

## Granuloma eosinófilo solitario asociado a insuficiencia suprarrenal crónica

A. CAMPUZANO SOLOAGA, J. FERNANDEZ CAMARA y P. GARIJO GARCIA

### RESUMEN

Los autores analizan un caso de granuloma eosinófilo solitario localizado en la epífisis proximal del fémur derecho de un joven varón de 20 años, asociado a una insuficiencia suprarrenal crónica. Asimismo, efectúan un diagnóstico diferencial clínico-radiológico de las lesiones tumorales que pueden aparecer a ese nivel.

Descriptores: Granuloma eosinófilo solitario. Granuloma eosinófilo de epífisis femoral. Granuloma eosinófilo e insuficiencia suprarrenal crónica.

### SUMMARY

The authors analyse a case of solitary eosinophilic granuloma located at the proximal epiphysis of a twenty years old young man's femur associated chronic insufficiency suprarenal. In the same way they carry out a clinic-radiological diagnosis of the tumoral injuries that can appear at that level.

Key words: Solitary eosinophylic granuloma. Eosinophylic granuloma of epiphysis femur. Eosinophylic granuloma associated chronic insufficiency suprarenal.

### Introducción

La presentación de esta observación clínica está justificada por el antecedente de una insuficiencia suprarrenal crónica y la aparición posterior de una sintomatología, una radiología y una histología que en principio nos parece difícil de clasificar, por el hecho de que el primer informe anatomopatológico de la pieza extirpada no satisface nuestra aspiración conceptual y el segundo, se acerca preferentemente; resaltando el interés de conjunto clínico.

### Caso clínico

J. I. H. H., varón de 20 años, acude a nuestra consulta el 19-8-80, por presentar un dolor continuo localizado en cara supero-externa del muslo derecho desde hace dos meses, sin irradiación, que aumenta con la deambulación, discreta clau-

dicación al correr, ante el reposo no cede y en ocasiones, aumenta por las noches, aunque en general, es soportable.

Entre los antecedentes personales, destaca el diagnóstico de melasma suprarrenal de Addison hace ocho años, continuamente controlado con 1 comprimido diario de 20 mg de hidrocortisona y 1 comprimido diario de 1 g de vitamina C. En enero de 1978, fue tratado por nosotros al haber sufrido fracturas de metacarpianos III y IV.

En la exploración física, a la inspección observamos el color de la piel, cuya pigmentación es bronceada. La deambulación la realiza con discreta claudicación. A la palpación, nada de interés. La movilidad pasiva y activa de la cadera derecha es completa en todos los recorridos articulares, apareciendo un discreto dolor en los últimos grados.

En el examen radiográfico de la articulación coxo-femoral, observamos un osteocistoma que ocupa la región epifiso-metafisaria superior del fémur con forma oval, trabeculada y sin ruptura de la cortical (fig. 1-A). Decidimos hacer unos cortes tomográficos en los que se ve esa imagen lítica con alguna lobulación, de bordes bien definidos, sin

