

Condrosarcoma primario de pie

Aportación de dos casos* y revisión de la literatura

S. RIVAS RODERO, M. A. MARTORELL CEBOLLADA, J. J. TERRADEZ RARO,
E. MAYAYO ARTAL, J. GARCÍA CASTELLS Y M. J. MAYOL BELDA

RESUMEN

La localización del condrosarcoma en los huesos del pie es muy rara, tal vez no excedan de una docena los casos publicados. Los autores comunican dos de los casos, uno localizado en el primer metatarsiano y otro en el tarso en una enferma afecta de condromatosis múltiples.

Descriptores: Condrosarcoma. Condrosarcoma del pie.

SUMMARY

Foot involvement by chondrosarcoma is odd, there are no more than a dozen cases reported so far. The authors report two new cases, one developed on the first metatarsal bone without previous benign proliferative process; the other occurred as a complication of multiple chondromatosis and destroyed the tarsum completely.

Key words: Chondrosarcoma of the foot.

Resumen: La afectación de los huesos del pie por un condrosarcoma es excepcional, registrándose poco más de una docena de casos en la literatura. En este trabajo se comunican dos nuevos casos, uno localizado en primer metatarsiano, sin signo alguno de lesión previa, y el otro desarrollado en el tarso, en una enferma con encondromatosis múltiple.

DAHLIN y HENDERSON (1955) en una serie de 212 condrosarcomas sólo refieren dos casos localizados en pie. En 1964 PACHTER y ALPERT publican otros dos casos de esta localización y revisan la literatura encontrando hasta entonces 12 casos publicados. Con posterioridad únicamente hemos registrado una aportación, hecha por LEWIS y cols. en 1965.

Introducción

El condrosarcoma es un tumor que se localiza en los grandes huesos de las extremidades y en los huesos planos del cinturón escapular y pelviano. A diferencia de los tumores cartilagosos benignos, su presencia en metacarpianos, metatarsianos y falanges es excepcional.

Casos presentados

Caso núm. 1.— Varón, de 52 años, con tumoración en parte anterior del pie izquierdo, de varios años de evolución, que le ocasiona dolor espontáneo y limitación de la movilidad.

A la exploración se aprecia una tumoración redondeada, dura, que distiende la piel del dorso y la ulcera a nivel del primer espacio interdigital (fig. 1). En el dorso y borde interno del pie la piel es violácea y con signos de dermatitis ocre.

Radiológicamente hay una tumoración en partes blandas, en región medial y anterior del pie izquierdo, que cursa con erosión de la cara externa de la cabeza del primer metatarsiano (fig. 2). Au-

Departamento de Anatomía Patológica de la C. S. "La Fé" (Jefe Dr. Tamarit) y de Patología del Hospital Clínico Universitario de Valencia (Jefe Prof. Llombart Bosch).

sencia de matriz calcificada y de signos reactivos óseos. En la serie metastásica se encuentran múltiples imágenes nodulares, de diferente tamaño, en ambos campos pulmonares.

Se interviene practicándose una amputación de pierna izquierda por debajo de la rodilla. El postoperatorio inmediato se complica con una gangrena gaseosa que obliga a ampliar la amputación hasta un tercio proximal de muslo.

Anatomía patológica: Tumoración lobulada, de 7 cm. de diámetro, que engloba al primer metatarsiano, destruyendo su cortical, y afecta parcialmente al segundo. Al corte presenta un aspecto mixoide, con áreas induradas de color blanquecino-grisáceo.

Histológicamente la neoformación está constituida por lóbulos o islotes de tejido cartilaginoso, medianamente diferenciado, en el que se advierten condroblastos atípicos, pleomórficos, en ocasiones con núcleos dobles, dispuestos sin ninguna ordenación sobre una matriz condroide. No hay depósitos cálcicos ni áreas de osificación endondral. En la periferia los lóbulos establecen rápida transición con un tejido anaplásico, fusocelular, muy activo. El tumor infiltra la medular del hueso (fig. 3), planos músculo-aponeuróticos y piel.

Caso núm. 2.— Mujer, de 70 años, que desde hace 25 años viene presentando múltiples condromas en los dedos de ambas manos, algunos de los cuales han ido aumentando de tamaño.

