

Hospital Provincial Clínico Quirúrgico "José Ramón López Tabrane"
Matanzas, Cuba

Fibroma condromixoide diafisario de tibia

Dr. Osmel Martínez Rosales,¹ Dr. Yoel Gutiérrez Calero,¹ Dr. Alfredo E. Oliver Martín² y Dr. Oscar Fernández Valle²

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente de 21 años de edad con antecedentes de salud, atendida en el Hospital "José R. López Tabrane" de Matanzas; que presentaba aproximadamente durante 6 meses, dolor y aumento de volumen de la cara antero interna de la tibia izquierda, sin estar asociado a otra sintomatología, ni antecedentes traumáticos. Se realizaron estudios radiológicos, humorales y anatomopatológicos, y se diagnosticó un fibroma condromixoide diafisario de tibia. Fue intervenida quirúrgicamente, se realizó curetaje de la lesión y se rellenó con injerto óseo esponjoso y corticoesponjoso.

Palabras clave: fibroma condromixoide, tibia, tratamiento.

El fibroma condromixoide es un tumor benigno, que se caracteriza por la presencia de zonas lobuladas de células fusiformes o estrelladas, con abundante material intercelular mixoide o condroide. En ocasiones se observan grandes células pleomórficas que puede confundirse con el condrosarcoma.¹⁻³

Microscópicamente es de pequeño tamaño. Su estructura es similar a un cartílago hialino o una masa fibrosa translúcida. Con frecuencia la superficie tumoral aparece claramente lobulada con esclerosis del hueso vecino. Su cuadro histológico es muy variable, está en dependencia de la edad y el grado de maduración de la lesión

En este tipo de lesión existen predominio de las zonas mixoides, células con borde citoplasmático pobremente definidos, que se pierden en el material mixoide intercelular, núcleos redondeados, ovalados o poligonales con procesos fibrilares. La matriz se torna de color azulada mediante la técnica de coloración por hematoxilina y eosina; debido a su alto contenido acuoso. Existen células gigantes multinucleadas alrededor de los vasos sanguíneos, macrófagos cargados de hemosiderina, células mononucleares y algunos polimorfonucleares.²

Existen autores que describen formas intermedias entre el fibroma condromixoide y el condroblastoma. Estas formas se denominan variantes atípicas.³⁻⁵

Generalmente, este tipo de lesión aparece en los adolescentes y adultos jóvenes, entre la segunda y tercera década de vida, sin predominio del sexo. Se localiza con frecuencia en la metáfisis de los huesos largos y en situación céntrica, fundamentalmente en la

metáfisis distal del fémur, proximal de la tibia y distal del peroné; aunque se ha visto en pies y manos, y raramente en pelvis, vértebras, clavículas, costillas y escápulas.^{2,6-9}

Radiológicamente, se observa una zona de rarefacción ósea bien delimitada, que puede provocar abombamiento o expansión del hueso, que da la impresión de estar atravesada por trabéculas; por causa de la superposición en los espacios de las ondulaciones que surcan la superficie interna de la cavidad. Su tamaño oscila entre 1,5 y 8 cm, y puede tener pequeñas calcificaciones en su interior.¹⁰⁻¹¹

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 21 años de edad, del sexo femenino, de raza blanca, que hace \pm 6 meses comenzó a presentar aumento de volumen, acompañado de dolor en el tercio proximal de la tibia izquierda, sin antecedentes de trauma, por lo que acudió a consulta externa.

Exámen físico

Al examen físico se observó aumento de volumen en cara anterointerna del tercio proximal en la diáfisis de la tibia izquierda. Se palpó una masa dura, adherida a planos profundos, ligeramente dolorosa a la palpación y a la marcha. El resto del examen físico regional y por aparatos fue negativo.

Exámenes complementarios

Los exámenes hematológicos se evaluaron dentro de límites normales.

Se realizó radiología convencional anteroposterior y lateral de la tibia (fig.1), donde se observó una zona radiotransparente de \pm 6 cm, con bordes bien definidos que abombaban la cortical, con tabiques en su interior.

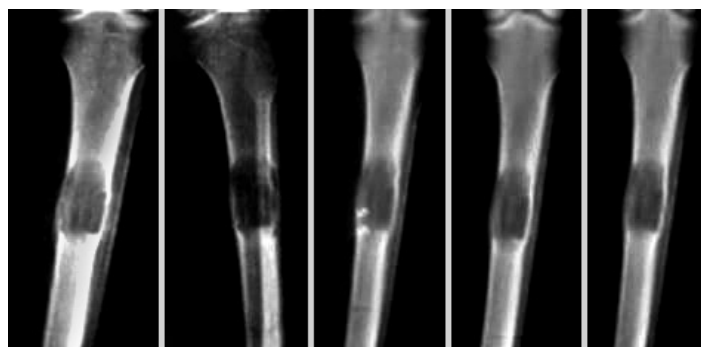


Fig.1. Vista anteroposterior y lateral de la tibia izquierda, donde se observa una zona radiotransparente

En el ultrasonido se detectó una ruptura de la cortical de la tibia (fig.2). Por tal motivo se decidió realizar una biopsia de la lesión para definir la conducta a seguir. Se diagnosticó un fibroma condromixoide de la diáfisis de la tibia izquierda; por lo que se decidió intervenir quirúrgicamente al paciente.

