

HOSPITAL CIVIL PROVINCIAL DE MÁLAGA
SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
Jefe : Dr. E. QUEIPO DE LLANO

Condrioblastoma benigno epifisario

Presentación de dos casos clínicos

M. CUADROS ROMERO y J. J. FERNANDEZ DE ROTA

RESUMEN

Los autores presentan dos casos clínicos de condrioblastoma epifisario y sacan conclusiones de la evolución clínica observada en ambos casos.

SUMMARY

The authors present two cases of benign chondroblastoma and take out conclusions from the clinic evolution in both cases.

A. Introducción

El condrioblastoma benigno es un tumor, como se sabe, rescatado del amplio grupo de tumores de células gigantes como una variedad independiente.

Las células tienen la capacidad de producir sustancia condroide, y en la literatura actual predomina la tendencia a considerarlas como condrioblastos, que provendrían de las células del cartílago de crecimiento o de restos de estas células.

Es un tumor muy poco frecuente. Para JAFFE, uno de los tumores primarios del hueso menos frecuentes. En la estadística de DAHLIN en la Clínica Mayo, representa menos del 1 por 100 de todos los tumores óseos primitivos.

La edad predilecta citada en todas las estadísticas es la segunda década de la vida, siendo rara su aparición en sujetos

de menos de 10 años y de más de 25 años, aunque DAHLIN cita casos de hasta 50 años.

También se ha señalado mayoritariamente la predilección por el sexo masculino.

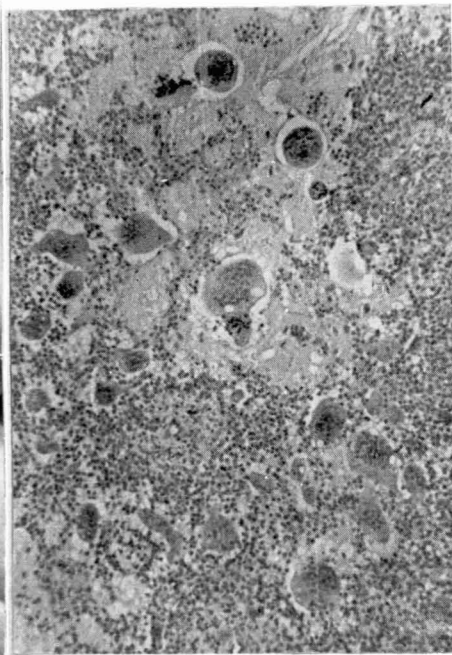
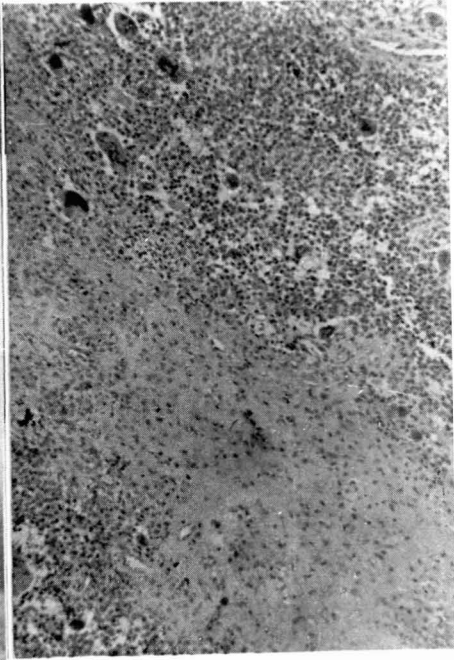
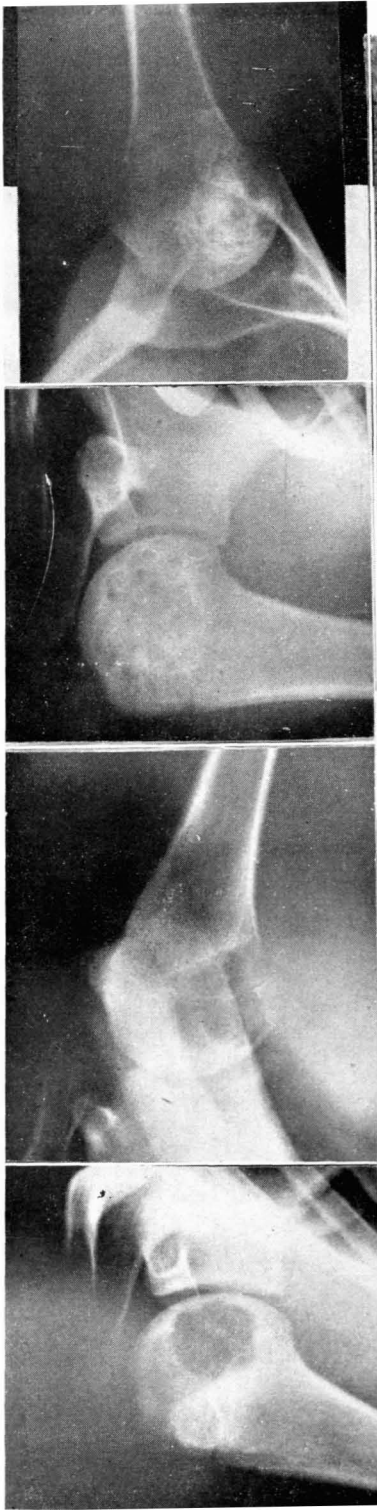
B. Presentación de los casos