Desde hace un año muestra hinchazón del tobillo derecho con dolor continuo, que no cede con el reposo, y ocasiona limitación de la movilidad.

A la exploración se palpa una tumoración, de 8 cm. de diámetro, consistente, dolorosa a la palpación y presión. Está adherida en profundidad pero no a planos superficiales.

Como datos de laboratorio destacan unas fosfatasas alcalinas de 41 mu/ml (Bessey) y unas fosfatasas ácidas de 9'1 mu/ml (Andresch).

Radiológicamente se aprecia una masa tumoral que destruye el calcáneo y demás huesos del tarso. Tiene un moteado irregular, denso, de calcificación, que sugiere pueda tratarse de un condrosarcoma.

Anatomía patológica: Tumoración dura, lobulada, de aspecto nacarino, con áreas de necrosis y cavitación. Afecta a todo el tarso extendiéndose desde la articulación peroneo-astragalina a la tarso-metatarsiana (fig. 4).

Histológicamente la tumoración está constituida por un tejido condral, muy celular, dispuesto en islotes, entre los que queda un acúmulo variable de tejido fibroso bien vascularizado.

Las células que estructuran los islotes tienen un citoplasma claro y núcleos voluminosos, pleomórficos, con nucléolos evidentes (fig. 5). Entre ellas hay una cantidad variable de sustancia fundamental en diverso grado de maduración, alternando áreas de aspecto mixoide con otras anhistas, ligeramente eosinófilas. Se observan importantes depósitos de sales cálcicas. En algunas zonas se produce extensa necrosis y extravasación hemática. Por el contrario los infiltrados inflamatorios son escasos o inexistentes.

El tumor en su crecimiento penetra entre las trabéculas óseas, destruye la cortical e invade partes blandas vecinas.

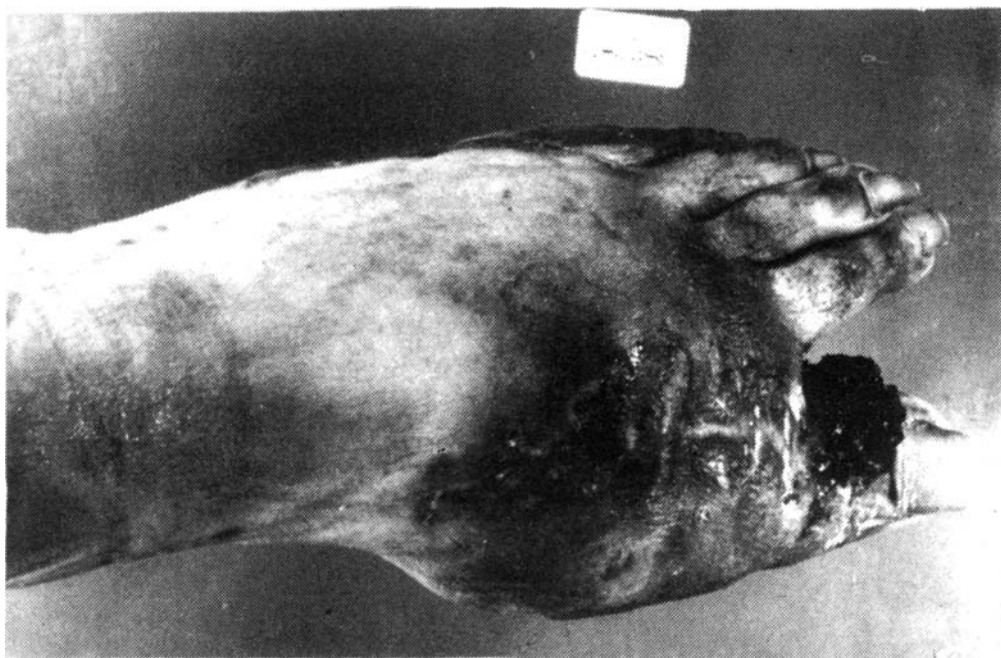


FIG. 1.— Caso núm. 1. Aspecto externo de la tumoración.