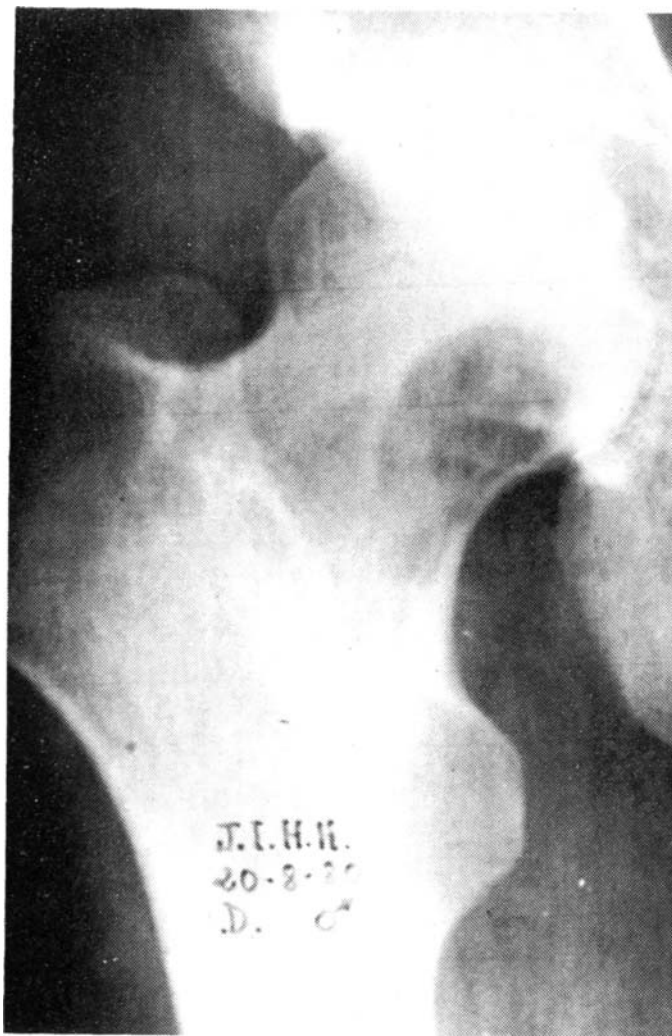


FIG. 1-A.- Imagen lítica ovalada y lobulada de bordes definidos, sin ruptura de la cortical.

reborde esclerótico, sin reacción perióstica y sin distensión de la cabeza femoral (fig. 1-B).

Los exámenes analíticos de sangre y orina, están total y absolutamente dentro de los límites de la normalidad.

Ante estas circunstancias concurrentes que consideramos de benignidad, le proponemos intervención quirúrgica que es aceptada y realizada el 9-10-80, bajo anestesia general, intubación endotraqueal y posición en decúbito supino y mesa normal. El abordaje lo realizamos mediante incisión anterior de Smith-Petersen tipo I y la artrotomía con incisión capsular en forma de ballesta. Con el miembro inferior en rotación externa trepanamos la cortical con broca a motor, ayudados posteriormente por osteotomo y martillo, apreciando dureza normal; seguidamente, realizamos curetaje de la cavidad, extrayendo un material osteofungoso de tipo hemorrágico.

A continuación, obtenemos injerto corticoesponjoso de cresta ilíaca ipsolateral, que troceamos con cizalla y colocamos con impactación en la geoda. Suturamos por planos sin colocar aspiración. La duración de la intervención desde el

