



Condroblastoma óseo

F. Sailhan, M. Bachy, B. Tomeno, V. Dumaine, A. Babinet, P. Anract

El condroblastoma es un tumor óseo benigno del niño, del adolescente o del adulto joven; representa el 1% de todos los tumores óseos. De localización epifisaria o epifisometafisaria, esta lesión se desarrolla habitualmente a partir de centros secundarios de osificación cercanos a la rodilla, al hombro y a la cadera. En la radiografía suele observarse una lesión osteolítica epifisaria en contacto con el cartílago de crecimiento y con calcificaciones en su interior. El análisis anatomopatológico de una muestra obtenida por biopsia o raspado-biopsia proporciona el diagnóstico de certeza. El tratamiento del condroblastoma es quirúrgico y consiste en el raspado del tumor y el llenado de la cavidad residual. La recidiva es frecuente (hasta el 35% en algunas series) y necesita un nuevo raspado o, en ocasiones, la resección completa de la lesión.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Condroblastoma; Tumor benigno; Tumor óseo; Tumor epifisario; Recidiva

Plan

■ Introducción	1
■ Anatomía patológica	1
Aspecto microscópico	1
■ Epidemiología y localizaciones	2
Sexo	2
Edad	2
Localización	2
■ Manifestaciones clínicas	2
■ Pruebas de imagen	3
Radiografía simple	3
Tomografía computarizada	3
Resonancia magnética	4
Gammagrafía ósea	4
■ Diagnóstico diferencial	4
■ Conducta terapéutica	5
■ Recidiva local	6
Tipo y frecuencia	6
Factores predictivos	6
■ Evolución, formas agresivas y metástasis	7
■ Seguimiento	7
■ Conclusión	7

■ Introducción

El condroblastoma es un tumor óseo benigno de naturaleza cartilaginosa, que durante mucho tiempo fue considerado como un «tumor de células gigantes atípico».

En 1927, Kolodny^[1] efectuó el primer informe de una lesión ósea a la que describió como parecida a un tumor de células gigantes o una variante de éste. Algunos años más tarde, Codman^[2] describió una lesión idéntica y propuso la denominación de tumor condromatoso epifisario de células gigantes. En 1924, Jaffe y Lichtenstein usaron la denominación condroblastoma benigno para describir a esta «nueva» lesión ósea benigna infrecuente, que debe considerarse como una entidad de pleno derecho. Se caracteriza por la presencia de condroblastos inmaduros y células gigantes y por la producción de una matriz condroide^[3].

Hoy se sabe que este tumor cartilaginoso benigno representa alrededor del 1% de todos los tumores óseos y que, en general, se desarrolla a partir de centros de osificación secundarios^[4-7] como las epífisis y las apófisis.

■ Anatomía patológica

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el condroblastoma es: «un tumor benigno relativamente raro, que se caracteriza por un tejido muy celular y relativamente indiferenciado constituido por células redondeadas o poligonales semejantes a los condroblastos y de bordes netos y por células gigantes multinucleares de tipo osteoclástico aisladas o en grupos. Es típica la presencia de pequeñas cantidades de matriz cartilaginosa intercelular con zonas de calcificación focal».

Aspecto microscópico

El análisis microscópico de un condroblastoma demuestra dos tipos celulares (células mononucleadas y células

gigantes) en una matriz condroide. Las células mononucleadas, denominadas «condroblastos», son poligonales y de bordes netos, con un citoplasma granular y núcleo redondo u oval. Estos condroblastos expresan la proteína S100.

La sustancia fundamental es escasa. Se observan focos de diferenciación condroide con zonas de calcificaciones y zonas de necrosis. Las zonas de calcificación de la matriz cartilaginosa tienen un aspecto de «malla de gallinero».

Las células gigantes multinucleadas se presentan aisladas o en grupos dentro de la sustancia fundamental.

En ocasiones, en la periferia de la lesión se identifican cavidades hemorrágicas idénticas a las observadas en los quistes óseos aneurismáticos. Este componente aneurismático puede ser voluminoso y predominante, hasta el punto de dificultar el diagnóstico.

Se recuerda que la biopsia es necesaria para el diagnóstico del condroblastoma, en especial en el adulto. La biopsia se efectúa antes del tratamiento con fines curativos, en una etapa inicial separada, para las lesiones menos típicas en las pruebas de imagen o si la presentación clínica y los datos de la anamnesis no son característicos. En la mayoría de los casos, la biopsia se hace en la misma etapa quirúrgica curativa a modo de biopsia-exéresis o biopsia-raspado.