Caso núm. 1. — E. R. N. Varón, 15 años. 11-5-73. Desde hace siete meses dolor en hombro derecho.

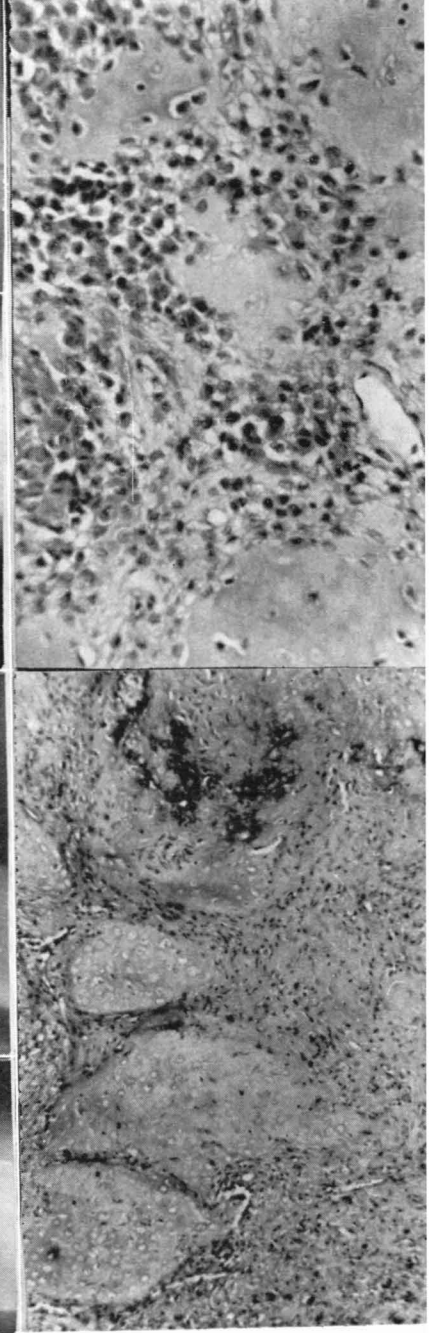
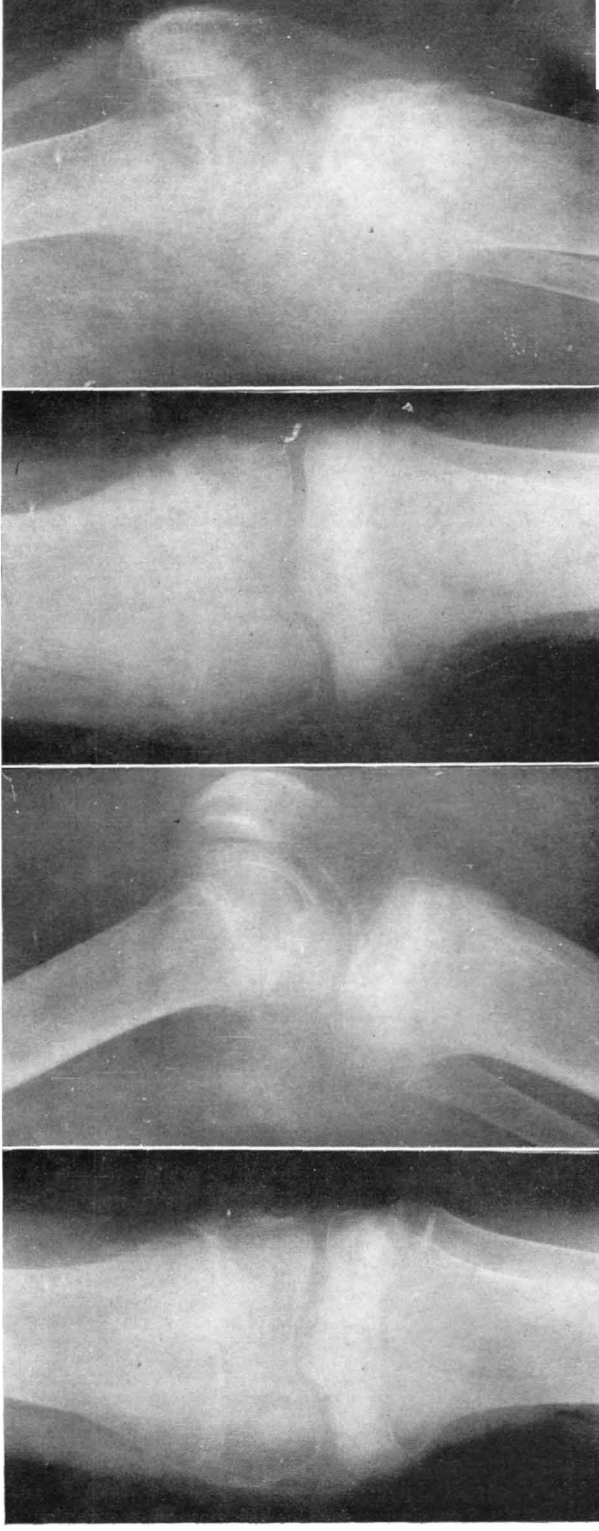
Recientemente hace tres semanas, el dolor se ha exacerbado, refiriéndolo sobre todo a región posterior de hombro, con impotencia funcional de ciertos movimientos sobre todo los de elevación y retropulsión. La impotencia funcional se produce por dolor.

A la exploración se observó en esta fecha como único dato clínico, un punto de dolor a la presión muy intenso sobre cabeza y cuello humeral posteriormente.

Radiográficamente aparece una zona de osteolisis, bien limitada, con caracteres de benignidad, que ocupa la mitad posterior de



E. R. N. Varón de 15 años. Condrolastoma benigno de la epífisis proximal de húmero.



M. M. M. Varón de 13 años. Condrolastoma benigno de la epífisis proximal de la tibia.

la epífisis humeral superior. La cavidad está bien limitada, es ligeramente lobulada pero no tabicada.

Análíticamente no existe alteración alguna.

15-5-73. Se intervino quirúrgicamente. Por vía posterior subdeltoidea se aborda la articulación entre infraespinoso y redondo menor. Al abrir la cápsula sale sangre mezclada con elementos tumorales, ya que existe una fractura de la cortical posterior que se encuentra muy adelgazada como una finísima cascarilla posterior. Sin embargo no se observa insuflación ósea.

