docente Comunitario "Aracelio Rodríguez". Cumanayagua. ²Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología. Hospital Clínico Quirúrgico "Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila. ³Especialista de I Grado en Medicina General Integral. MSc en Urgencias Médicas. Profesor Instructor. Área II Cienfuegos

RESUMEN

El fibroma aponeurótico juvenil es un tumor infrecuente del tejido blando que se localiza con mayor periodicidad en niños y adolescentes en la región distal de las extremidades, aunque se reportan casos en otras edades y localización. Se presenta un paciente de 18 años de edad, masculino con fibroma aponeurótico calcificante en la rodilla derecha intra articular, con una localización poco común. El diagnóstico se realizó por exéresis quirúrgica del tumor. Se hace referencia al cuadro clínico, terapéutica efectuada y seguimiento por 3 años. Se revisó literatura actualizada referente al tema. Por ser un caso infrecuente se decide su publicación.

Palabras clave: fibroma; neoplasias de los tejidos blandos; rodilla; diagnóstico

Límites: Humano; adulto

INTRODUCCIÓN

El fibroma aponeurótico calcificante es un tumor de partes blandas (tejido fibroso) considerado un tumor benigno de poca frecuencia que generalmente involucra la parte más distal de las extremidades de niños y adolescentes, de rasgos histológicamente bien caracterizados, con tendencia a la infiltración y a la recidiva.⁽¹⁻³⁾

Descrito en 1953 por Louisa Keasbey con el nombre de fibroma aponeurótico juvenil⁽⁴⁾ se ha descrito también como fibroma aponeurótico calcificante, fibroma

dérmico, tumor de Keasbey y fibroma calcificante.⁽⁵⁾

Actualmente se han descrito fibromas aponeuróticos en diferentes regiones del cuerpo muy diferentes a las referidas en los inicios de su descubrimiento,⁽⁶⁻¹⁰⁾ así como su localización geográfica, ha sido publicado en diferentes partes del mundo y cada vez son más los casos que evolucionan favorablemente sin recidivas, quizás por el mejor conocimiento del tumor o por el desarrollo de las técnicas quirúrgicas. En las bibliografías revisadas se encontró un caso con esta localización; pero descrito con otro compartimento.

Se describe un caso de fibroma aponeurótico juvenil con localización en la rodilla derecha intra-articular, después de un seguimiento por 4 años no se encontró recidiva y el miembro alcanzó su función normal. Se decidió publicar el caso por lo poco frecuente del fibroma aponeurótico juvenil.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, de color de piel blanca, de 18 años de edad, no declaró antecedentes patológicos personales, acudió a consulta en el Servicio de Ortopedia y Traumatología porque presentaba dolor y aumento de volumen en la rodilla derecha con claudicación del miembro afectado, los síntomas comenzaron aproximadamente dos meses antes y no resolvió con tratamiento antiinflamatorios no esteroideo (AINE) y fisioterapia.

Examen físico

Aumento de volumen en la rodilla derecha y de la masa

Recibido: 2 de enero de 2009

Aprobado: 19 de febrero de 2010

Correspondencia:

Dr. José Ramón Hernández Puerto

Policlínico Docente Comunitario "Aracelio Rodríguez". Cumanayagua.

Dirección electrónica: santa66@polcrucecitas.cfg.sld.cu

tumoral en la región antero-interna. Presentó limitación articular a la flexión aproximada en un ángulo de 45 grados con atrofia muscular del cuádriceps derecho, que propició la claudicación de la marcha.

Exámenes complementarios

Hemoglobina: 12,3 g/l

Hematocrito: 0,36 fv

Velocidad de sedimentación globular: 10 mm.

V.D.R.L: no reactivo.

HIV: negativo.

Fosfatasa alcalina: 4,0 U. K. A.

Calcio: 3,0 mmol/l.

Glucemia: 5,2 mmol/l.

Radiografía de tórax: sin alteraciones radiológicas pleuro-pulmonares.

Radiografía simple con técnica de partes blandas de la rodilla derecha: aumento de la densidad de las partes blandas en la cara antero-interna de la rodilla derecha, con imagen tumoral calcificada de aproximadamente 7 cm

Ecosonograma de partes blandas de la rodilla derecha: imagen ecogénica que abarca la cara antero-interna de la rodilla derecha de aproximadamente 7 x 7cm con múltiples calcificaciones vascularizadas.