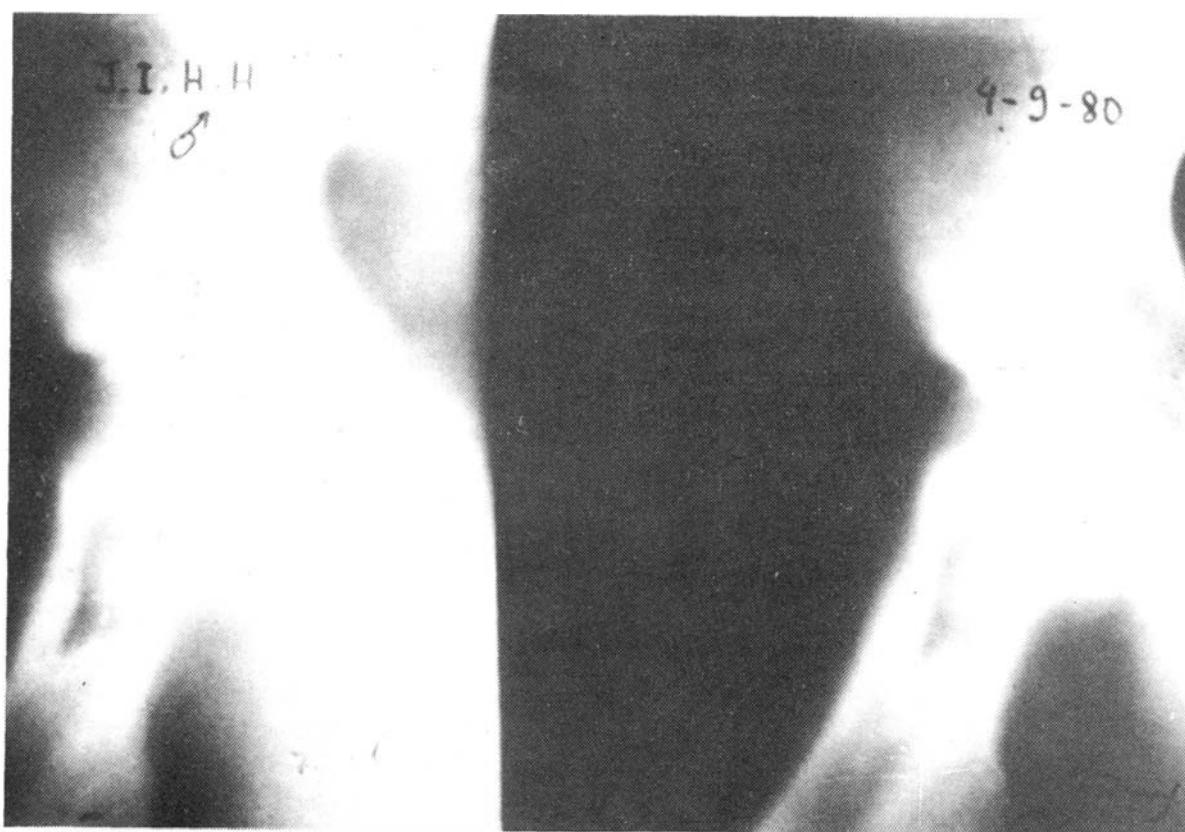


FIG. 1-B.- Cortes tomográficos a 7 y 7'5 cm, sin reacción perióstica, sin reborde esclerótico y sin distensión de la cabeza.

FIG. 2.—Pieza quirúrgica de consistencia osteo-fungosa.

comienzo de la incisión cutánea hasta dar el último punto de seda es de 75 min.

Informe anatomopatológico: Descripción macroscópica; varias piezas blancogrisáceas entre 0'5 y 1 cm de consistencia ósea (fig. 2). Descripción microscópica: estructuras óseas con necrosis trabeculadas y gran ensanchamiento de los espacios medulares que están ocupados por elementos histiocitarios, polinucleares, linfocitos y células plasmáticas. Hay áreas mínimas de necrosis en los espacios medulares (fig. 3-A, B y C). Diagnóstico: Proceso inflamatorio crónico inespecífico.

A la vista de este diagnóstico, decidimos nuevo estudio de la pieza, remitiendo el siguiente informe: El estudio histológico pone de manifiesto la existencia de un abundante material hemático y un llamativo infiltrado inflamatorio constituido por eosinófilos e histiocitos que confieren un aspecto intensamente acidófilo a la preparación. Asimismo, se observan algunas espículas óseas y formaciones vasculares de aspecto congestivo (fig. 3-A, B, C). Diagnóstico: Imágenes histológicas compatibles con *histiocitosis X* tipo *granuloma eosinófilo* o *reticulogranulomatosis*.

Resultado: Durante los ocho primeros días del postoperatorio está en reposo absoluto, al cabo de

