

Displasia fibrosa simulando metástasis costal

DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1889-836X2020000300006>

García-Gómez FJ, de la Riva-Pérez PA, Calvo-Morón MC

Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla (España)

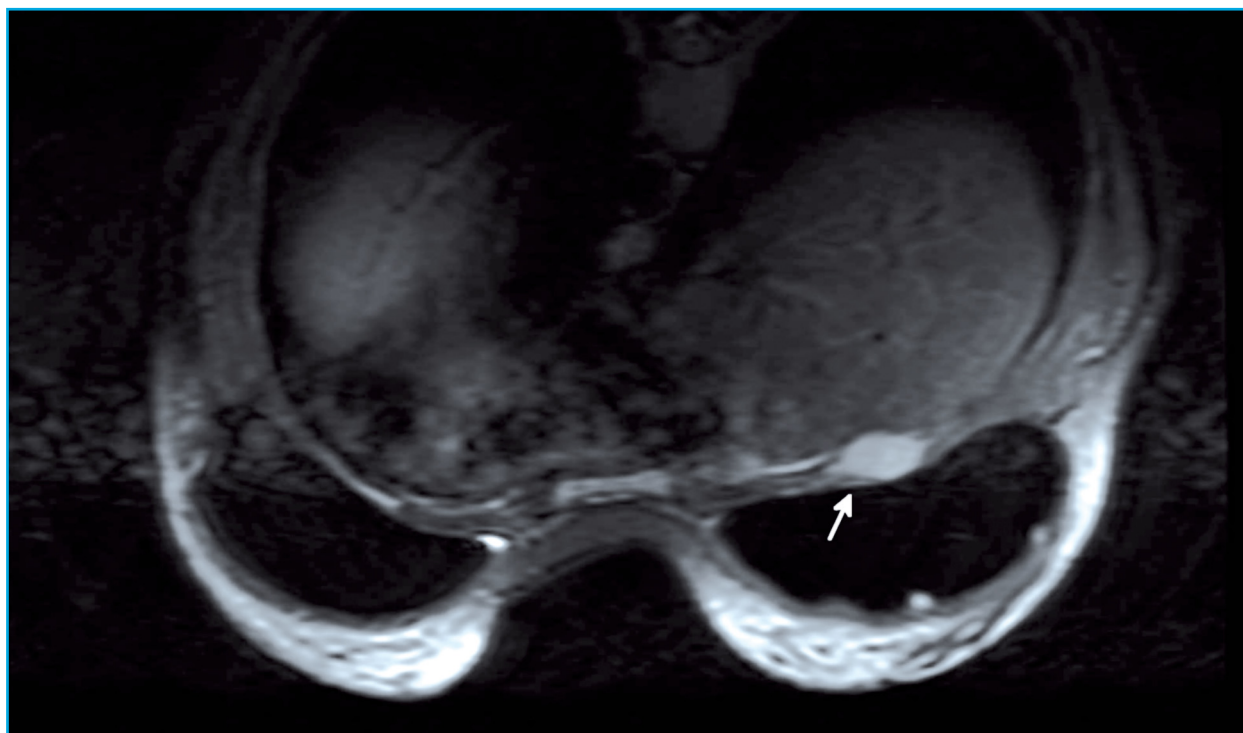
Fecha de recepción: 02/08/2020 - Fecha de aceptación: 15/09/2020

Presentamos las imágenes diagnósticas de una mujer de 30 años, portadora asintomática de mutación BRCA1 y en seguimiento clínico-radiológico por fibroadenomas mamarios bilaterales. En la resonancia magnética de control (Figura 1) destacó la aparición una lesión nodular posterior a la prótesis mamaria derecha, relativamente bien delimitada y de contornos lobulados. Ante la sospecha de enfermedad ósea metastásica, se realizó una tomografía por emisión de positrones (PET/CT) con 18F-fluorodesoxiglucosa (18F-FDG) para valorar su actividad metabólica y extensión de la enfermedad, siendo esta la única lesión activa, con un diámetro de 2,6 cm y alta actividad metabólica, estando localizada en cuarto arco costal derecho (Figura 2). En este contexto, se prac-

ticó exéresis de la lesión para descartar etiología neoplásica, demostrándose en el estudio anatomopatológico que se trataba de displasia fibrosa, una enfermedad pseudotumoral benigna y lentamente progresiva, y que representa menos del 5% de los tumores óseos.

La displasia fibrosa se caracteriza por la sustitución de tejido óseo normal por tejido conectivo osteofibroso, adoptando un patrón esclerótico, quístico-lítico o mixto^{1,2}. La enfermedad se debe a un desequilibrio en la función de las células osteogénicas, desencadenando en lesiones osteolíticas expansivas que afectan al hueso normal adyacente y al tejido fibroso¹. La variante monostótica supone el 70% de los casos, pudiendo ser asintomáticas y detectarse de forma casual². En las formas monostóticas