Ecosonograma abdominal: sin alteraciones

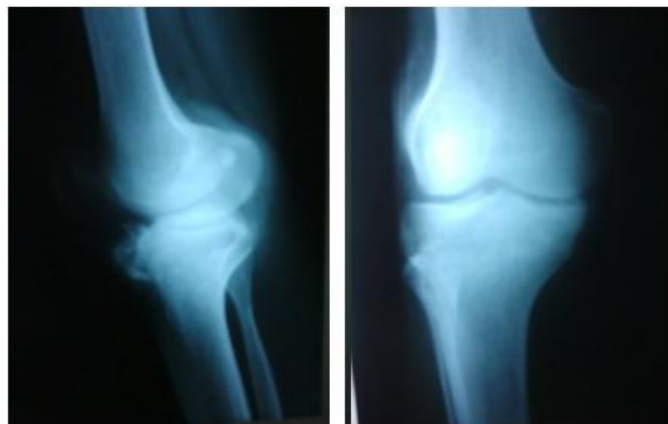


Figura. 1 Radiografía de rodilla derecha vista antero-posterior y lateral

Tratamiento

Se realizó exéresis mediante un abordaje antero medial de la tumoración dentro de la articulación en la rodilla derecha que medía aproximadamente 7cm³ no delimitado. Macroscópicamente se observó un color blanco-grisáceo de consistencia firme multinodular, se indicó biopsia.

Resultado de la biopsia: fibroma aponeurótico calcificante. (Tumor de Keasbey) (Figura. 2)

El paciente fue seguido clínica y radiológicamente por 3 años, no presentó recidivas del tumor, el miembro se rehabilitó completamente y desapareció el dolor, pudo continuar su vida normal.

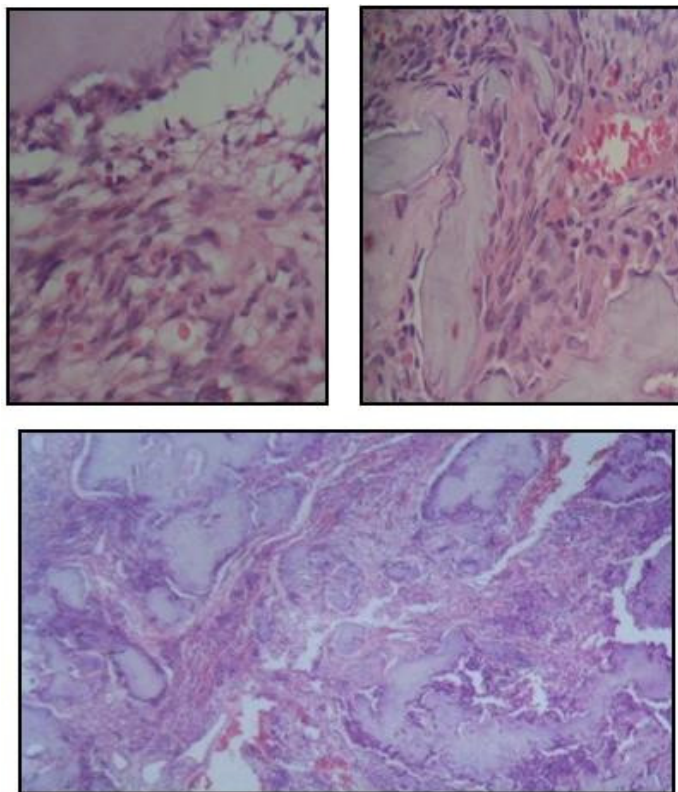


Figura 2. Fibroma aponeurótico calcificante (corte histológico)

DISCUSIÓN

El fibroma aponeurótico calcificante es considerado una fibromatosis, lo consideran como un crecimiento cartilaginoide atípico se clasifica como un hamartoma de las partes blandas derivado del colagenoblasto, lo describen como un tumor compuesto de áreas de fibromatosis e islas de cartilago con la calcificación característica.⁽⁵⁾

La presentación clásica es un nódulo en la mano, muñeca o pies de un niño menor de dos años,^(11,12) aunque puede verse en los adolescentes y raramente en el adulto joven.⁽¹⁻³⁾ Puede aparecer en cualquier sexo.⁽⁵⁾

Brota como un nódulo o masa mal delimitada (no encapsulada) en el tejido celular subcutáneo o adherido a un tendón; en su interior pueden existir focos de calcificación. Dichos nódulos están fijos en la piel y ocasionalmente a la fascia y el periostio. Al corte se observó un color blanquecino, de consistencia firme y tamaño variable, entre 0,5 y 1,5 cm.⁽⁵⁾