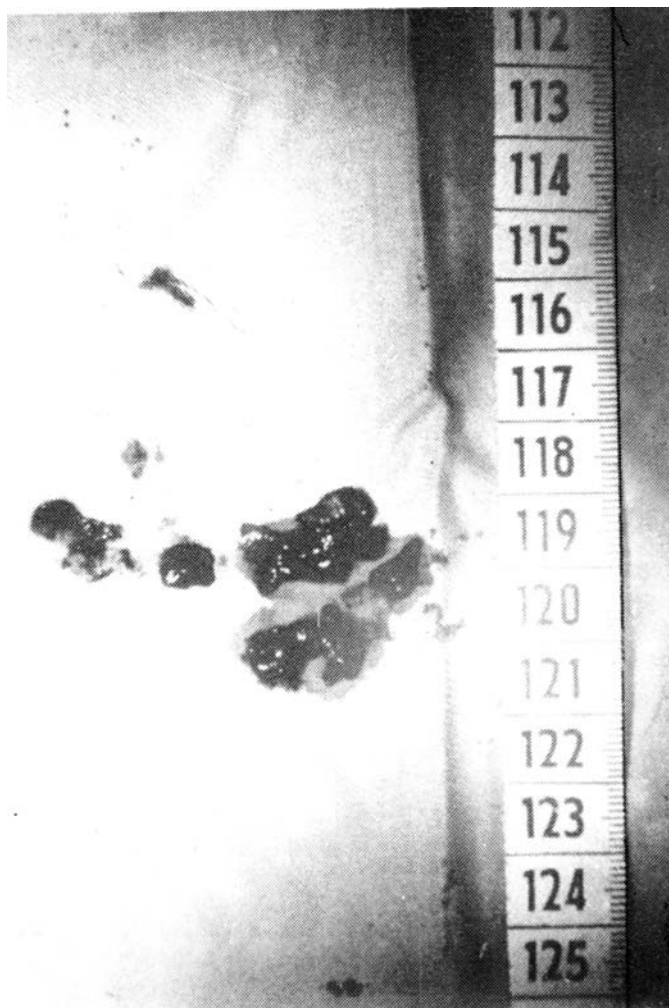
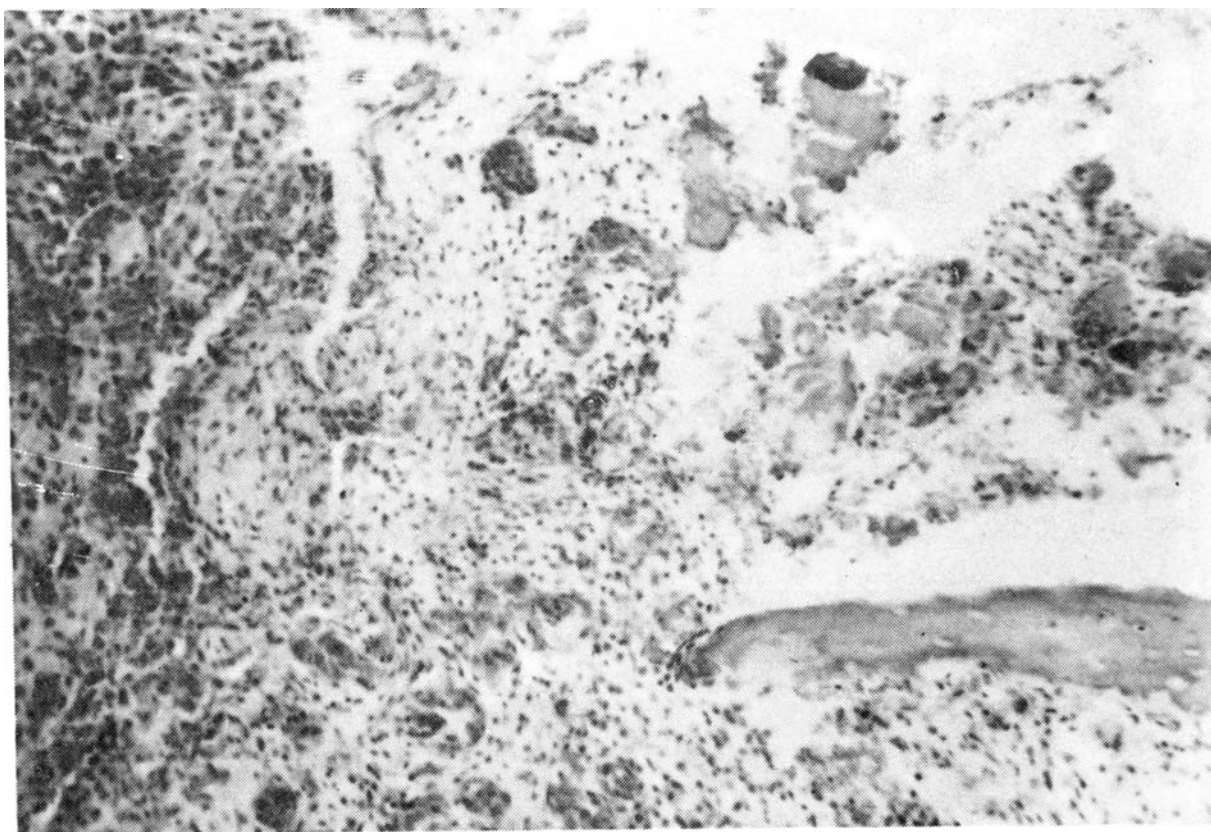