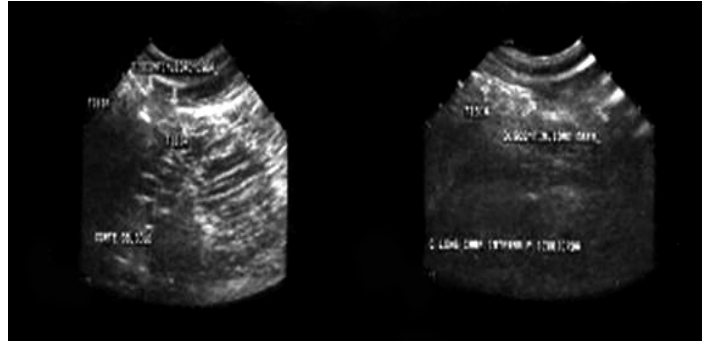


Fig.2. Ultrasonido de la tibia izquierda, donde se observa ruptura de la cortical

Tratamiento quirúrgico

Se realizó curetaje de la lesión y se procedió a rellenar la misma con injerto esponjoso; posteriormente se reparó la cortical de la tibia con injerto corticoesponjoso de cresta iliaca proveniente del padre de la paciente.

A la paciente se le dio el alta hospitalaria a los 4 días de evolución y se siguió por consulta externa; se le realizó radiografías evolutivas (fig.3), donde se pudo apreciar la osteointegración.



Fig.3. Radiografía evolutiva de la tibia izquierda después de la intervención quirúrgica

En la actualidad la paciente se encuentra deambulando sin recidivas después de 5 años de operada.

DISCUSIÓN

Jaffe y Lichtenstein, en 1948, describieron que el fibroma condromixoide era el tumor benigno de origen cartilaginoso menos frecuente. En los Estados Unidos, esta lesión representa menos del 1 % de los tumores óseos primarios y aproximadamente el 2 % de los tumores benignos de hueso. *Salzer-Kuntschik*, señaló que hasta 1965 se habían publicado solamente 136 casos con esta lesión en las literaturas científicas. Hasta el año 2000, se registra un reporte de 500 casos aproximadamente en este tipo de publicación.¹⁻

El fibroma condromixoide se presenta en mucho de los casos en los pacientes mayores de 30 años, con un pico de incidencia entre la segunda y tercera década de vida, sin predominio de sexo. Aunque según *Schajowitz* y *Feldman*, en su serie constataron un predominio del sexo masculino, con una relación de 5:1.^{2,7-12}

Aunque en algunos casos el tumor se presenta de forma asintomática; generalmente el dolor leve intermitente está de manifiesto y algunos refieren aumento de volumen de la zona afectada.¹²

Feldman,¹² reportó que el 32 % de estas lesiones ocurre en la metafisis proximal de la tibia y el 16,5 % en el fémur; el caso que se presentó se detectó en la diáfisis de la tibia. Los sitios donde menos se presentan son: pelvis, peroné, calcáneo y los metatarsianos. Sin embargo, el sitio más común en encontrarlo, es en cualquier lugar de la rodilla.^{3,8-9,11-13}

En el estudio radiológico en huesos largos se aprecia una imagen oval o redondeada de rarefacción céntrica y metafisaria, con un contorno externo como una fina cáscara de hueso reactivo y un contorno interno de borde festoneado e irregular.

En cuanto al tratamiento, diversos autores coinciden con la resección en bloque, dada la tendencia a la recidiva del tumor después del curetaje. Incluso al cabo de 19 años de evolución después de la intervención quirúrgica, se han reportado en los pacientes más jóvenes recurrencia a las lesiones de tipo mucinoide. Por suerte, no se han encontrado casos de transformación maligna.^{1-2,5-6,14-16}

Es importante tener en cuenta el diagnóstico diferencial con el quiste óseo aneurismático, el condroblastoma benigno, la displasia fibrosa, el encondroma y el tumor de células gigante.¹⁷

Se concluye, que el fibroma condromixoide es un tumor raro de los huesos y la diáfisis de la tibia es un sitio poco frecuente. Sin embargo, este diagnóstico debe ser considerado en caso de presentarse una lesión atípica de la diáfisis.

