

CONTENIDO

SEMINARIOS

- Caso anterior
- Caso siguiente
- Título preliminar
- Presentación
- Imágenes
- Resumen
- Introducción
- Resultados
- Discusión
- Diagnóstico
- Referencias
- PDF

MUJER DE 40 AÑOS CON DOLOR Y MASA EN LA CARA INTERNA DEL TERCIO DISTAL DEL FÉMUR DERECHO.

*Pérez Alonso, P.; Salinas, S. *; López Barea, F.**

*Hospital Medina del Campo, Valladolid; y Hospital Universitario La Paz * Madrid, España.*

IV-CVHAP 2001 SEMINARIO-CASOS - 025

Fecha recepción: 05/02/2001

Fecha publicación: 30/06/2001

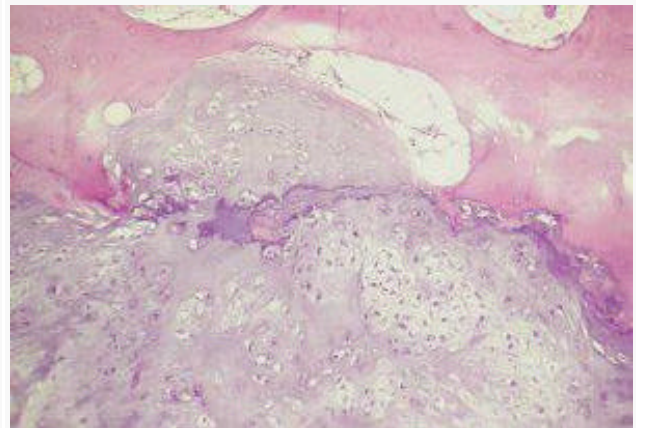
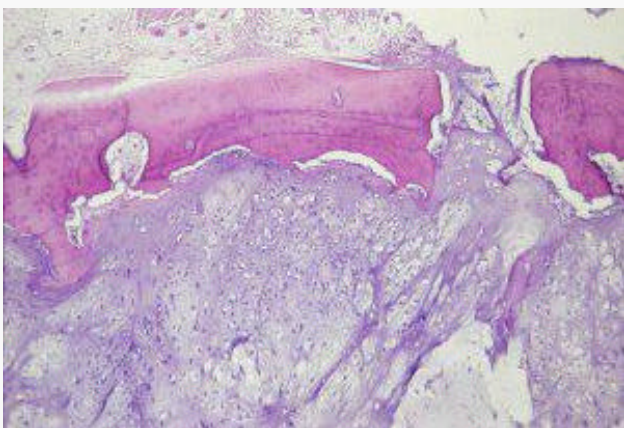
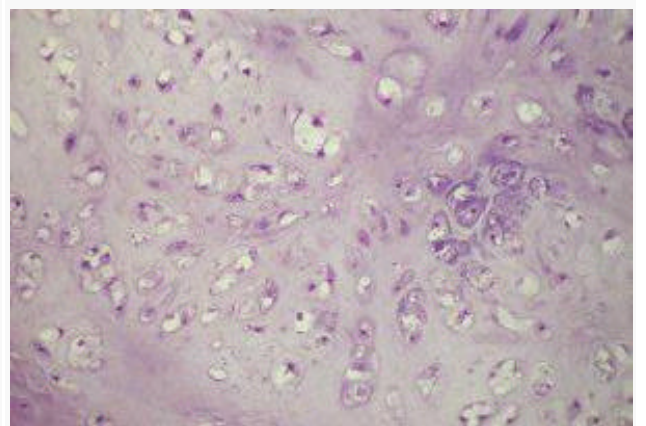
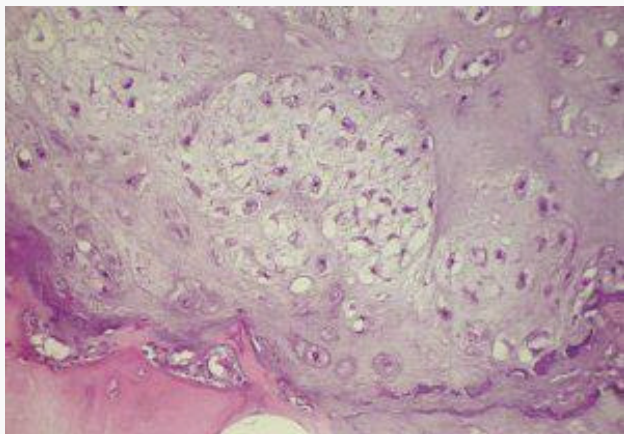
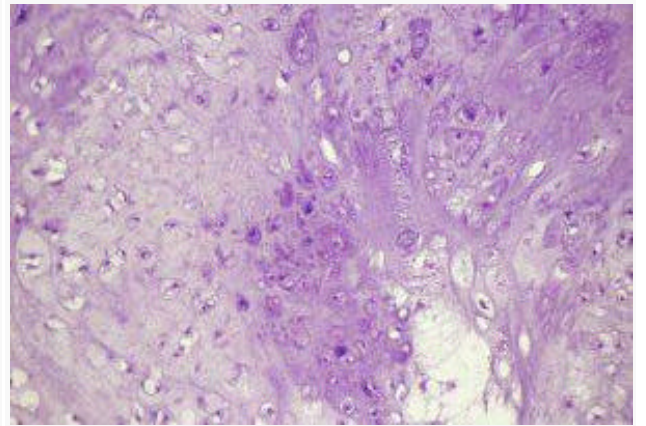
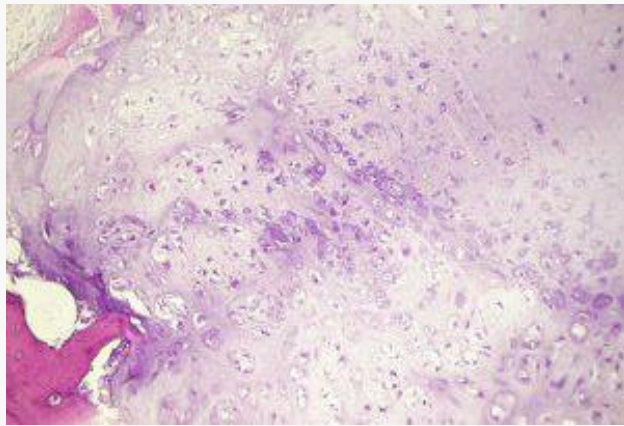
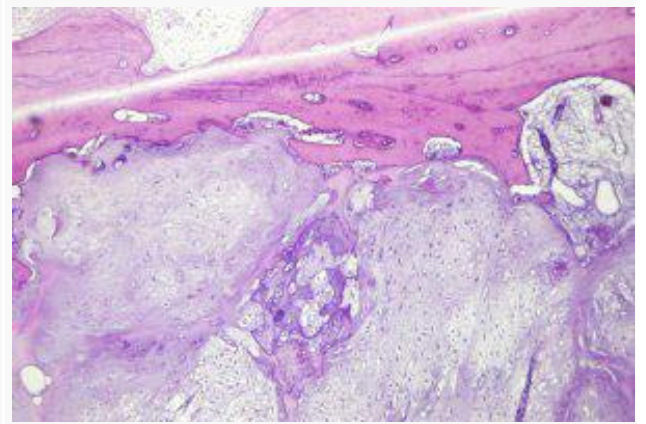
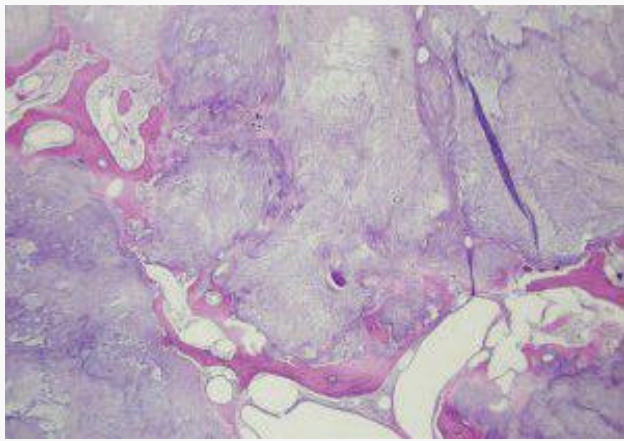
Evaluación: Ver "Taller de Seminario de Casos"