FIG. 3 a



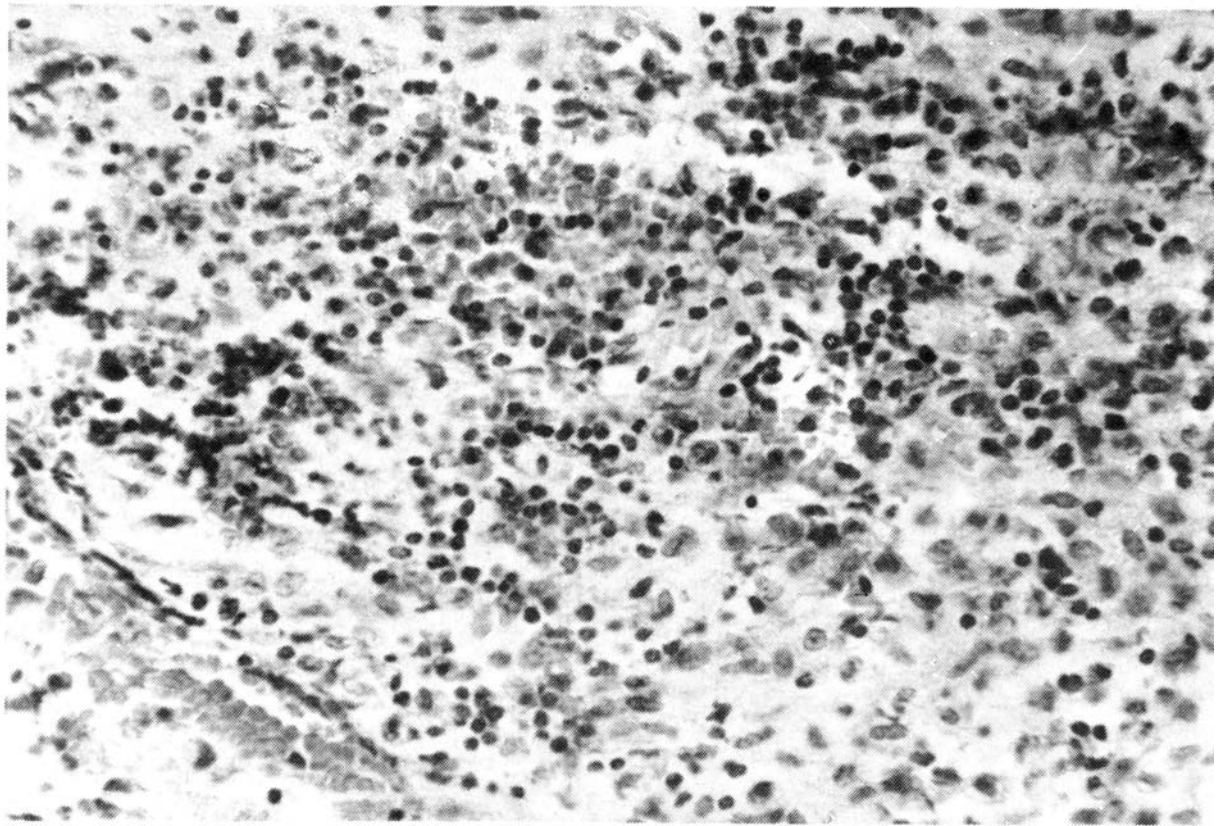


FIG. 3 b

FIG. 3 c

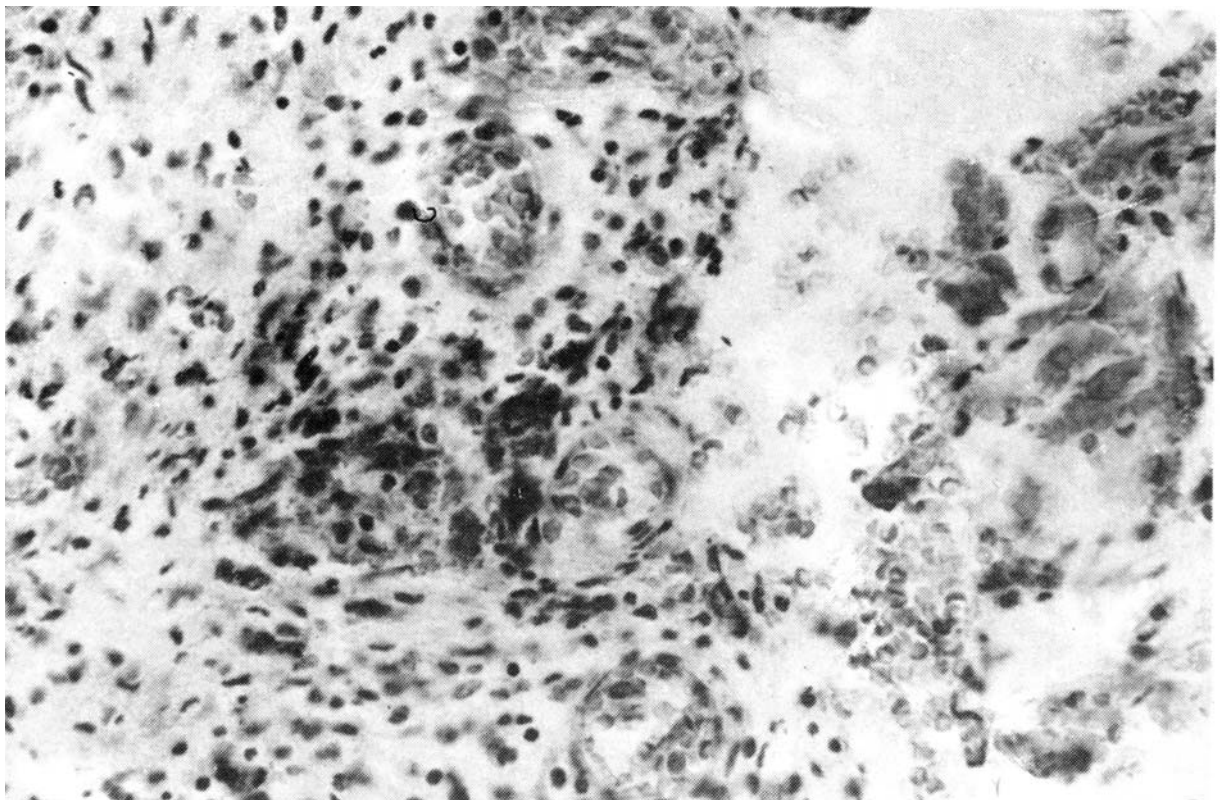


FIG. 3-A, B, C.- Histiocitos, polinucleares, linfocitos, eosinófilos, formaciones vasculares y espículas óseas.

los cuales, retiramos los puntos de sutura cutánea, apreciando un discreto seroma superficial que se reabsorbe espontáneamente en tres días y le permitimos sentarse.