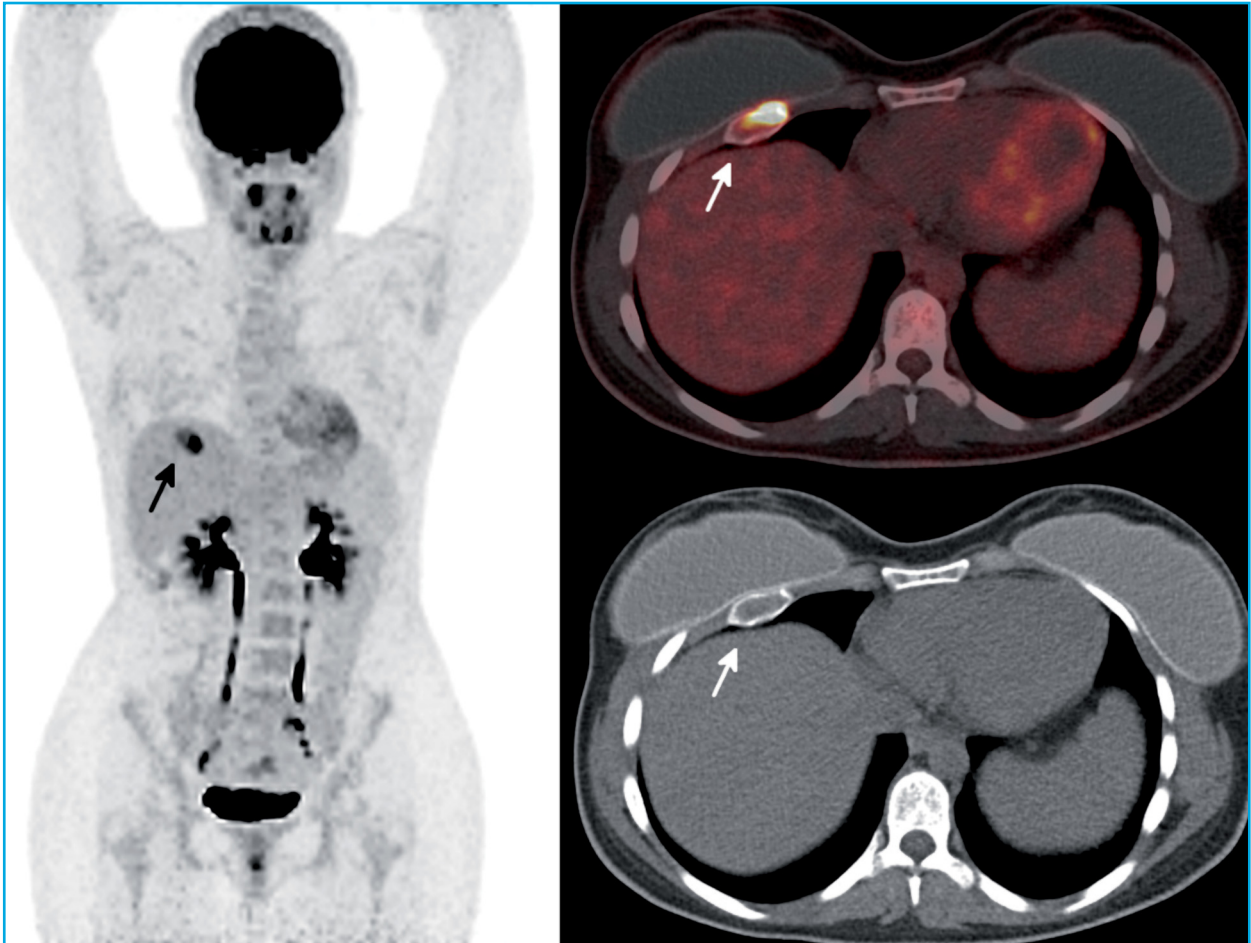
Figura 1. Resonancia magnética en la que se aprecia lesión nodular en pared torácica anterior derecha (flecha), posterior a la prótesis mamaria, con intenso realce con el contraste, captación rápida intensa y lavado precoz, compatible con posible naturaleza neoformativa primaria o secundaria, sin descartar otras opciones diagnósticas



los huesos que se afectan con más frecuencia son, por orden decreciente, los maxilares, el fémur proximal, la tibia, el húmero, las costillas, la calota craneal, el radio y el iliaco^{1,2}. En su diagnóstico serán de utilidad las técnicas de diagnóstico por imagen. Al tratarse de lesiones con alta tasa de recambio óseo, mostrarán una elevada

captación tanto en gammagrafía ósea como en PET/CT, convirtiéndolas en técnicas cruciales en la determinación objetiva de la extensión, actividad metabólica y predecir la evolución de la enfermedad^{3,4}. Cuando existan dudas en el diagnóstico, puede realizarse una biopsia o exéresis ósea con estudio mutacional.

Figura 2. PET/CT con 18F-FDG, en la que destaca una única lesión hipermetabólica circunscrita al tercio anterior del cuarto arco costal derecho (flecha), con muy elevada actividad metabólica (SUVmáx: 15.5)



►► **Conflicto de intereses:** Lo autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Lacombe Latre EM, Sánchez Lalana E, Bescós Marín JM. Fibrous rib dysplasia. *Med Clin (Barc)*. 2017;148(9):e51.
2. Florez H, Peris P, Guañabens N. Fibrous dysplasia. Clinical review and therapeutic management. *Med Clin (Barc)*. 2016;147(12):547-553.
3. Collins MT, Kushner H, Reynolds JC, Chebli C, Kelly MH, Gupta A, et al. An instrument to measure skeletal burden and predict functional outcome in fibrous dysplasia of bone. *J Bone Miner Res*. 2005;20:219-226.
4. Tuncel M, Kiratli PO, Gedikoglu G. SPECT-CT imaging of poliostotic fibrous dysplasia. *Rev Esp Med Nucl Imagen Mol*. 2012;31:47-48.