PRESENTACIÓN DEL CASO: HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 40 años que consulta por dolor y masa en cara interna del tercio distal del fémur derecho. Se realiza estudio radiográfico (Figura 1) (Figura 2) y se informa de lesión benigna compatible con osteocondroma o fibroma no osificante. Se lleva a cabo exéresis y legrado de la lesión con regularización de los bordes óseos. La paciente se encuentra libre de enfermedad cinco meses después de la intervención.

IMÁGENES





CONTENIDO

SEMINARIOS

- ▣ Caso anterior
- ▣ Caso siguiente
- ▣ Título
- ▣ Presentación
- ▣ Imágenes
- ▣ Resumen
- ▣ Resultados
- ▣ Discusión
- ▣ Diagnóstico Final
- ▣ Referencias
- ▣ PDF

CONDROMA PERIOSTAL.

Pérez Alonso, P.; Salinas, S. ; López Barea, F.**

Hospital Medina del Campo, Valladolid; y Hospital Universitario La Paz Madrid, España.*

IV-CVHAP 2001 SEMINARIO-CASOS - 025

Fecha recepción: 05/02/2001

Fecha publicación: 30/06/2001

Evaluación: Ver "Taller de Seminario de Casos"

RESUMEN

ANTECEDENTES: Los condromas periostales son menos frecuentes que sus homólogos intraóseos los “encondromas”. La mayoría ocurren en la 2º-3º década de la vida, con una proporción 2:1 hombres sobre mujeres. Suelen afectar al esqueleto apendicular (fémur, húmero, falanges), con dolor e hinchazón como síntomas más comunes. En el estudio radiológico suelen ser tumores pequeños, con márgenes bien definidos Microscópicamente suele ser un tumor lobulado, de cartílago hialino, recubierto de periostio, sin invasión del espacio intertrabecular, pero un número elevado de casos pueden ser hipercelulares, con binucleación, matriz mixoide, atipia nuclear y otros signos citológicos que, fuera de contexto, podría llevar al diagnóstico de condrosarcoma grado I incluso II.

CASO: Mujer de 40 años que consulta por dolor y masa en cara interna del tercio distal del fémur derecho. Se realiza estudio radiográfico y se informa de lesión benigna compatible con osteocondroma o fibroma no osificante. Se lleva a cabo exéresis y legrado de la lesión con regularización de los bordes óseos. Se remiten al servicio múltiples fragmentos, de consistencia elástica, blanquecinos-grisáceos,

con tejido óseo que requirió descalcificación, que agrupados miden 4x3x1 cm. Histológicamente el tumor era lobulado, hialino, pero había áreas hipercelulares, binucleación y parecía romper la cortical. La paciente se encuentra libre de enfermedad cinco meses después de la intervención.

CONCLUSIÓN: El diagnóstico diferencial fundamental es el condrosarcoma periosteal, que puede llegar a ser difícil de excluir. Otros diagnósticos son el osteocondroma, condrosarcoma sobre osteocondroma, osteosarcoma periosteal, defecto fibroso cortical o quiste óseo aneurismático. En todos los casos es fundamental la buena comunicación entre el clínico, el radiólogo y el patólogo, ya que los hallazgos histológicos por sí solos podrían no ser suficientes. El tratamiento más recomendado es la excisión marginal para evitar las escasas pero posibles recidivas.

Palabras clave: condroma periosteal | condrosarcoma | radiología | tumores óseos benignos

RESULTADOS

Se remiten al servicio múltiples fragmentos, de consistencia firme, blanquecinos-grisáceos, con tejido óseo que requirió descalcificación, que agrupados miden 4x3x1 cm.

