

HOSPITAL GENERAL NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA. BARCELONA

Jefe de servicio: ANTONIO ALIER OCHOA

Condroblastoma A propósito de un caso

SANTIAGO DE ZABALA, JAVIER TORRES y SANTIAGO BOSI

RESUMEN

El condroblastoma del hueso se concibe como una neoplasia benigna.

El tumor se origina en el interior de la extremidad epifisaria de un hueso largo de una extremidad. Las localizaciones predilectas son el fémur, tibia y húmero.

Se desarrolla sobre todo en pacientes jóvenes, entre los 15 y 25 años, predominantemente en varones.

La clave para su diagnóstico anatómico-patológico, es la presencia de zonas focales de calcificación.

El curetaje y el posterior relleno con esponjosa es el tratamiento que conduce a la curación.

Conviene destacar que algunos casos recidivan, como el caso que nos ocupa.

Descriptores: Condroblastoma óseo.

SUMMARY

The chondroblastoma of the bone is conceived as a benign neoplasia.

The tumour is originated in the interior of the epiphysarial extremity long bone. The favourite localizations are the femur, the tibia and the humerus.

It specially expands in young patients, between 15 and 25 years old, predominantly among males.

The clue for its diagnosis pathologist is the presence of focal zones of calcifications.

The curettage and posterior re-filling with spongy is the treatment that might lead to a complete healing.

It is important to point out that some cases may relapse, as the one that we are now attending.

Key words: Chondroblastoma of the bone.

Historia clínica

Se trata de un varón joven, de 15 años de edad, que es visitado por primera vez en consultas externas, en mayo del 78.

Desde hace un mes presenta un dolor, sordo, continuo a nivel de la rodilla izquierda, referido a cara antero-externa de tibia que cede al principio con analgésicos-antiinflamatorios usuales pero que en los últimos días no cede, provocando cojera.

Anteriormente revela, dolor, tumefacción y fallos de la rodilla izquierda de dos años de evolución, de carácter esporádico y espontáneo, así

como molestias a la deambulación de carácter progresivo.

Ha sido tratado en otro centro, etiquetándose de Osgood-Schlatter, mediante infiltraciones de corticoides en la tuberosidad anterior de la tibia, sin notar ninguna mejoría.

Exploración clínica normal exceptuando la rodilla izquierda en la que se palpa una tumoración blanda poco fluctuante en polo inferior de rótula, a nivel de la tuberosidad anterior de la tibia, dolorosa a la presión.

Analítica, normal.

Radiológicamente, se observa una imagen oval



FIG. 1.- Imagen oval osteolítica situada en la epífisis, con un borde bien definido, que respeta la cortical y la metáfisis.

osteolítica, situada en la epífisis, con un borde bien definido, que respeta la cortical y la metáfisis (fig. 1). Planigrafías (fig. 2).

Discusión

Podría tratarse de un tumor de células gigantes, pero la edad del paciente hace des-

cartar en parte esta posibilidad ya que el tumor de células gigantes es muy raro por debajo de los 15 años.

También podría pensarse en un encondroma solitario del hueso pero en el caso que afecta huesos largos, acostumbra a localizarse en la diáfisis y raramente afecta a la epífisis. Podría tratarse de un fibroma con-