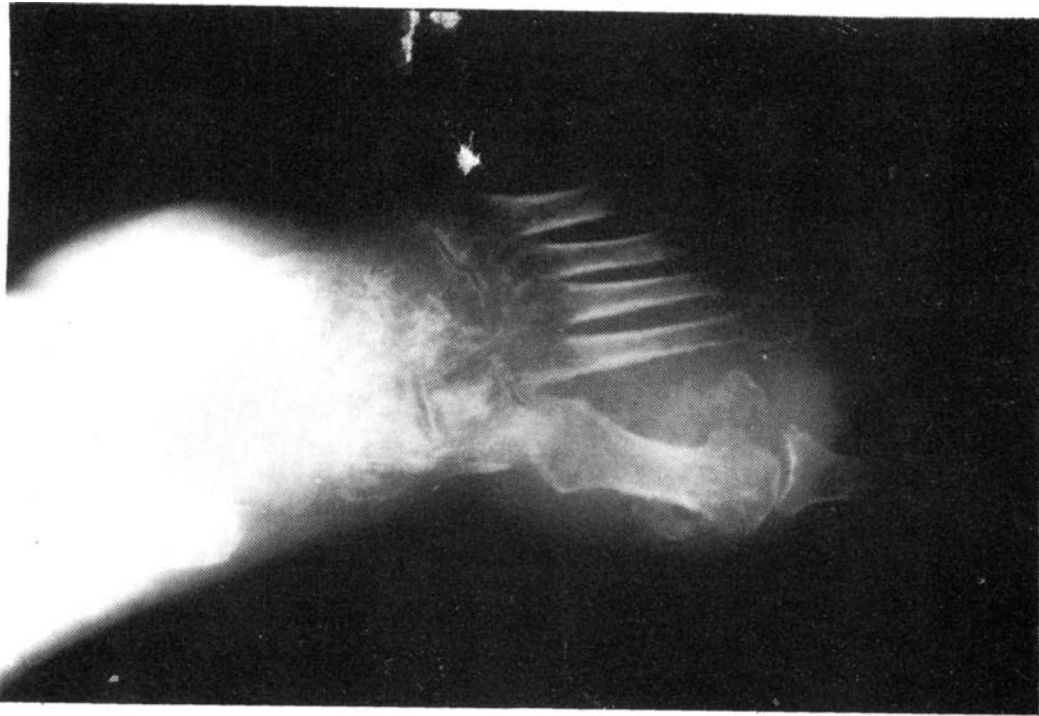


FIG. 2.— Imagen radiográfica. Tumoración de partes blandas, sin calcificaciones, que cursa con erosión de la cara externa de la cabeza del primer metatarsiano.