A los trece días le damos el alta hospitalaria y le indicamos que deambule con dos bastones ingleses durante tres semanas, al cabo de las cuales, le recomendamos la utilización de un bastón, cuatro semanas más. A los dos meses, no utiliza bastón alguno y empieza a ir de caza, ya que es gran aficionado, llegando a caminar más de tres horas.

En la revisión radiográfica de los siete meses, vemos que la osteogénesis del injerto se ha cumplido y éste se ha incorporado (fig. 4).

### Diagnóstico diferencial radiológico

Pensamos que, a la vista de la placa radiográfica hemos de diferenciar con respecto a: Condrioblastoma (1, 9); Condrosarcoma (9); Condrosarcoma de células claras (9, 12); Displasia fibrosa (9, 11); Infarto óseo (8); Lipoma óseo (4); Osteoblastoma benigno (4, 6); Osteomielitis (4); Quiste óseo solitario (2, 5, 7, 9, 10); Tumor de células gigantes u osteoclastoma (3, 9) y podemos añadir: Condroma óseo; Fibroma condromixoide; Fibroma no osificante y quiste aneurismático.

### Conclusiones

1. Por la localización de la lesión, la complicación más severa que pudo haber ocurrido antes del diagnóstico y que no fue así, sería la fractura patológica.

2. El esqueleto óseo en la insuficiencia suprarrenal de Addison es normal, aunque existe una tendencia a la hipercalcemia, igual que en las insuficiencias suprarrenales secundarias a corticoterapia prolongada. Sin embargo, en este caso la calcemia está normalizada. En último caso, la hipercalcemia podría aparecer durante las crisis, al igual que otros trastornos metabólicos.

3. La corticoterapia prolongada puede dar lugar a osteoporosis, fracturas espontáneas, osteonecrosis asépticas, etc., y sin em-

bargo, ninguna de estas complicaciones hemos encontrado, es más, el hueso en la trepanación tenía dureza normal.

4. El resultado es satisfactorio por parte nuestra y del paciente, a la vista de las revisiones postoperatorias con evolución de dos años.

5. El diagnóstico es eminentemente anatomopatológico, aunque en esta ocasión lo hemos hecho a través de dos informes, que en sí se complementan.

6. Hacemos una relación de posibles diagnósticos radiológicos, por su localización, sin pretender ir más allá de su enumeración, sin aportar conceptos, índices de frecuencia y valoración.