Histológicamente el tumor consistía en múltiples lóbulos de cartílago hialino (Figura 3) (Figura 4), con condrocitos de núcleo picnótico, sin atipias. No obstante existían áreas hipercelulares (Figura 5) (Figura 6), con binucleación, núcleos grandes y cromatina vesiculosa (Figura 7) (Figura 8). Asimismo en algunas zonas los lóbulos de cartílago parecían erosionar y romper el hueso que lo rodeaba (Figura 9) (Figura 10).

DIAGNÓSTICO FINAL

La mayoría de los autores recalcan la importancia de diagnosticar correctamente esta entidad para evitar errores en el tratamiento por su aspecto histológico (e incluso radiográfico) maligno. Una correcta comunicación entre cirujano, radiólogo y patólogo es necesario para su correcto enfoque, ya que los hallazgos histológicos no son, por sí solos, suficientes para un diagnóstico correcto.

A la dificultad diagnóstica reconocida por todos los autores se añade en nuestro caso que el tumor se remitió fragmentado. La atipia observada es similar a la descrita en los casos publicados como condroma periosteal, no llegando en ningún caso a la correspondiente a un condrosarcoma de

alto grado. La permeación observada corresponde a la fina capa de hueso superficial que rodea a los CP, sin observar infiltración del espacio trabecular en ningún foco (1,5). La radiología es compatible con una lesión benigna, por su tamaño, buena delimitación y ausencia de infiltración, erosión de la cortical o masa en las partes blandas.

DISCUSIÓN

El condroma periostal (CP) (sinónimos: condroma yuxtacortical, excéntrico) es un tumor condroide benigno, relativamente raro [menos de 200 casos publicados; menos del 0.65% de todos los tumores óseos primarios en la clínica Mayo (1)], de crecimiento lento que a diferencia del “encondroma” es excéntrico y crece en la cortical por debajo o dentro del periostio. Se suele aceptar que la primera descripción como entidad la realizaron Lichtenstein y Hall en 1952 (2), aunque ya en 1925, Keiller describe un “condroma epifisario subperióstico”, Roberts en 1937 otro caso similar que llamó “condroma excéntrico” y Mason en el mismo año otro caso que denominó “condroma periostal”. En 1955 Lichtenstein describe la contrapartida maligna (condrosarcoma periostal) y Jaffe en 1956 le llama condroma (y condrosarcoma) yuxtacortical para poder incluir aquellos tumores que se desarrollan en zonas no cubiertas por periostio, como el cuello femoral (1,3).

La lesión suele afectar a hombres más que mujeres, en la 2^a-3^a década, con localización preferente en la metáfisis o cerca de la diáfisis de huesos tubulares largos, sobre todo húmero proximal, fémur y falanges de la mano. La clínica suele ser inicialmente hinchazón y más tarde dolor (1-8).

Radiográficamente, el tumor es pequeño, entre 2 y 3 cm, generalmente bien delimitado, aunque hasta un 35% pueden tener mala delimitación (1). Afecta a la superficie del hueso, con erosión de la cortical que adopta una forma cóncava, semilunar. La base de la lesión muestra una banda de esclerosis reactiva. Existe reacción periostal con sobreelevación de hueso alrededor del tumor, incluso rodeándolo por completo. El tumor puede tener focos de calcificación en forma de puntos o anillos (3-8). También puede existir osificación de la matriz.

Microscópicamente suele ser un tumor lobulado, de cartílago hialino, recubierto de periostio o tejido óseo reactivo (1-8). Un gran porcentaje de casos tienen matriz de aspecto mixoide, hiper celularidad con binucleación, hiper cromatismo y pleomorfismo nuclear; estos hallazgos, que se consideran signos de malignidad en el caso de un tumor intraóseo, tomados fuera de contexto en el caso del CP, podrían llevar al diagnóstico de condrosarcoma grado I incluso II. Sin embargo no se

describen figuras de mitosis (6). El tumor siempre tiene una cápsula fibrosa y no hay extensión a partes blandas ni invasión del espacio intertrabecular (1,5), aunque puede erosionar la cortical subyacente (6).

