

# “DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DE FIBROMA NO OSIFICANTE DE TIBIA DISTAL TRAS FRACTURA PATOLÓGICA”

Montero Páez B, Jiménez López-Rey A, Verdugo Domínguez JP, Martínez Sánchez MA.

Unidad de Gestión Clínica de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital de la Merced.  
Área de Gestión Sanitaria de Osuna (Sevilla).

## OBJETIVOS:

Presentar el caso y mostrar el tratamiento y la evolución de un paciente que debuta con una fractura patológica de tibia distal derecha al presentar un fibroma no osificante no diagnosticado hasta ese momento.

## MATERIAL Y MÉTODOS:

Varón de 12 años que presenta de forma súbita dolor e impotencia funcional en pierna derecha mientras corría. A su llegada a urgencias se observa inflamación sin deformidad. En resonancia magnética se aprecia lesión lítica de 36 x 24mm metafiso-diafisaria, insuflante, con borde esclerótico, extenso edema medular óseo perilesional asociado, sin matriz ósea calcificada sugestivo de fibroma no osificante. Ante esta lesión, se procede mediante abordaje anteromedial de tibia a legrado de defecto, relleno con aloinjerto de esponjosa, seguido de reducción y fijación de fractura con placa Pediloc® de tibia derecha.



## RESULTADOS

La anatomía patológica de las muestras tomadas intraoperatoriamente confirman el diagnóstico. El paciente se mantiene en descarga con férula suropédica durante seis semanas. Al final del seguimiento, a los 12 meses de la lesión, el niño se encuentra sin síntomas y manteniendo un rango completo de movilidad.



## CONCLUSIONES:

Los fibromas no osificantes son las lesiones óseas benignas más frecuentes, presentes en el 30-40% de los esqueletos inmaduros de los niños. Son más frecuente en varones, estando el pico de incidencia en la segunda década. Se suelen localizar en la metáfisis de los huesos largos de las extremidades inferiores. Son lesiones pseudotumorales compuestas histológicamente por tejido fibroso mezclado con células gigantes de tipo osteoclasto.

El fibroma no osificante en la mayor parte de los casos es asintomático y no precisa tratamiento, pero si el riesgo de fractura secundaria es elevado (afectación >50% ancho del hueso o > 33mm de la longitud), se recomienda el curetaje intralesional con relleno de injerto óseo. Ante la eventual complicación con una fractura patológica, el tratamiento será el propio de la fractura acontecida, siendo suficiente la reducción cerrada e inmovilización con yeso en gran parte de los casos, dada la edad típica de esta lesión benigna.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Buchs P. Nature of a non-ossifying fibroma after a fracture. Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot. 1970 Jun;56(4):383-6.
2. Drennan DB, Maylath DJ, Fahey JJ. Fractures through large non-ossifying fibromas. Clin Orthop Relat Res. 1974;(103):82-8.
3. Easley ME, Kneisl JS. Pathologic fractures through nonossifying fibromas: is prophylactic treatment warranted? J Pediatr Orthop. 1997 Nov-Dec;17(6):808-13.
4. Gill JR, El Nakhal TM, Park SM, et al. Pathological fracture of non-ossifying fibroma associated with neurofibromatosis type 1. BMJ Case Rep. 2019 Jul 21;12(7):e228170..