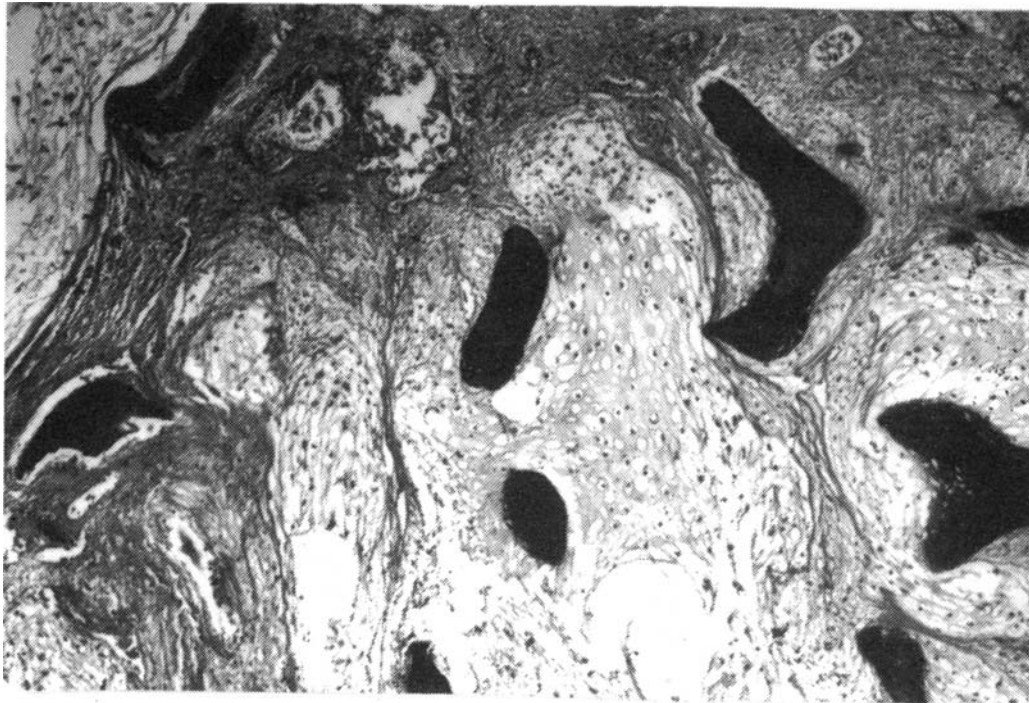


FIG. 3.— Tumor cartilaginoso infiltrando la porción medular del hueso. 40X.

Discusión

El condrosarcoma es un tumor maligno de hueso relativamente común. Constituye aproximadamente el 10 por cien de las neoplasias malignas del esqueleto, lo que le sitúa por orden de frecuencia en un tercer lugar, después del mieloma y del sarcoma osteogénico. La

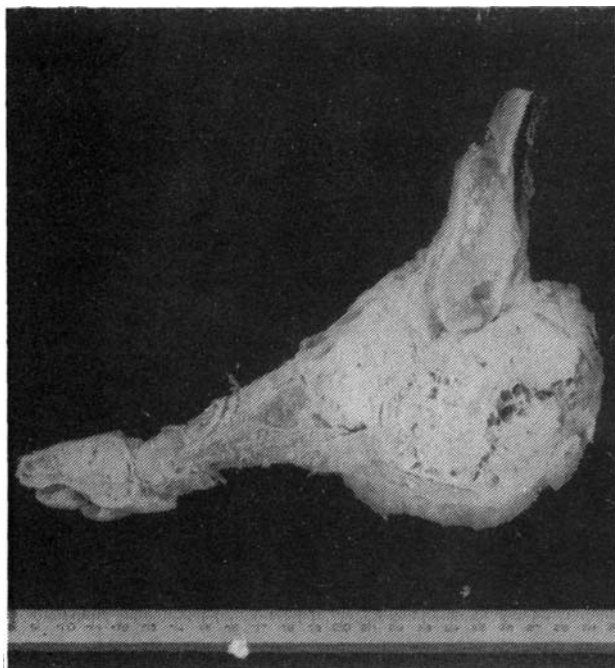


FIG. 4.— Caso núm. 2. Sección antero-posterior del pie. Aspecto macroscópico de la lesión.

mayoría de las veces se desarrolla en los grandes huesos de las extremidades y en el cinturón escapular y pelviano. La localización en huesos cortos de la mano o el pie es excepcional, observándose en algunos casos de encondromatosis múltiple malignizada. El pie, por otra parte, es un terreno anatómico poco propicio para el desarrollo de una neoplasia. En una serie de más de 10.000 pacientes con procesos tumorales malignos SCHREINER y WEHR encontraron únicamente 37 casos que afectaran al pie, y de éstos había solamente un caso de condrosarcoma.

El condrosarcoma en el pie puede ser primario en el sentido de desarrollarse a partir de tejidos maduros, sin lesión previa, o secundario, cuando se produce como complicación de una exóstosis osteocartilaginosa o en el caso ya citado de encondromatosis múltiple. Esta distinción no siempre es fácil de realizar, pues el tumor en su crecimiento termina por destruir todo vestigio del proceso proliferativo benigno preexistente. De los casos descritos en la literatura son secundarios tres, correspon-

