

IMAGEN 10-2012: DISPLASIA FIBROSA EN CRÁNEO



Hospital San Juan de Dios, San José, Costa Rica. Fundado en 1845

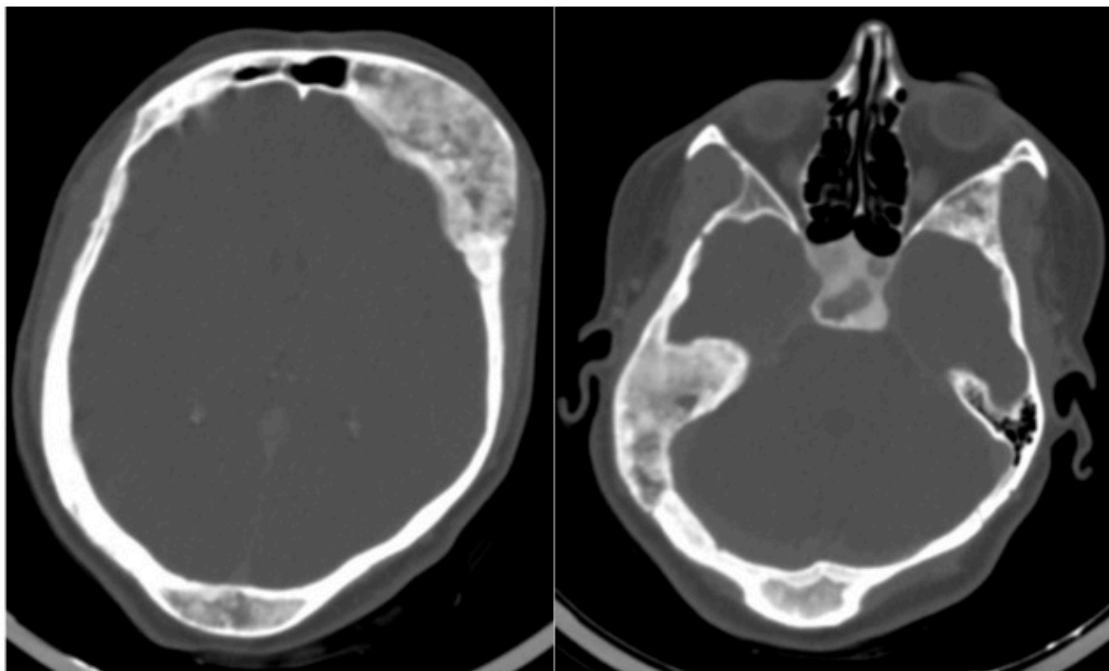
ISSN
2215-2741

Recibido: 23/10/2012
Aceptado: 31/10/2012

Lizbeth Quesada Cascante¹
Paula León Salas²

¹ Médica residente de Radiología e Imágenes Médicas. UCR-CENDEISS. Hospital San Juan de Dios. Correo electrónico: lizbethquesada@gmail.com

² Médica Asistente Especialista en Radiología e Imágenes Médicas. Hospital San Juan de Dios. Correo electrónico: paula_leon_salas@yahoo.com



CARACTERIZACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 37 años, ama de casa, sin antecedentes heredofamiliares o quirúrgicos, G₃P₃A₀C₀. En control desde hace 21 años por lesiones óseas en cráneo por Displasia Fibrosa. Actualmente con cefaleas ocasionales. Las imágenes muestran estabilidad de las lesiones.

DISCUSIÓN

En imágenes de TC axial se observa varios focos de engrosamiento del tejido óseo, con hueso medular con patrón en vidrio esmerilado, incluyendo los siguientes huesos:

- Ala mayor del esfenoides
- Techo orbitario bilateral (con predominio izquierdo)
- Hueso frontal izquierdo (hasta 23 mm de grosor)
- Protuberancia occipital
- Hueso petroso
- Mastoides derecho
- Clivus
- Silla turca

La displasia fibrosa es un trastorno de la maduración del mesénquima óseo, en el que el tejido de la cavidad medular de uno ó varios huesos es reemplazado por un tejido fibroso anómalo, provocando engrosamiento y esclerosis de las áreas afectadas con patrón en vidrio esmerilado. Corresponde al 2,4% de las neoplasias óseas y al 7% de las neoplasias óseas benignas⁽¹⁾.

En ocasiones, se ha comprobado su malignización (osteosarcoma), sobre todo en pacientes tratados con radioterapia, por lo que está contraindicada⁽²⁾.

Formas:

- Monostótica (más frecuente 70-80%)
- Poliestótica
- Síndrome de Albright.

Predomina en sexo femenino, en la segunda década de vida. Puede afectar a cualquier hueso del esqueleto, siendo más frecuente en los senos maxilares, seguido del fémur, la tibia, las costillas y la base del cráneo (hueso frontal y esfenoi-

dal). La afectación craneofacial se observa hasta en un 30% de los casos.

El tratamiento ideal es extirpar totalmente el tumor y reconstruir el área afectada, pero no siempre es posible por la localización. Por esto, las recidivas son más frecuentes (10% a 25%), obligando a hacer revisiones continuas para detectarlas⁽³⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Naser A Bravo G Carrasco M Ríos C. *Displasia fibrosa de temporal, caso clínico y revisión del tema*. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello 2009;69:259-264
2. Hansen MR Moffat JC. *Osteosarcoma of the skull base after radiation therapy in a patient with McCune-Albright Syndrome: Case Report*. Skull Base 2003;13(2):79-83.
3. Moreno A Sánchez Del Collado A García U Cortés S Varela V. *Displasia fibrosa monostótica de seno esfenoidal*. O.R.L. ARAGON' 2007;10(1)12-15

AGRADECIMIENTOS

A mis profesores y compañeros por tanto apoyo durante éstos cuatro años y muy especialmente a la Dra. Paula León Salas por compartir siempre sus conocimientos de una manera tan enriquecedora.