■ Epidemiología y localizaciones

Sexo

El condroblastoma es más frecuente en varones de cualquier edad. Las proporciones por sexos en las series publicadas de condroblastomas del adulto y del niño varían de 1,7/1^[6,8] a 2/1^[9]. En la serie de la Société Française d'Orthopédie Pédiatrique (SOFOP) (exclusivamente pediátrica), se ha encontrado un predominio masculino menor, con una proporción de 1,6/1^[10].

Edad

El condroblastoma se presenta en la gran mayoría de los casos durante la segunda infancia o la adolescencia, cuando los cartílagos de crecimientos todavía están activos. Es infrecuente antes de los 10 años^[11] y después de los 30 años^[12]. Así, en las series de Enneking (43 casos), de Springfield et al (70 casos)^[7], de Campanacci (113 casos), de Mulder (165 casos) y de Mirra (226 casos), los niños y los adolescentes representan el 75-87% de los pacientes incluidos. En la serie de Ramappa (47 condroblastomas), el 62% de los pacientes tenía entre 10-20 años en el momento del diagnóstico^[13].

Localización

El condroblastoma se desarrolla en casi el 80% de los casos en la extremidad de un hueso largo, casi siempre cerca de la rodilla, la cadera o el hombro^[4,10,12,14,15]. El desarrollo es epifisario en el 68% de los casos y metafisoepifisario en el 25%^[10]. Las localizaciones metafisarias puras son infrecuentes^[16,17]; los autores de este artículo sólo han encontrado cuatro entre 87 condroblastomas^[10]. La lesión puede afectar también a las apófisis (trocánter mayor, tuberosidad mayor del húmero) en cerca del 2% de los casos^[10]. Las lesiones diafisarias son excepcionales (Fig. 1).

En el esqueleto apendicular, las partes más afectadas son: proximal de la tibia, proximal del fémur, proximal del húmero y distal del fémur^[7,8,10,12,13,18,19]. Según las series publicadas, estas cuatro localizaciones se disputan los dos



Figura 1. Radiografía de la pierna de un niño de 9 años en la que se observa una lesión osteolítica y tabicada de la diáfisis proximal del peroné. En la proyección lateral, las corticales están expandidas, con aspecto inflado. Esta imagen radiográfica no es usual en el condroblastoma.

primeros lugares (Cuadro 1). Sin embargo, casi todas las localizaciones han sido señaladas: huesos del tarso o del carpo, pelvis, costillas, escápula, rótula, vértebras, articulación temporomandibular y cráneo^[6,7,20-26].

■ Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas reveladoras de un condroblastoma no son específicas de esta lesión. El dolor es el síntoma principal en el 80-90% de los casos^[7,8,10,12,13,18]. Puede ser de tipo mecánico, inflamatorio o mixto. En la mayoría de los casos, afecta a la articulación adyacente o al extremo de un hueso largo. Una simple cojera puede revelar la lesión, localizada en el miembro inferior (en cerca del 10% de los casos)^[10], especialmente en los niños más pequeños, que no siempre transmiten el concepto de dolor, sobre todo si éste es moderado o intermitente (Fig. 2).

En la exploración física, según algunos autores, en más del 70% de los casos se detecta una rigidez articular moderada asociada al dolor^[7,13]. En ocasiones se demuestra la presencia de edema o de derrame articular^[7], ya sea por reacción inflamatoria de vecindad o debido a la extensión de la lesión a la articulación. Las regiones epifisaria y metafisaria suelen ser sensibles a la palpación^[7]. Es menos común observar una tumefacción local como signo de un condroblastoma voluminoso que ha roto la cortical y se ha extendido a los tejidos blandos.

El condroblastoma puede manifestarse por una fractura patológica de manera excepcional (Fig. 3). Además, el diagnóstico se puede establecer de modo fortuito en una radiografía efectuada por otra razón, por ejemplo, después de un traumatismo^[10].

El tiempo transcurrido entre los primeros signos clínicos y el diagnóstico de certeza suele ser inferior a 1 año (en el 75% de los casos)^[18], con un término medio de 6 meses^[10].

Las publicaciones mencionan otras manifestaciones clínicas excepcionales: una tetraparesia por una localización vertebral cervical^[27], un síndrome de la cola de caballo^[28], fracturas patológicas^[29,30], etc.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3349235>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3349235>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)