

OSTEOCONDROMA RECIDIVANTE DEL PIE

* Médico Adjunto.

** Jefe de Sección.

+ Jefe de Departamento

de Anatomía Patológica.

Servicio de Traumatología

y Cirugía Ortopédica

y Jefe del Servicio

Dr. José Dávila Tarongi

Hospital 12 de Octubre. MADRID.

JUAN MIGUEL CANO EGEA*

FRANCISCO MARTÍNEZ TELLO +

FRANCISCO JAVIER SANZ HOSPITAL*

LUIS FERNANDO LLANOS ALCÁZAR*

ENRIQUE CAICOYA ABATI*

ANTONIO COELLO NOGUÉS**

Resumen

Se presenta un caso de osteocondroma recidivante sobre partes blandas, localizado en pie, haciendo énfasis en la rareza de dicha evolución y en el diagnóstico diferencial, con una probable malignización.

INTRODUCCIÓN

El osteocondroma solitario es el tumor óseo más frecuente del organismo (8,10).. Su origen parece ser debido a una anomalía en el desarrollo del esqueleto cartilaginoso, por lo que algunos autores no lo consideran como un tumor propiamente dicho (3,8).



Fig. 1: Imagen radiológica de la lesión tumoral inicial.

Su transformación maligna es rara, inferior al 1 % (2, 8, 10), y los que se desarrollan en las zonas más distales de los miembros presentan una degeneración sarcomatosa aún menor (5).

Su tratamiento es quirúrgico en los casos en que produce sintomatología o cuando se evidencia su crecimiento en la edad adulta (7, 8, 10). La recidiva tras su extirpación es infrecuente (alrededor de un 2 % según DAHLIN [2]) y aún más infrecuente es su recidiva sobre partes

blandas. No hemos encontrado ninguna referencia en la literatura al respecto, por lo que nos parece de interés la publicación de este caso.

CASO CLÍNICO

Varón de 42 años, que acude a nuestro servicio en junio de 1979 porque desde hacía unos meses se observaba una tumorcación en el pie izquierdo, que le molestaba al andar.