SUMMARY

Chondromyxoid diaphyseal fibroma of the tibia

The case of a 21-year-old-patient with past health seen at "José R. López Tabrane" in Matanzas, with pain and volume increase of the antero-internal side of the left tibia, without being associated with other symptomatology, and with no traumatic history, was presented. X-ray, humoral and anatomopathological studies were conducted, and a chondromyxoid diaphyseal fibroma of the tibia was diagnosed. She underwent surgery. Curettage of the lesion was performed and it was filled with cancellous and corticocancellous bone graft.

Key words: Chondromyxoid fibroma, tibia, treatment.

RÉSUMÉ

Fibrome chondro-myoïde diaphysaire du tibia

Un cas d'une patiente âgée de 21 ans avec une histoire de mauvaise santé, atteinte pendant 6 mois environ d'une douleur et d'une inflammation de la face antéro-interne du tibia gauche sans être associées à une autre symptomatologie ni histoire traumatique, et traitée à l'hôpital " José R. López Tabrane ", à Matanzas, est présenté. Des examens radiologiques, sérologiques et anatomopathologiques ont été effectués, et un fibrome chondro-myoïde diaphysaire au niveau du tibia a été diagnostiqué. La patiente a subi une intervention chirurgicale, dans laquelle un curetage de la lésion, étant remplie avec un greffon osseux spongieux et corticospongieux, est réalisé.

Mots clés: fibrome chondro-myoïde, tibia, traitement.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salzer M, Salzer-Kunstchik M. Das chondromixoidfibrom. Langenkecks Arch Klin Chir. 1965; 312: 216-31.
2. Schajowitz F. Fibroma condromixoide. En: Tumores y lesiones seudotumorales de huesos y articulaciones. Buenos Aires: Panamericana; 1981. p. 161-9.
3. White PG, Saunders L, Orr W, Friedman L. Chondromyxoid fibroma. Skeletal Radiol. 1996; 25: 79-81.
4. Singh JP, Shrimali R, Garg L, Setia V. Chondromyxoid fibroma of humerus. Ind J Radiol Imag. 2002; 12(4): 531-2.
5. Rouvillain JL, Jouanelle A, Delattre O, Pascal H, Catonne Y. A propos of case of chondromyxoid fibroma of the talus. A review of the literature. Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot. 1997; 83(4): 372-7.
6. Dahlin DC. Bone tumors. 2da ed. Springfield: Charles C. Thomas;1967.
7. Baron RL, Galinski AW, Vlahos M, Heiring M. Chondromyxoid fibroma. J Am Podiatr Med Assoc. 1996; 86(5): 212-6.
8. Durr HR, Lienemann A, Nerlich A, et al: Chondromyxoid fibroma of bone. Arch Orthop Trauma Surg. 2000; 120(1-2): 42-7
9. Krauspe R. Chondroma, chondroblastoma and chondromyxoid fibroma. Orthopade.1995; 24(1): 29-36.
10. Muller-Miny H, Erlemann R, Roessner A, Wuismann P, Reiser M. The x-ray morphology of chondromyxoid fibroma. ROFO Fortschr Geb Roetgenstr Nuklearmed. 1989; 150(4): 390-4.
11. Ralph LL Chondromyxoid fibroma of bone. J Bone Joint Surg. 1964; 44: 7-24.
12. Feldman F. Chondromyxoid fibroma. In: Ranniger K (ed). Bone tumors. Berlin: Springer-Verlag. 1977. p.158.
13. Mulder JD, Schutle HE, Kroon HM, Taconis WK. Radiologic atlas of bone tumors. Amsterdam: Elsevier; 1993. p.475.
14. Danielsen B, Ritzau M, Wenzel A. Recurrence of chondromyxoid fibroma: a case report. Dentomaxillofac Radiol. 1991; 20(2): 65-7.
15. Kreicbergs A, Lonbquist PA, Willems J. Chondromyxoid fibroma. A review of the literature and a report on our experience. Acta Pathol Microbiol Inmunol Scand.1985; 93(4): 189-97.
16. O'Connor PJ, Gibbon WW, Hardy G, Butt WP. Chondromyxoid fibroma of the foot. Skeletal Radiol. 1996; 25(2): 143-8.

17. Zillmer DA, Dorfman HD. Chondromyxoid fibroma of bone: thirty-six cases with clinicopathologic correlation. Hum Pathol. 1989; 20(10): 952-64.

1- Especialista de I Grado en Cirugía Ortopédica y Traumatología.

2- Especialista de I Grado en Cirugía Ortopédica y Traumatología. Profesor Instructor.

Correspondencia: Dr. Alfredo E. Oliver Martín

Dirección del Hospital: Versalles, Matanzas, Cuba. Teléfono: 24-70-11. E-mail:

alfredo.oliver@infomed.sld.cu

Recibido: 19 de febrero de 2006

Aprobado: 15 de marzo de 2006