Se realiza un curetaje completo de la cavidad, que se encuentra ocupada por una masa granulosa blanquecina de apariencia cartilaginosa. Se procede al relleno total de la cavidad con esponjoso obtenido de cresta iliaca.

15-6-74. Completo relleno de la cavidad por hueso nuevo.

Clinicamente curación completa, sin dolor y con movilidad del hombro normal. No existe la menor molestia ni aún practicando actividades deportivas.

10-10-75. Continúa igual que en la exploración anterior con curación clínica y radiográfica.

Informe histopatológico: (Doctor Navarro Berastegui. Departamento Anatomía Patológica. Fundación Jiménez Díaz).

Muestra una proliferación de elementos mesenquimales de núcleo redondo u ovoide a veces con hendiduras y de citoplasma poco abundante de límites precisos, no existe prácticamente estroma entre las células y en zonas se llega a formar de modo transitivo zonas condroides típicas que incluso tienen aspecto de cartilago hialino, que ocasionalmente se llega a calcificar. Dichos elementos celulares no muestran prácticamente atipias y si un componente mitótico mínimo, a este componente celular se suma un moderado número de células gigantes multinucleadas.

Diagnóstico: Condrioblastoma epifisario benigno.

Caso núm. 2. — M. M. M. Varón, 13 años.

22-11-73. Hace tres meses comenzó con dolor en rodilla derecha que ha ido aumentando hasta impedirle la marcha. No fiebre. Una semana antes de comenzar el dolor, sintió al saltar un crujido en esa rodilla.

A la exploración se observa una rodilla con ligero calor local, tumefacción difusa y dolor a la palpación en compartimento interno.

La movilidad está limitada: Flexión 80° y extensión (—25°).

Radiográficamente se aprecia una zona de osteoporosis marcada a nivel del cóndilo femoral interno. En esta zona es donde existe un punto de máximo dolor a la presión. Contrasta con esta osteoporosis el aumento de densidad de la epífisis tibial superior.

Análíticamente es normal. Sólo se observa una velocidad de sedimentación de 25 a la primera hora.

Se realiza una punción de rodilla de la que se obtiene 10 cc. de líquido articular de aspecto normal. El análisis de dicho líquido da las características de un trasudado sin carácter inflamatorio: Leucocitos 500, linfocitos 89 por 100, eosinófilos 1 por 100, polinucleares 10 por 100. Rivalta (+). Albúmina 19 gr. por 100. Glucosa 75 mg. por 100. No presencia de gérmenes ni en examen directo ni mediante cultivo.

Se realiza entonces artrografía de rodilla que resulta negativa y biopsia sinovial, que da como resultado la existencia de una inflamación sinovial inespecífica.

Bajo anestesia se reduce el *flexum* de rodilla, se coloca férula posterior escayolada y se instaura tratamiento antiinflamatorio con Tanderil.

19-12-73. Se retira la férula y se comienza rehabilitación de la movilidad activa de la rodilla.

21-1-74. La rodilla continúa con ligera tumefacción y calor local. Atrofia intensa del cuádriceps. El *flexum* de rodilla se ha corregido casi completamente pero la movilidad ha disminuido: Flexión 45° y extensión (—5°), tanto activa como pasivamente. El enfermo marcha con dos bastones ingleses sin poder cargar sobre su rodilla enferma.

Radiográficamente persiste la opacificación de la epífisis tibial superior.

25-2-74. La exploración clínica continúa igual. Se repiten análisis que son normales. Continúa la rehabilitación y se sustituye el Tanderil por Aspirina, 3 gr. diarios.

7-5-74. Ha mejorado la atrofia del cuádriceps y la movilidad: Flexión 70° y extensión (—10°). Continúa ligero aumento del calor local.

Radiográficamente continúa observándose la misma imagen anterior sin modificaciones.

17-7-74. Se observa una movilidad igual que en la exploración anterior y continúa la atrofia del cuádriceps.

Los signos son los mismos que se venían

observando anteriormente pero existe como novedad tumefacción muy dolorosa a la presión sobre cara posterointerna del platillo tibial interno.