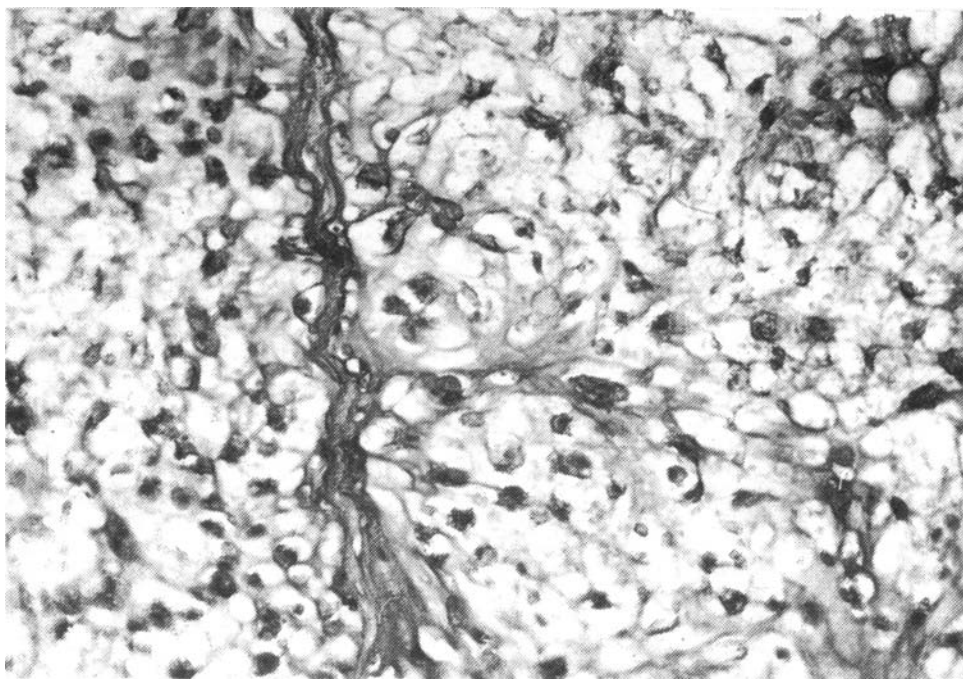


FIG. 5.— Imagen microscópica en la que se aprecia un área de diferenciación condral con notable pleomorfismo nuclear. 100X.

diendo la enfermedad de base a un síndrome de Maffucci, a un Ollier y a una exostosis osteocartilaginosa solitaria. De los casos aquí presentados uno, el de la encondromatosis es secundario, en tanto que el otro representa un ejemplo de tumor primario al no encontrarse radiológica o histológicamente restos de lesión previa.

No existe predilección en la afectación de los distintos huesos que constituyen el armazón óseo del pie. La mitad de los casos publicados se localizaron en los huesos tubulares cortos de los dedos y del metatarso. El resto lo hicieron en los huesos del tarso. Entre los primeros parece, no obstante, afectarse más el metatarsiano del primer radio del pie.

Las manifestaciones clínicas son idénticas a las de los condrosarcomas de cualquier otro punto del organismo. Se reducen a dolor, tumefacción e incapacidad funcional. La historia muy prolongada, a veces de varios años, es un dato importante, junto con la radiología, para llevar a cabo un adecuado juicio diagnóstico preoperatorio.

La localización distal de estos tumores favorece la práctica de intervencio-

nes quirúrgicas poco agresivas. Si el condrosarcoma está en una falange puede hacerse una desarticulación proximal o una amputación del dedo. En un metatarsiano bastará con una resección en bloque del radio; para una lesión del tarso será necesaria una amputación de Syme o una amputación por debajo de la rodilla. En todo caso si la escisión ha sido demasiado económica y el tumor recidiva, el cirujano tiene tiempo para intervenir de nuevo, ya que de ordinario se trata de neoplasias que sólo en estadios tardíos dan lugar a metástasis.

BIBLIOGRAFÍA

- DAHLIN, D. C. y HENDERSON, E. D. (1956): Chondrosarcoma, a surgical and pathological problem. Review of 212 cases. *J. Bone and Joint Surg.*, 38-A, 5, 1.025-1.038.
- LEWIS, M. M., MARCOVE, R. C. y BULLOUGH, P. G. (1975): Chondrosarcoma of the foot. A case report and review of the literature. *Cancer*, 36, 586-589.
- PACHTER, M. R. y ALPERT, M. (1964): Chondrosarcoma of the foot skeleton. *J. Bone Joint Surg.*, 46-A, 3, 601-607.
- SCHREINER, B. F. y WEHR, W. H. (1933): Citado por PACHTER, M. R. y ALPERT, M. Primary malignant tumors of the foot. A report of 37 cases. *Radiology*, 21, 513-521.