

Condrioblastoma de escafoides carpiano *Chondroblastoma of the carpal scaphoids*

F.J. Repáraz¹, J. Garbayo¹, M. A. Arrechea², C. Corchuelo¹, A. Tejero¹, H. Ayala¹

RESUMEN

El condrioblastoma es un tumor benigno de origen cartilaginoso que representa menos del 1% de todos los tumores óseos primarios. Se localiza típicamente en la epífisis de los huesos largos. Un 10% de los condrioblastomas afectan a huesos del pie y de la mano. El asiento de esta lesión en el carpo es extraordinariamente raro.

Se presenta un caso de condrioblastoma del escafoides del carpo que fue tratado mediante curetaje de la lesión y relleno con injerto óseo autólogo de cresta iliaca.

Palabras clave. Condrioblastoma. Escafoides.

ABSTRACT

A chondroblastoma is a benign tumour of cartilaginous origin which represents less than 1% of all primary osseous tumours. It is typically localised in the epiphysis of the long bones. Some 10% of chondroblastomas affect the bones of the foot and the hand. It is extremely rare for the seat of this lesion to be in the carpal bones.

We present a case of chondroblastoma of the carpal scaphoids that was treated through curetage of the lesion and filling with autologous osseous graft from the iliac crest.

Palabras clave. Chondroblastoma. Scaphoids.

An. Sist. Sanit. Navar. 2008; 31 (3): 295-300.

1. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital de Navarra. Pamplona.
2. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Navarra. Pamplona.

Recepción el 20 de junio de 2008

Aceptación provisional el 3 de julio de 2008

Aceptación definitiva el 3 de septiembre de 2008

Correspondencia:

Francisco Javier Repáraz Padrós
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología
Hospital de Navarra
Irunlarrea, 3
31008 Pamplona
Tfno. 848422206
E-mail: repamapr@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El condroblastoma es una lesión benigna relativamente rara, que fue descrita por Jaffe y Lichtenstein en 1942, específicamente como una entidad clinicopatológica distinta de las llamadas variantes del tumor de células gigantes del hueso¹. Representa menos del 1% de los tumores óseos primarios y un 9% de los benignos. Típicamente se localiza en la epífisis de los huesos largos. El húmero proximal, el fémur distal y la tibia proximal son los lugares afectados más frecuentemente². Un 10% de los condroblastomas se localizan en los huesos de la mano y el pie, siendo el astrágalo y el calcáneo los más afectados³. La afectación del carpo es excepcionalmente rara^{2,4}.

La mayoría de los pacientes tiene menos de 30 años, con un pico de incidencia en la segunda década de la vida y es dos veces más frecuente en hombres².

El comportamiento de estas lesiones es benigno en la gran mayoría de los casos pero hay descritos casos aislados de condroblastoma con transformación maligna espontánea⁵.

El tratamiento habitual de estas lesiones es el curetaje seguido de relleno de la cavidad con hueso esponjoso.

CASO CLÍNICO

Se presenta un caso de una paciente de 26 años que acude a consulta por dolor en la muñeca derecha de 7 años de evolución sin antecedente traumático. El dolor en reposo era de carácter leve, pero aumentaba con la actividad manual y especialmente con la extensión forzada de la muñeca. No mejoraba con tratamiento médico sintomático.

La interlínea articular radiocarpiana dorsal y el polo proximal del escafoides eran dolorosos a la palpación. No se apreciaba tumoración palpable. La movilidad de la muñeca presentaba