Microscópicamente se apreció un crecimiento fibroblástico difuso; los fibroblastos distendidos son menos elongados que los de otras fibromatosis. Puede estar parcialmente calcificado y tener un patrón en empalizada peculiar, a veces se observa material condroide. No hay atipicidad y las mitosis son escasas. Las células que rodean a los focos de calcificación se parecen mucho a los condrocitos.⁽⁵⁾

Un equipo de autores lo describe como calcificaciones circundantes y metaplasia del condrocito con áreas de

proliferación de fibroblasto y estroma denso del tejido colágeno.⁽²⁾

Este tumor está bien delimitado desde el punto de vista clínico e histológico, no fue así desde las imágenes donde no se tiene suficiente experiencia al respecto. Otros revelaron por medio de las imágenes tomadas por resonancia magnética varios rasgos que pueden contribuir al diagnóstico diferencial preoperatorio del fibroma aponeurótico calcificante con respecto a otros

tumores fibrosos, lo que ayudarían a los oncólogos ortopédicos a planear la cirugía para esta entidad.⁽¹³⁾

Durante cuatro años de seguimiento, el paciente no tuvo recidivas en la lesión, la atrofia mejoró y la fuerza muscular alcanzó un grado V, la descalcificación ósea por desuso desapareció al observar las radiografías y los movimientos articulares se restablecieron. Por todo lo anterior se corrobora que se puede controlar la recidiva con la resección íntegra del tumor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Onak-Kandemir N, Ege-Gül a, Karadayi N. Calcifying Aponeurotic fibroma: A Case Report Acta Orthop Traumatol Turc. 2008; 42(2):145-7.
2. Driss M, Mrad K, Smida M, Abbès I, Ben Ghachem M, Ben Romdhane K. Calcifying Aponeurotic Fibroma: The case of a 15 year old boy. Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot. 2001; 87(6):610-3.
3. Hasegawa HK, Park S, Hamazaki M. Calcifying Aponeurotic Fibroma of the Knee: A case report with radiological findings. J. Dermatology. 2006;33(3):169-73.
4. Keasbey LE. Juvenile aponeurotic fibroma (calcifying fibroma): a distinctive tumor arising in the palms and soles of young children. Cancer. 1953; 6: 338-46.
5. De Cárdenas Centeno OM. Presentación atípica de un miofibroma aponeurótico calcificante. Rev cubana Ortop Traumatol.1998; 12(1-2):18-20.
6. Mee-Hye Oh·Eun Ah Jung, Ji Hye Lee-Hyun Deuk Cho, Jong Kyu Han1·Yong-Koo Park 2 Calcifying Aponeurotic Fibroma of the Elbow. The Korean Journal of Pathology. 2009; 43: 75-8
7. Jung YJ, Choi YW, Shin EA. Calcifying aponeurotic fibroma occurring on the chin: a case report. J Korean Soc Plast Reconstr Surg. 2008; 35: 103-5.
8. Oruc M, Uysal A, Kankaya Y, Yildiz K, Aslan G, Sengul D. A case of calcifying aponeurotic fibroma of the scalp: case report and review of the literature. Dermatol Surg. 2007; 33: 1380-3.
9. Allen PW, Enzinger FM. Juvenile aponeurotic fibroma. Cáncer. 1970; 26: 857-67.
10. Sharma R, Punia RS, Sharma A. Juvenile (calcifying) aponeurotic fibroma of the neck. Pediat Surg Int. 1998; 13: 295-6.
11. Netscher DT, Baumholtz A, Popek E, Shneider AM. Non-malignant fibrosing tumors in the pediatric hand: A clinicopathologic case review. Hand. 2009; 4(1):2-11.
12. Melike Oruç, Afsin uysal, Yüksel Kankaya, Kaya Yildiz, Gürcan Aslan, and Demet Sengül. A case of calcifying aponeurotic fibroma of the scalp: published. Dermatologic Surgry.2007; 33(11):1380 –1383.
13. Morii T, Yoshiyama A, Morioka H, Anazawa U, Mochizuki K, Yabe H. Clinical significance of magnetic resonance imaging in the preoperative differential diagnosis of calcifying aponeurotic fibroma. J Orthop Sci. 2008; 13 (3):180 -6.