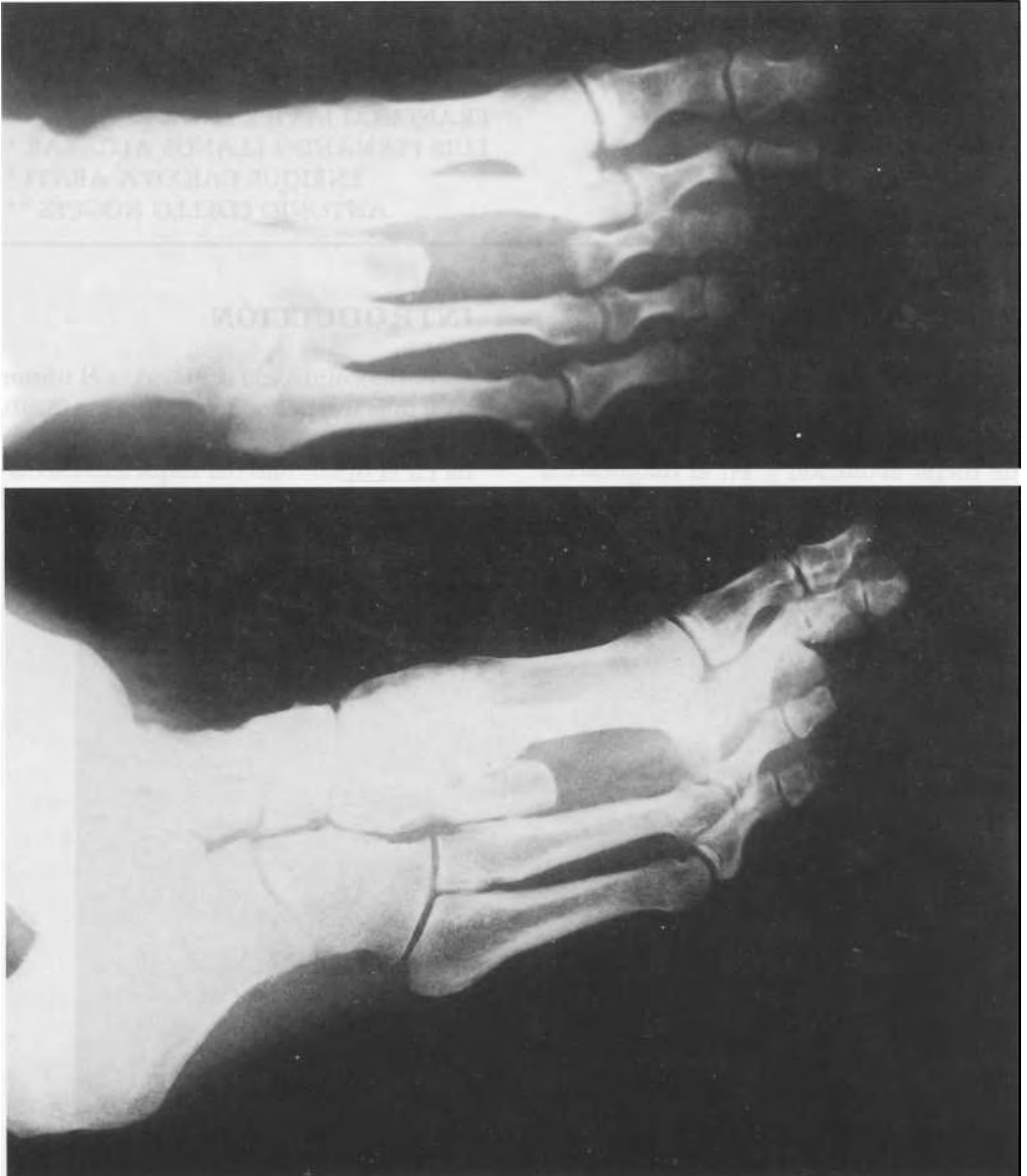


Fig. 2: *Control postoperatorio.*

En la exploración clínica se objetivó una masa dura, á nivel de la extremidad distal del III metatarsiano del pie izquierdo.

Radiológicamente, se observó una lesión ósea en la metáfisis distal del III metatarsiano referido, de características compatibles con una tumoración de origen condral sin signos de malignidad. El diagnóstico radiológico era compatible con osteocondroma (fig. 1).

El paciente fue intervenido en julio de 1979 y en el acto operatorio se decidió amputar el metatarsiano a nivel del tercio proximal con desarticulación metatarsofalángica, debido a que la tumoración no se podía extirpar adecuadamente (fig. 2).

Anatomopatológicamente la pieza media 3 x 2 x 1,5 cros. y mostraba una formación cartilaginosa de 12 mm. de espe-

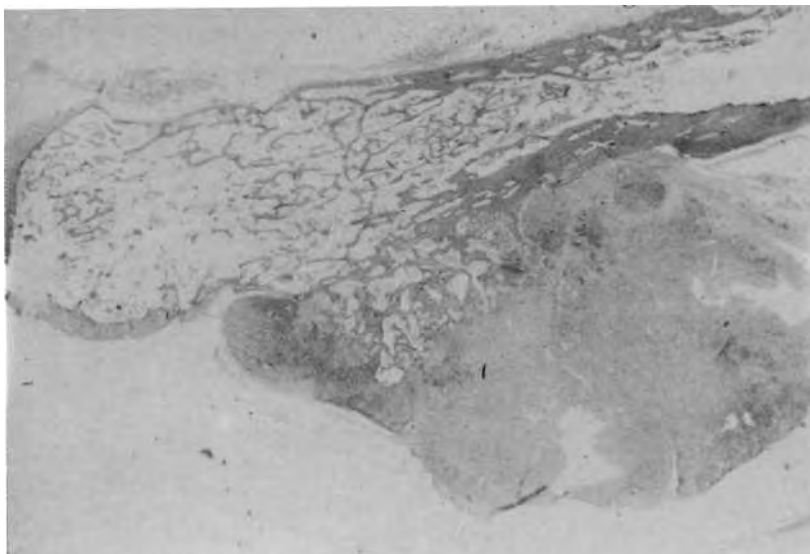


Fig. 3a: Falange que presenta un tumor osteocartilaginoso sesil con las características de un osteocondroma (HE 125x).