En el diagnóstico diferencial, tanto radiológico como histológico, hay que tener en cuenta un amplio espectro de lesiones corticales periféricas, tanto benignas como malignas. Los más trascendentales, por el tratamiento y pronóstico completamente diferentes, serían el condrosarcoma periosteal y el osteosarcoma periosteal (5). El primero suele afectar a pacientes más mayores, y el tamaño suele ser mayor que el CP (1,4,5) (generalmente mayor de 5 cm), con presencia de masa evidente en las partes blandas vecinas y permeación del hueso subyacente en el estudio radiológico. Histológicamente la marcada atipia citológica, pleomorfismo nuclear, binucleación y matriz mixoide suele orientar hacia la malignidad. No obstante la distinción entre CP y condrosarcoma de bajo grado puede ser difícil; la diferenciación entre las dos entidades se basa fundamentalmente en la evidencia de invasión del espacio trabecular (1,5).

El osteosarcoma periosteal, en el que también existe tejido condroide, suele ser un tumor de alto grado, con células fusiformes, típicamente en la periferia de los lóbulos cartilagosos y con producción de osteoide (1,5,6).

Otras lesiones periféricas cartilaginosas son el encondroma protuberans y el condroma de partes blandas (1, 4). Éste último puede tener atipia citológica. Cuando invade el hueso secundariamente puede resultar difícil diferenciarlo del CP. No obstante la diferencia entre ambas entidades tiene escaso significado clínico.

Otras entidades benignas que pueden tener una imagen radiológica similar al CP son el defecto fibroso cortical, el quiste óseo aneurismático, el ganglión subperióstico, el condroma sinovial, el hemangioma subperióstico, la sinovitis villonodular pigmentada (3) o el osteocondroma (7), como en nuestro caso (la clave diagnóstica radica en la delimitación del CP del espacio medular por tejido óseo a diferencia del osteocondroma en el que la cortical y la medular del hueso donde asienta se prolongan con la lesión),

El tratamiento adecuado sería una extirpación marginal; las recurrencias son raras [3,6 %] (3) generalmente por una resección inadecuada (8).

NOTAS AL PIE DE PÁGINA

Correspondencia: P. Pérez Alonso. Hospital Medina del Campo (Valladolid) y Hospital Universitario La Paz* Madrid, España. <mailto:perezalo@yahoo.com>

REFERENCIAS

1. Nojima T, Unni KK, McLeod RA, Pritchard DJ. Periosteal chondroma and periosteal chondrosarcoma. *Am J Surg Pathol* 1985; 9:666-677.
2. Lichtenstein L, Hall JE. Periosteal chondroma. A distinctive benign cartilage tumor. *J Bone Joint Surg [Am]* 1952; 34:691-697.
3. Lewis MM, Kenan S, Yabut SM, Norman A, Steiner G. Periosteal chondroma. A report of ten cases and review of the literature. *Clin Orthop* 1987; 256:185-192.
4. Ishida T, Iijima T, Goto T, Kawano H, Machinami R. Concurrent enchondroma and periosteal chondroma of the humerus mimicking chondrosarcoma. *Skeletal Radiol* 1998; 27:337-340.
5. Putti TC, Kahn LB, Aprin H. Periosteal chondrosarcoma. A case report and review of the literature. *Arch Pathol Lab Med* 1997; 121:70-74.
6. Boriani S, Bacchini P, Bertoni F, Campanacci M. Periosteal chondroma. A review of twenty cases. *J Bone Joint Surg [Am]* 1983; 65A:205-212.
7. Greenspan A, Unni KK, Matthews II J. Periosteal chondroma masquerading as osteochondroma. *Can Assoc Radiol* 1993; 44:205-208.
8. Mora R, Guerrreschi F, Fedeli A, Alfarano M, Angi V. Two cases of periosteal chondroma. *Acta Orthop Scand* 1988; 59:723-727.