7. Significativamente, resaltamos que

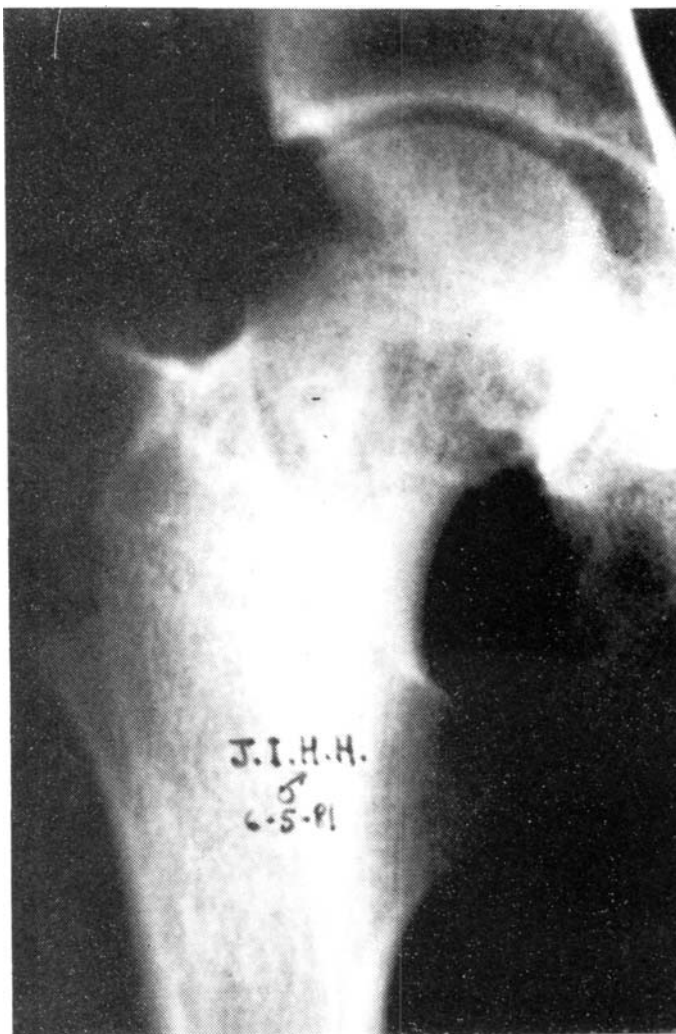


FIG. 4.— Consolidación absoluta del injerto, que se ha reincorporado al hueso de base y con osteogénesis cumplida.

sobre la base de una enfermedad de afectación generalizada (melasma suprarrenal) se asocia una de tipo localizado excepcional. En definitiva, creemos encontrarnos ante una rara asociación que difiere de la granulomatosis lipoidea de Hand-Schüller-Christian y de la granulomatosis xantomatosa de Letterer-Siwe y por supuesto, del granuloma eosinófilo óseo solitario.

### BIBLIOGRAFIA

1. BABIN, S.; LE GAL, Y.; GUERBAOUI, M. et SCHVINGT, E. (1978): Un cas de chondroblastome à localisation fémorale opéré et suivi pendant 27 ans. *Rev. Chir. Orthop.*, 64, 163-169.
2. BEDOUELLE, J. et CARRE, J. P.: Kystes essentiels des os. *Encycl. Méd. Chir.*, Paris, Appareil locomoteur, 14030 C-50, 11-1980.
3. BOX GÓMEZ, R.; GUISANDEZ MARTÍN, A.; MARFIL PÉREZ, J.; BONILLA MADIEDO, L.; CABAL SÁNCHEZ, J. y ESPEJO ALONSO, L. (1981): Tumor de células gigantes. Presentación y discusión de un caso. *Rev. Ortop. Traum.*, 25-IB, 447-452.
4. DAHLIN, D. C. (1980): *Tumores óseos*. 2.<sup>a</sup> Ed. Toray, S. A. Barcelona.
5. GROUPE ROBERT MEARY (1974): Tumeurs bénignes osseuses. *Dystrophies pseudotumorales*. Expansion Scientifique Française. Paris.
6. GUERIN, C.: Les tumeurs bénignes de l'os. *Encycl. Méd. Chir.*, Paris, Appareil locomoteur, 14030 A-20, 4-1968.
7. IMAZ, E.; SÁNCHEZ MARTÍN, M. y SÁNCHEZ VICENTE, J. (1975): Quiste óseo solitario de cuello femoral complicado con fractura. *Rev. Esp. Cir. Osteo.*, 10, 69-72.
8. JAFFE, H. J. (1978): Enfermedades metabólicas, degenerativas e inflamatorias de huesos y articulaciones. 1.<sup>a</sup> Ed. La Prensa Médica Mexicana. México.
9. SCHAJOWICZ, F. (1982): Tumores y lesiones seudotumorales de huesos y articulaciones. 1.<sup>a</sup> Ed. Panamericana. Buenos Aires.
10. SCHNEPP, J. et MARCHETTI, N. (1979): Les kystes essentiels osseux. Table Ronde. *Rev. Chir. Orthop.*, 65, 3-10.
11. TOMENO, B.; DANAN, J. P. et FOREST, M.: Fibrome ossifiant et dysplasie fibreuse. *Encycl. Méd. Chir.*, Paris, Appareil locomoteur, 14030 C-40, 11-1980.
12. TOMENO, B.; FEUILHADE DE CHAUVIN, P. et HOUKE, M.: Chondrosarcome. *Encycl. Méd. Chir.*, Paris, Appareil locomoteur, 14030 D-20, 11-1980.