

CONTENIDO	POSTERS
▶ Abstract	
▶ PDF	
▶ Comentarios	
▶ Título	EXÓSTOSIS BURSATA.
▶ Resumen	<i>Alberto Giménez Bascuñana.</i>
▶ Introducción	<i>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Morales Meseguer. Murcia, España.</i>
▶ Material	
▶ Resultados	IV-CVHAP 2001 PÓSTER-E - 005
▶ Conclusiones	
▶ Referencias	Fecha recepción: 29/11/2000 Fecha evaluación: 06/12/2000
▶ Imágenes	Fecha publicación: 28/01/2001
	RESUMEN
	<p>La formación de una bolsa sinovial <i>de novo</i> es una complicación relativamente rara de los osteocondromas. Sin embargo, la posibilidad de desarrollo de esta <i>exóstosis bursata</i> debe ser tenida en cuenta, ya que puede simular clínica y radiológicamente una transformación maligna, especialmente si se produce, lo que no es infrecuente, una <i>metaplasia cartilaginosa nodular (condromatosis sinovial)</i> en el espesor de la pared de la bolsa sinovial neoformada.</p> <p style="text-align: center;">Palabras clave: osteocondroma complicaciones sinovial exostosis bursata</p>



Fig. 1.



Fig. 2.

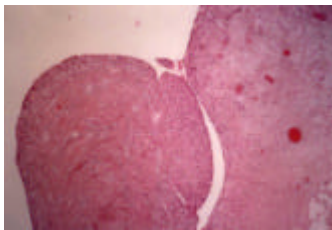


Fig. 3.