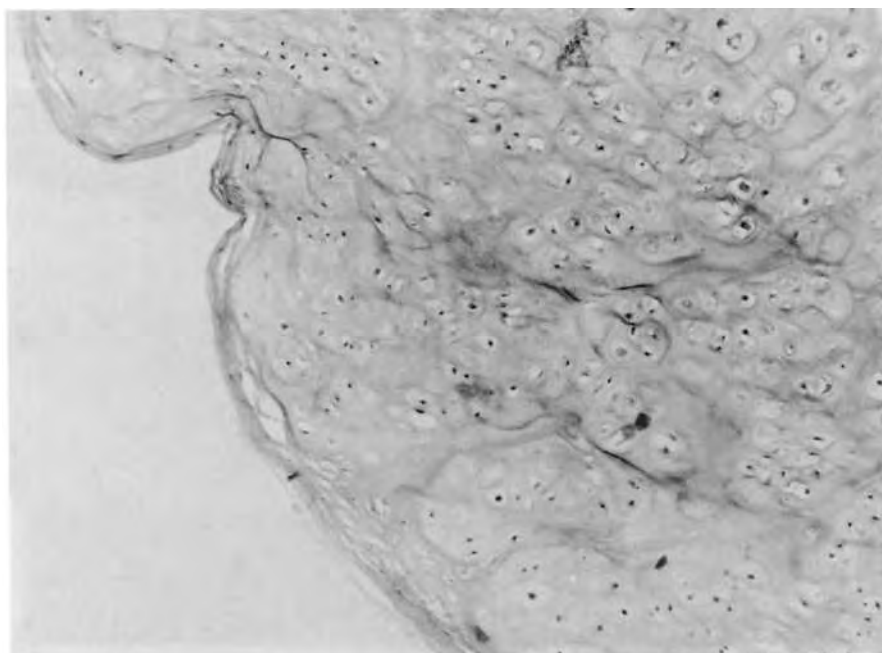


Fig. 3b: Detalle del tumor en la superficie (HE 240x).

sor (fig. 3a), con las características de osteocondroma sesil en el que el cartílago presenta en la base un proceso de osificación encondral, continuándose el hueso neoformado con las trábeculas óseas de la falange. En el cartílago neoplásico de la superficie no se encuentran atipias celulares (fig. 3b).

Diagnóstico anatomopatológico: Osteocondroma.

El paciente fue dado de alta y permaneció

asintomático hasta que en mayo de 1986 (siete años más tarde), vuelve a nuestro servicio porque observa una tumora- ción en el lugar donde tuvo la anterior.

Radiológicamente se apreciaba una masa calcificada de aspecto estrellado, en la zona correspondiente a la metáfisis distal del metatarsiano extirpado (fig. 4).

Los exámenes complementarios, analí- ticos, radiográficos y gammagráficos fue- ron absolutamente normales.