Radiográficamente se observa ya una tumoración ósea en tibia, en situación epifisaria y posterior. Tumoración osteolítica, con esclerosis del resto de la epífisis tibial, bien limitada, que insufla la cortical posteriormente pero que no la rompe y que distalmente en la tibia rebasa el cartílago de conjunción.

Inmediatamente se indicó intervención quirúrgica para extirpación del tumor y biopsia.

24-7-74. Operación: Por vía posterointerna se aborda el platillo tibial interno. Se observa macroscópicamente una zona ósea de aspecto patológico con cortical adelgazada e insuflada. Se abre una ventana por donde se procede al curetaje completo de la cavidad. El material extraído es de aspecto granuloso y cartilaginoides. Se procede al relleno de la cavidad con esponjoso obtenido de cresta ilíaca.

16-9-74. Han desaparecido por completo los dolores. Continúa marcada atrofia del cuádriceps. Movilidad: Flexión 60° y extensión (—5°). Continúa la rehabilitación que sólo se ha suspendido los quince primeros días del postoperatorio. Marcha con bastones ingleses sin carga sobre la rodilla enferma.

16-6-75. Marcha ya con carga completa y sin bastones desde enero 1975. La movilidad ha mejorado, pero persiste limitación de la misma: Flexión 80° y extensión completa.

Radiográficamente se observa un relleno completo de la cavidad ósea con hueso neoformado. Alta.

Informe histopatológico: (Doctor Navarro Berastegui. Departamento Anatomía Patológica. Fundación Jiménez Díaz).

Se trata de una neoformación, de estirpe condroide, densamente celular sin atipias y con escasas figuras de mitosis. Está constituida por células de talla media, con núcleos redondeados, en ocasiones escotados y con nucléolos patentes y citoplasmas eosinófilo de límites en general netos. Sobre este fondo celular destacan islotes en los que aparece una matriz condroide e incluso áreas de cartílago maduro, en ocasiones degeneradas y con depósitos cálcicos irregulares. Asimismo, entremezcladas con las células condroblásticas se observan células gigantes multinucleadas, no muy abundantes. Existen algunos espacios vasculares amplios y focos de hemorragia.

Diagnóstico: Condrolastoma benigno.

Conclusiones

Como se observará, los dos casos presentados han tenido una evolución completamente diferente. El primero evolucionó rápidamente, los primeros síntomas aparecieron seis meses antes de la primera consulta y, en ésta la imagen radiográfica del tumor era clara y nítida, sin dificultades diagnósticas. El tratamiento quirúrgico instaurado rápidamente llevó a la curación total sin la más mínima limitación articular.

El segundo caso, sin embargo, evolucionó muy insidiosamente. Desde los primeros síntomas hasta que se llegó al diagnóstico pasó un año y durante los ocho primeros meses desde la primera consulta hasta llegar al diagnóstico cierto, la clínica era la de una monoartritis indeterminada de la rodilla, posibilidad que se halla descrita pero en la que es difícil pensar. Este caso pues enseña, que ante una monoartritis articular en el segundo decenio de la vida se debe pensar en la posibilidad de un tumor epifisario. En el caso que nos ocupa, la existencia de una cierta opacificación de la epífisis tibial superior, debió hacernos pedir un estudio tomográfico de la extremidad superior de la tibia, que seguramente nos hubiera mostrado una pequeña cavidad en formación mucho antes de la aparición del tumor en la radiografía simple. Aunque el enfermo presentó desde la primera consulta una limitación importante de la movilidad articular, quizá el tratamiento instaurado más precozmente hubiera prevenido la secuela de limitación de la movilidad de la rodilla al alta.

BIBLIOGRAFIA

- DAHLIN DAVID, C. *Bone Tumors* (Second Edition), 1973. Charles C. Thomas (Publisher). Springfield. Illinois. USA.
- JAFFE. *Tumors and tumorous conditions of the bones and joints*, 1958. Henry Kimpton. 134 Great Portland Street, W. I. London.