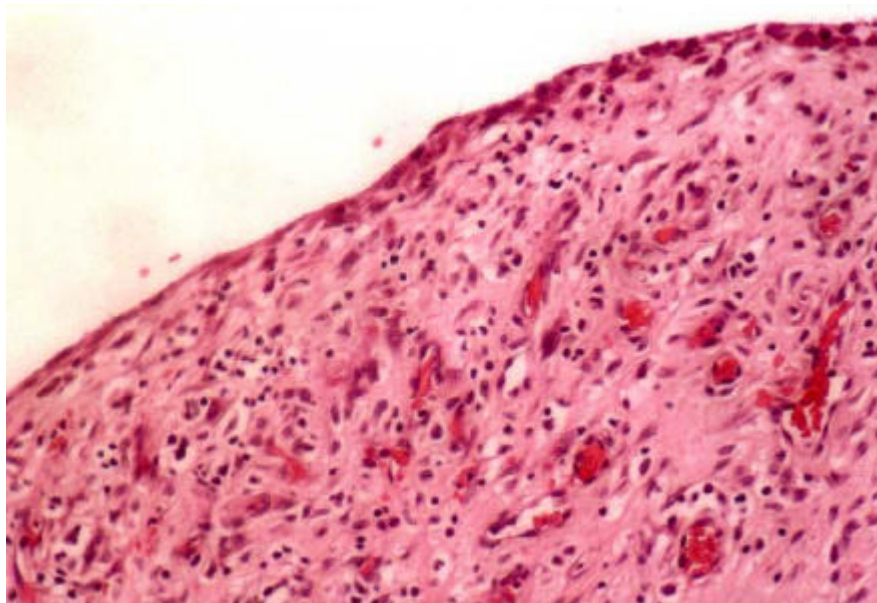


Figura 4

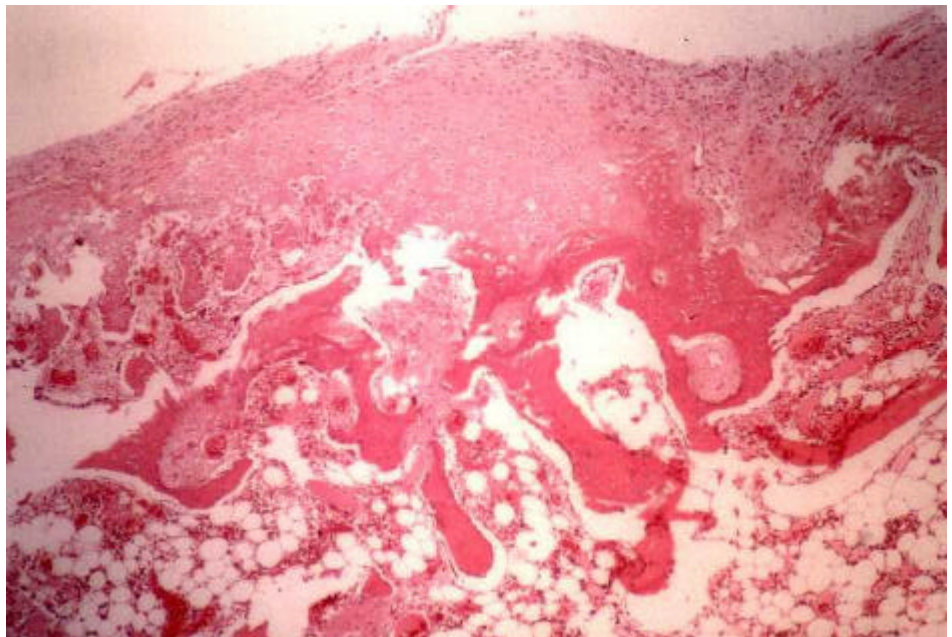


Figura 5

INTRODUCCIÓN

El osteocondroma es el tumor óseo benigno más frecuente. Usualmente asintomático, cuando se manifiesta clínicamente suele hacerlo por provocar deformidad, sufrir fractura o interferir con la función de estructuras adyacentes, como tendones, nervios o vasos sanguíneos. Sin embargo, ocasionalmente el modo de presentación puede ser atípico y despertar, incluso, la sospecha de un proceso maligno.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un varón de 18 años que consultó por haberse notado una tumoración, mal definida, en la parte superior de la espalda, a raíz de un traumatismo a ese nivel, ocurrido 4 meses antes. Era moderadamente dolorosa, especialmente con el movimiento del brazo. Una resonancia magnética puso de manifiesto una lesión quística subescapular, homogénea, de aproximadamente 11cm de diámetro (**Figura 1**). Una punción-aspiración de la misma proporcionó algunos centímetros cúbicos de líquido serohemático.

RESULTADOS

Durante la intervención quirúrgica se extirpó en efecto un quiste de color parduzco, de superficie lisa. La pared del quiste, de un espesor medio de 0.8cm bastante uniforme, se encontraba íntimamente adherida a la cara costal de la escápula, en la que se descubrió una tumoración ósea de morfología polipoide, de unos 3.5 cm. de diámetro (**Figura 2**), que se proyectaba en el interior de la cavidad quística, quedando completamente rodeada por esta. Se realizó igualmente una exéresis de esta tumoración, por su base de implantación escapular.

El examen histológico de la formación quística mostró una pared de tejido fibrocolágeno denso, bien vascularizada, con un infiltrado inflamatorio parcheado y recubierta internamente por una capa de *células sinoviales* (**Figura 3** y **Figura 4**).

De otro lado, la tumoración ósea se encontraba recubierta en su práctica totalidad por una banda o “capuchón” de tejido cartilaginoso. Microscópicamente, las células a este nivel eran similares a las de un cartílago hialino normal. El grueso de la lesión, por otra parte, estaba constituido por hueso trabecular maduro localizado por debajo del “capuchón” de cartílago y contenía médula ósea normal (**Figura 5**).

El diagnóstico anatomopatológico fue de **ostecondroma escapular con formación de una bolsa sinovial, *de novo* (exóstosis bursata)**.

CONCLUSIONES

El ostecondroma es el tumor óseo benigno más frecuente (1). Sus localizaciones más habituales son las metáfisis inferior del fémur, superior de la tibia, superior del húmero y la pelvis. La media de edad del paciente al diagnóstico ronda los 10 años; en la inmensa mayoría de casos, el tumor se descubre antes de alcanzar los 20 años. La apariencia radiográfica de este tumor, cuando está localizado en los huesos largos, es bastante característica; uno de los hallazgos más típicos es el hecho de que la lesión tiende a crecer en dirección opuesta a la articulación adyacente.

El diámetro medio habitual es de 3-4 cm, aunque pueden alcanzar tamaños de 10 cm o más. Los tumores más pequeños suelen adoptar una morfología sesil, tornándose más pediculados a medida que incrementan su tamaño. La histología descrita en este caso puede considerarse característica: un capuchón de cartílago recubierto por una fina membrana fibrosa, que se continúa con el periostio del hueso adyacente, con

hueso trabecular maduro conteniendo médula ósea normal localizado por debajo.

Una muy pequeña proporción de tumores solitarios evoluciona a condrosarcoma, aunque la incidencia de transformación maligna alcanza el 10% en casos con lesiones múltiples, por otra parte indistinguibles microscópicamente de las solitarias (osteochondromatosis, exóstosis cartilaginosa múltiple, condrodisplasia deformante hereditaria de Ehrenfried) (2).

Usualmente asintomático, el osteochondroma solitario puede, sin embargo, provocar deformidad o interferir con la función de estructuras adyacentes, como tendones, nervios o vasos sanguíneos. La formación de una bolsa sinovial *de novo* es una complicación relativamente rara, aunque en algunas series recientes, que incluyen exclusivamente *osteochondromas sintomáticos*, su incidencia es de alrededor del 25% de casos (3).

La posibilidad de esta *exóstosis bursata* debe ser tenida en cuenta, ya que puede simular clínica y radiológicamente una transformación maligna, especialmente si se produce, lo que no es raro, una *metaplasia cartilaginosa nodular (condromatosis sinovial)* en el espesor de la pared de la bolsa sinovial neoformada (4).

NOTAS AL PIE DE PÁGINA

Correspondencia: Alberto Giménez Bascuñana. Servicio de Anatomía Patológica Hospital Morales Meseguer. Murcia, España. <mailto:watson1@teleline.es>

REFERENCIAS

1. Brien EW, Mirra JM, Kerr R. Benign and malignant cartilage tumors of bone and joint: their anatomic and theoretical basis with an emphasis on radiology, pathology and clinical biology. *Skeletal Radiol*, 1997; 26: 325-53.
2. Willms R, Hartwig CH, Bohm P, Sell S. Malignant transformation of a multiple cartilaginous exostosis: a case report. *Int Orthop*, 1997; 21: 133-6.
3. Mehta M et al. MR imaging of symptomatic osteochondromas with pathological correlation. *Skeletal Radiol*, 1998; 27: 427-33.
4. Claikens B, Brugman E, Oosterlinck D. Synovial osteochondromatosis. *JBR-BTR*, 2000; 83: 10.