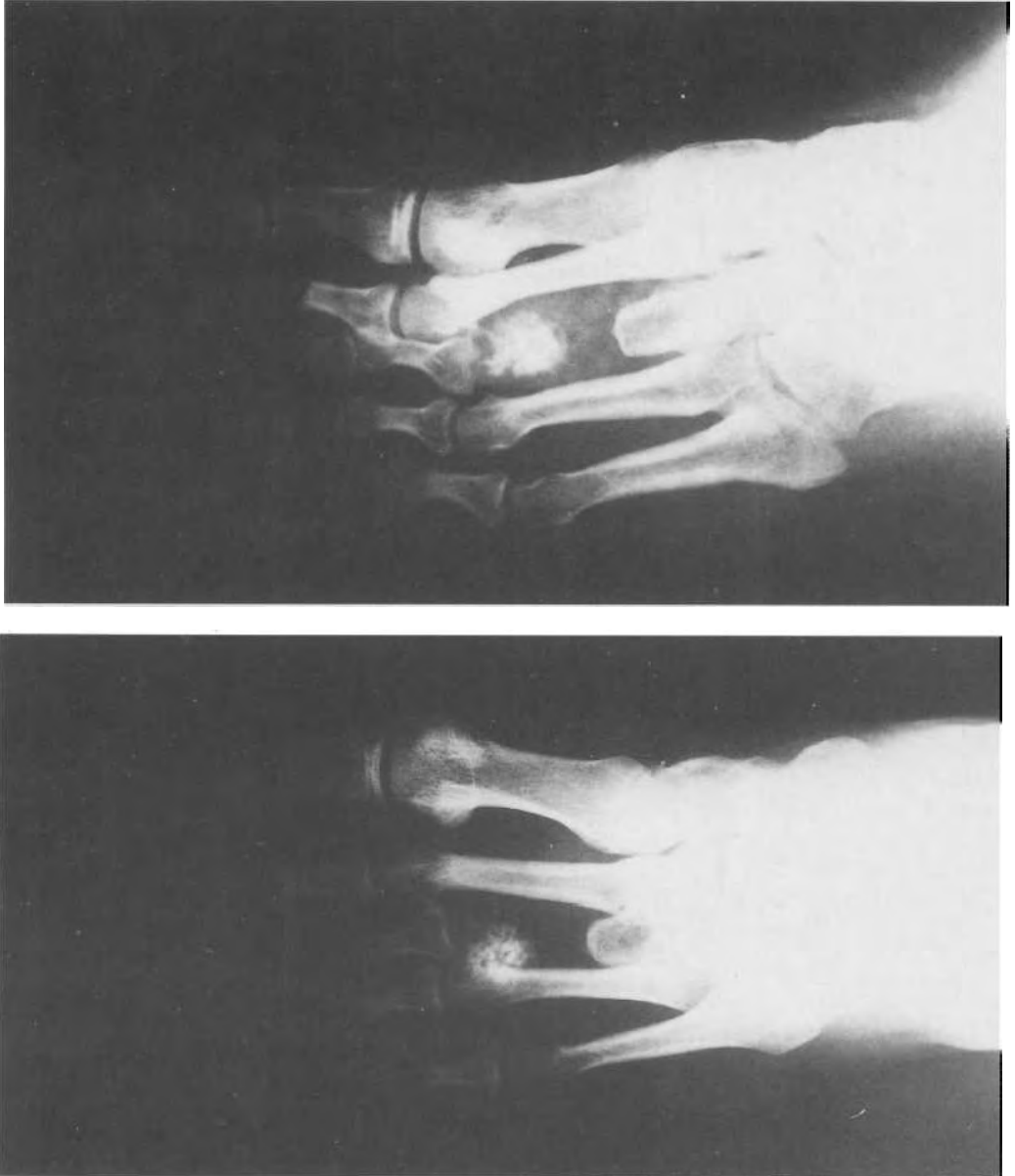


Fig. 4: *Imagen radiológica de la recidiva.*

El enfermo es intervenido nuevamente, extirpándole la masa, que se envía para estudio histológico. La pieza consistía en un fragmento de tejido de consistencia dura y superficie de carácter lobu-

lado de 1,5 cm. de diámetro máximo. Histológicamente se observaba tejido osteocartilaginoso, apareciendo la superficie conformada por cartílago hialino (figura 5a), que experimenta en la pro-

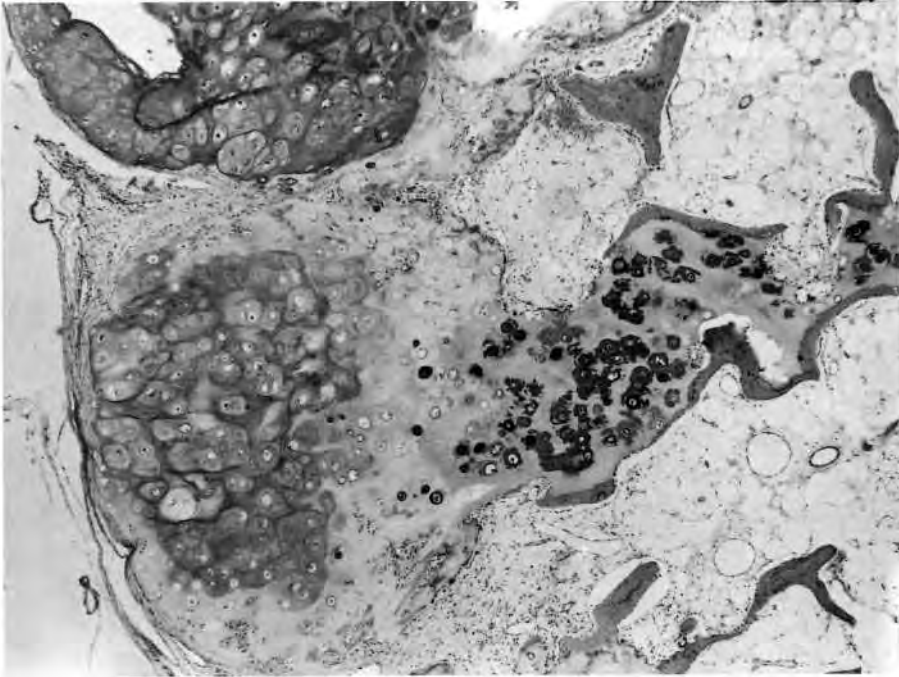


Fig. 5a: Recidiva. Se aprecia una neoformación osteocartilaginosa, que muestra cartílago proliferante en la zona externa y formación de hueso en la porción central (HE 125x) .