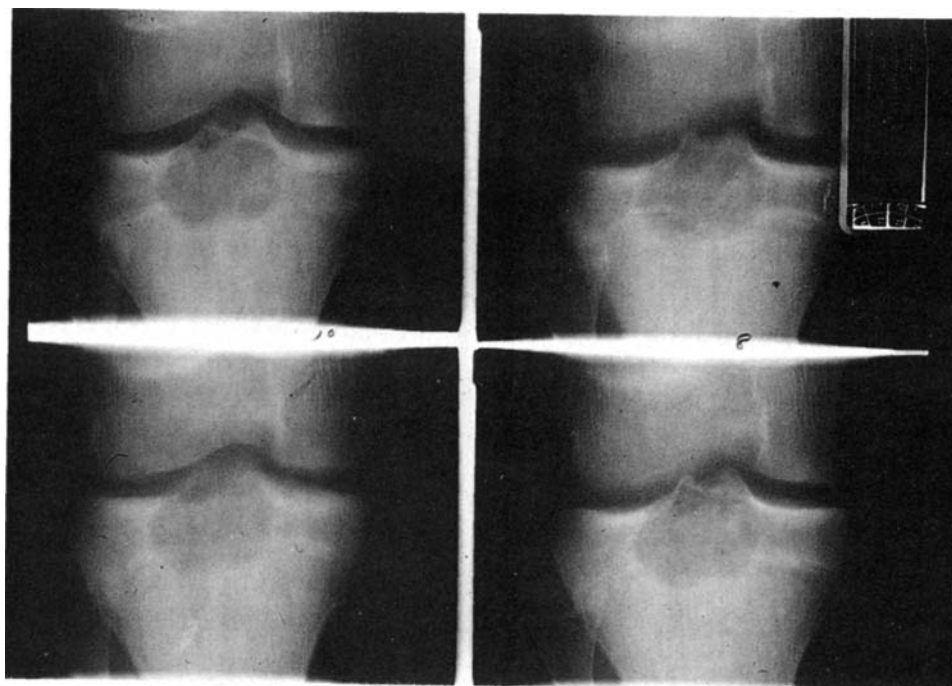


FIG. 2.- Planigrafías.

dromixoide, pero su localización es metafisaria y más excéntrica.

Para llegar a un diagnóstico definitivo practicamos una biopsia, entonces nos planteamos la posibilidad de realizar al mismo tiempo un curetaje y posterior relleno de esponjosa.

El mes de julio del 78 se interviene practicando curetaje y relleno de esponjosa. Los fragmentos del curetaje se remiten a Anatomía Patológica. A los pocos días el informe anatómo-patológico confirma que se trata de un condroblastoma.

Al mes y medio de la intervención se retira el yeso cruropédico y se practica radiología de control (fig. 3), a los pocos días recupera la movilidad de la rodilla y a los tres meses de la intervención inicia el apoyo.

Al año inicia nuevo episodio de gonalgia izquierda. La radiografía de control muestra una rarefacción a nivel de la epífisis proximal de la tibia (fig. 4).

El mes de septiembre del 79 se reinterviene practicando curetaje e injertos de esponjosa. La biopsia confirma el diagnóstico.



FIG. 3.— Control radiológico postoperatorio.



FIG. 4.— Radiografía al año de la intervención. Recidiva tumoral.

En el mes de mayo del 80 se da el alta definitiva; clínicamente no tiene dolor, la movilidad es normal. Radiológicamente la imagen es de curación (fig. 5).

Condroblastoma benigno del hueso

Historia

Fue descrito por primera vez en 1931 por CODMANN. Este autor encuentra varios ejemplos, todos ellos situados a nivel de la extremidad superior del húmero. Pero, no es hasta 1942 cuando sobre la base de una revisión de 9 casos de este tumor peculiar del hueso, JAFFE y LICHTENSTEIN, sugieren la denominación de condroblastoma benigno del hueso, como designación más apropiada, sosteniendo que la lesión no tenía relación alguna con el tumor de células gigantes, y que debía considerarse como un tumor distinto por derecho y clasificado más lógicamente entre los tumores benignos

del hueso, derivado del tejido conjuntivo formador de cartílago.

Frecuencia

El condroblastoma es un tumor raro, 1 por 100 de los tumores primitivos óseos.

Edad

La máxima incidencia se encuentra entre los 15 y 25 años.

Sexo

Preferencia por el sexo masculino. La diferencia con el sexo femenino es pequeña.

Localización

Se observa, con mayor frecuencia, a nivel de la epífisis de los huesos largos de las extremidades: fémur, tibia y húmero. Puede desarrollarse ocasionalmente en coxal, costillas, omoplato, etc. En estos casos se denominan condroblastomas atípicos.



FIG. 5.—Imagen radiológica de curación después de la reintervención.

Clinica

El comienzo de la afección es insidioso. Los síntomas son poco específicos, se presentan varios meses antes de haber solicitado la atención médica.

Todos ellos refieren un dolor sordo, de intensidad variable, de localización epifisaria o irradiado a la articulación vecina, en algunos casos se encuentra derrame articular. En la participación de una extremidad inferior se observó cojera, así como cierto grado de atrofia muscular.

Como en el caso de muchos tumores óseos, algunos de los pacientes relacionan sus síntomas con algún traumatismo anterior, pero muchos de ellos no relatan historia alguna de traumatismo importante, siendo puramente un hallazgo radiológico casual.