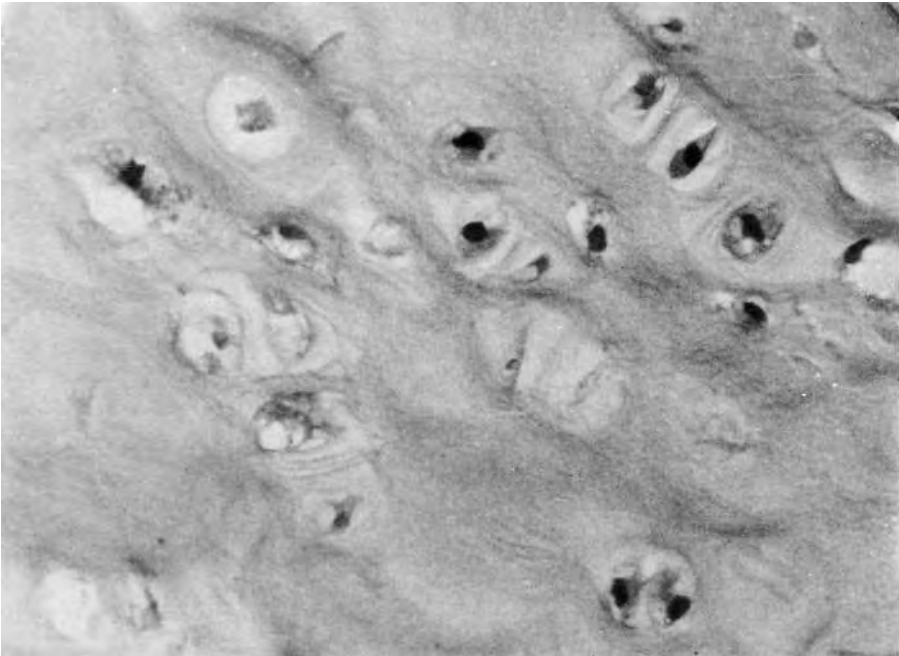


Fig. 5b. Detalle de la fig. 5a. Núcleos hipercromáticos de las células condrales, pero que no muestran atipias (HE 400x).

fundidad un proceso de osificación endondral. En las células cartilaginosas se observaron algunas con núcleos hiperromáticos (fig. 5b), pero no se encontraron atipias ni células binucleadas.

Diagnóstico anatomopatológico: Recidiva de osteocondroma.

En la actualidad (cuarenta y seis meses después) el enfermo continúa asintomático y no se ha detectado una nueva recidiva del tumor ni afectación sistémica por parte del mismo (fig. 6).

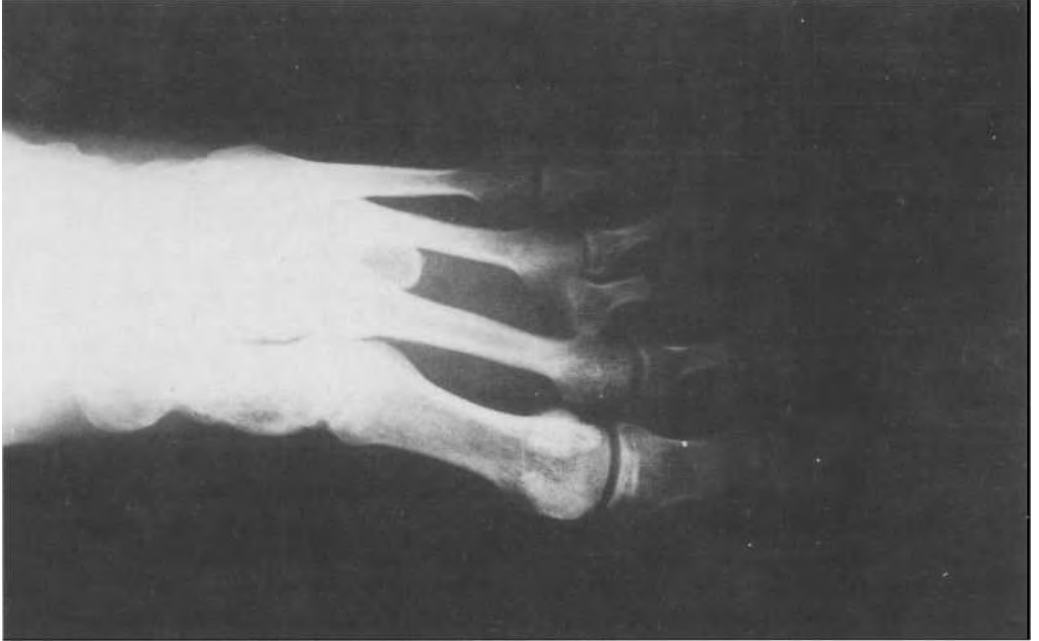


Fig. 6: Control actual a los 45 meses de la reintervención.