Radiología

La lesión tiende a ser de contorno redondeado u ovoide. Está limitada a una porción de la epífisis, raramente afecta a la metáfisis adyacente. Puede ocupar a veces una localización tan excéntrica que abombe en la cortical suprayacente, sin que, sin embargo, llegue a destruirla.

La imagen puede presentar un tamaño variable, desde 1 a 6 cm de diámetro.

Independientemente de su tamaño, su aspecto radiológico es el de un foco rarefacto y difusamente moteado que tiende a estar delimitado por un borde estrecho y bien definido de hueso esclerótico.

El moteado difuso refleja la calcificación diseminada en el interior del tejido afecto.

Histopatología

El cuadro citológico de la lesión varía frecuentemente de una pieza a otra, e incluso en diferentes campos del mismo fragmento lo que refleja el ciclo evolutivo de la lesión.

La fase más temprana está representada

Cuadro I

Condrolastoma	T. de células gigantes
Edad: 15-25 años	Raro por debajo de los 20 años
Radiología: imágenes redondas claras de osteolisis tamaño de 2 a 6 cm de diámetro depósitos de calcio esclerosis peritumoral delimitación clara acostumbran a ser excéntricos no reacción perióstica	Radiología: imágenes en «pompa de jabón» puede invadir toda la epífisis no no bordes no definidos centrales discretas reacciones periósticas

por campos celulares compuestos de células redondeadas y células gigantes, en particular estas últimas aparecen cuando se ha producido hemorragia. La clave más fácilmente discernible para el diagnóstico del tumor que nos ocupa, es la presencia de zonas locales de calcificación a través de todo el tejido tumoral celular. Cuando esta calcificación es sobre todo intensa, las células tumorales aumentan de tamaño y sufren una degeneración y necrosis.

Diagnóstico diferencial

Fundamentalmente se ha de realizar con el tumor de células gigantes. Cuadro I.

Tratamiento

El legrado de la lesión y el relleno de la cavidad con fragmentos de esponjosa es el método más adecuado.

Este es el método que se ha realizado en muchos casos incluso antes de que se haya establecido el diagnóstico sobre una base histológica.

Aunque la gran mayoría de los condroblastomas responden satisfactoriamente al legrado cuidadoso, que conduce a la curación, conviene destacar que algunos casos pueden manifestar una tendencia a la recidiva.

Existen formas que producen metástasis, que se comportan también de manera benigna y no es necesario actuar sobre ellas. Hay

un caso descrito que no fue tratado, malignizó y provocó metástasis en pulmón.

En cuanto a la irradiación como método curativo, nada más destacar que hay autores como CAMPBELL que habla de un caso que malignizó tras irradiación.

BIBLIOGRAFIA

- S. BABIN, Y. le GALL, M. GUERBAOUI et E. SCHVIMGT (1978): Un cas de chondroblastome á localisation femurale operé et suivie pendant 27 ans. *Revue de Chirurgie Orthopedique*, 64, 163 a 169.
- D. C. DAHLIN. *Tumores óseos*. 1980, capítulo 4, pág. 39 a 52.
- R. FONTAINE, J. M. MULLER et Y. le GALL (1960): Un cas de chondroblastome epiphysaire benin. *La presse medicale* 1960, n.º 5, pág. 154-156.
- EDEIKEN HODES (1978): *Diagnóstico radiológico de las enfermedades de los huesos*. Capítulo 15, pág. 873-875.
- L. LICHTENSTEIN. *Tumores óseos*. 1975, capítulo 6, pág. 48 a 58.
- R. MEARY, R. ABELANET, M. FOREST, Y. le CHARPENTIER, B. TOMENO, R. LANGUEPIN, Ch. MEZELOZ et G. LESEC (1975): Les chondroblastomes bénins del os. *Revue de Chirurgie Orthopedique*, 1975, 61, 717 a 734.
- JOSEPH, M. MIRRA, M. D. (1980): *Bone Tumors-Diagnosis and Treatment*. Capítulo 8, pág. 219 a 226.
- Encyclopedie medico-chirurgicale*. Apareill Locomoteur-Travail de l'Institute Gustave-Roussy. Director P. F. Renoix. Tumeurs primitives des os-Tumeurs cartilagineuses. 1430 C-10 pág. 13-14.
- TUREK (1977): *Orthopaedics-Principles and their application*. Capítulo 13, pág. 545 a 547.