DISCUSIÓN

Como ya hemos comentado, la recidiva tras la extirpación de un osteocondroma solitario es rara. Para la mayoría de los autores, la recidiva parece ser consecuencia de una extirpación incompleta de la parte cartilaginosa del tumor (3, 8, 9, 10), o de la persistencia de material cartilaginoso desprendido del mismo durante su manipulación. Esta última posibilidad, parece deberse a la capacidad del cartílago para subsistir en un ambiente avascular, ya que se nutre por difusión.

Algunos autores (8,9) creen que la recidiva en sí misma ya entraña un potencial maligno. Por tanto, siempre debe barajarse en el diagnóstico la posibilidad de una degeneración sarcomatosa, siendo la más frecuente hacia un condrosarcoma secundario (2, 4, 10). La diferenciación entre ambos es bastante difícil en algunos casos, siendo fundamentales para el diagnóstico los hallazgos clínicos y radiológicos, ya que la histología, en la mayoría de los casos, sirve para confirmar el origen condral del tumor, pero no para distinguir una lesión benigna de una potencialmente sarcomatosa. El dato histológico más útil es la identificación de una capa

de cartílago activa de más de 1 cm. de espesor, en un paciente esqueléticamente maduro (3, 4).

Los datos clínicos y radiológicos (sobre todo los aportados por T.A.C.), que apoyan una transformación sarcomatosa de la lesión, son: (1, 3, 6, 7, 8)

- Aparición de dolor, preferentemente de tipo nocturno.
- Aumento de tamaño de la lesión y especialmente una discrepancia entre el volumen radiológico y el clínico.
- Extensión a partes blandas.
- Áreas de calcificación intensa y desorganizada.
- Áreas centrales de degeneración quística.
- Aumento de grosor del casquete cartilaginoso.
- Aumento de la captación isotópica.

El tratamiento de las recidivas debe consistir en una extirpación en bloque, siempre que ello sea posible, y si se tratara de un condrosarcoma secundario, sería necesario un amplio margen de resección (3, 4), debiendo ser controlado el paciente durante largo tiempo, ya que se han observado recidivas a largo plazo. (4).

BIBLIOGRAFÍA

1. ARRATE BARRAGÁN, L. F.; ARMENDÁRIZ MENDIZÁBAL, P. M.; GALÁN LABACA, V.: *Osteocondroma, malignización o recidiva. A propósito de un caso.* Rev. Ortop. Traum., 31 IB, nº 3, p. 295, 1987.
2. DAHLIN, D. C.: *Bone tumors*, p. 14, Charles C. Thomas Publisher, Springfield, Illinois, 1984.
3. ENNEKING, W. F.: *Musculoskeletal tumor surgery*, p. 875. Churchill Livingstone, New York, 1983.
4. GARRISON, R. C.; UNNI, K. K.; MCLEOD, R. A.; PRITCHARD, D. J.; DAHLIN, D. C.: *Chondrosarcoma arising in osteochondroma.* Cancer, 49, pp. 1980, 1982.
5. HUVOS, A. G.: *Bone tumors, diagnosis, treatment and prognosis.* p. 139, W. B. Saunders, Philadelphia, 1979.
6. KENNEY, P. J.; GIGULA, L. A.; MURPHY, W. A.: *The use of computed tomography to distinguish osteochondroma and chondrosarcoma.* Radiology, 139, p. 129, 1981.

7. LANGE, R. H.; LANGE, T. A.; BHASKARA, K. R.: *Correlative radiographic, scintigraphic, and histological evaluation of exostoses*. J. Bone Jt. Sur., 66A, pp. 1954, 1984.
8. MANKIN, H. J.; SULLIVAN, T. R.; SHILLER, A.: *Surgery of the Musculoskeletal system*. pp. 11, 137, Churchill Livingstone, New York, 1983.
9. MORTON, K. S.: *On the question of recurrence of osteochondroma*. J. Bone Jt. Surg., 46B, p. 723, 1964.
10. SCHAJOWICZ, F.: *Tumores y lesiones pseudotumorales de huesos y articulaciones*, p. 121, Panamericana, Buenos Aires, 1981.