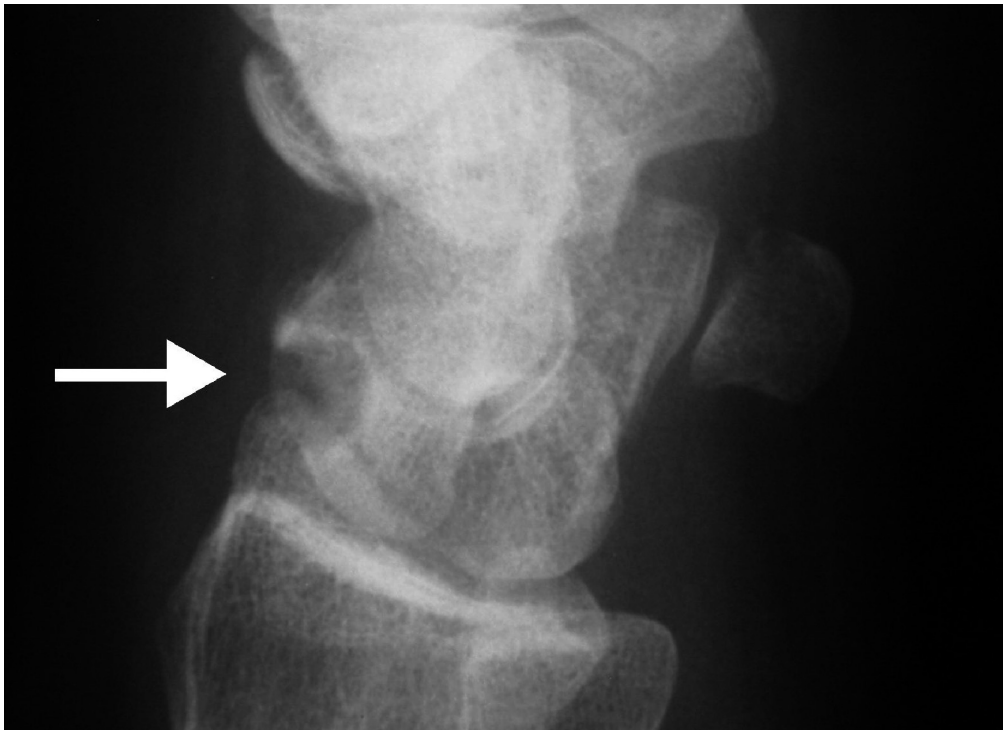


Figura 1. Radiografía en proyección oblicua de la muñeca que muestra una lesión radioluciente, excéntrica en el tercio medio del escafoides.

una ligera limitación en los últimos grados de flexión y extensión.

La imagen radiológica mostraba una lesión radioluciente, bien definida, ovalada, localizada en el tercio medio-dorsal del escafoides (Fig. 1). En la TAC se apreciaba la localización excéntrica dorsal de la lesión y un punteado compatible con calcificaciones. En la RM destacaban signos de marcado edema óseo en el escafoides, excepto en su tercio distal y sinovitis adyacente. Con el diagnóstico de sospecha de una lesión benigna (encondroma, ganglión intraóseo) se decidió el tratamiento quirúrgico de la lesión. Éste se realizó mediante una vía de abordaje dorsal del escafoides. Tras la apertura de la cápsula articular se expuso la cara dorsal de la epífisis distal del radio y del escafoides, apreciándose en el tercio medio de este último una tumoración de aspecto nacarado y coloración rojo vinoso que ocupaba la cresta dorsal del hueso navicular (Fig. 2). Se realizó un legrado exhaustivo de la lesión y relleno del defecto con injerto óseo esponjoso de cresta iliaca.

El material remitido estaba formado por islotes de matriz cartilaginosa rodeados por un tejido celular abundante constituido por células pseudo-condroblásticas. Dichas células eran

redondeadas u ovoides con núcleos hipercrómicos, un citoplasma claro o moderadamente eosinófilo y una membrana plasmática nítida (Fig. 3). El pleomorfismo celular era mínimo y el índice mitótico muy bajo. Algunas células contenían hierro. Entre las células pseudocondroblásticas se encontraban abundantes células gigantes de tipo osteoclastico. En algunas áreas había zonas de calcificación irregular. Se observaban además algunas áreas de transformación quística que asemejaban quistes aneurismáticos. El diagnóstico anatomopatológico fue condroblastoma de escafoides carpiano.

Tras el tratamiento quirúrgico se inmovilizó la muñeca con una férula antebraquial durante 3 semanas y posteriormente la paciente fue remitida al Servicio de Rehabilitación. En la revisión efectuada a los 3 meses se apreció una recuperación completa de la movilidad de la muñeca e imagen radiológica de consolidación ósea del autoinjerto de cresta iliaca.

Dos años después del tratamiento quirúrgico no hay evidencia de recidiva y persiste una desaparición completa del dolor con movilidad de la muñeca similar a la contralateral, así como una imagen radiológica del escafoides totalmente normalizada (Fig. 4).

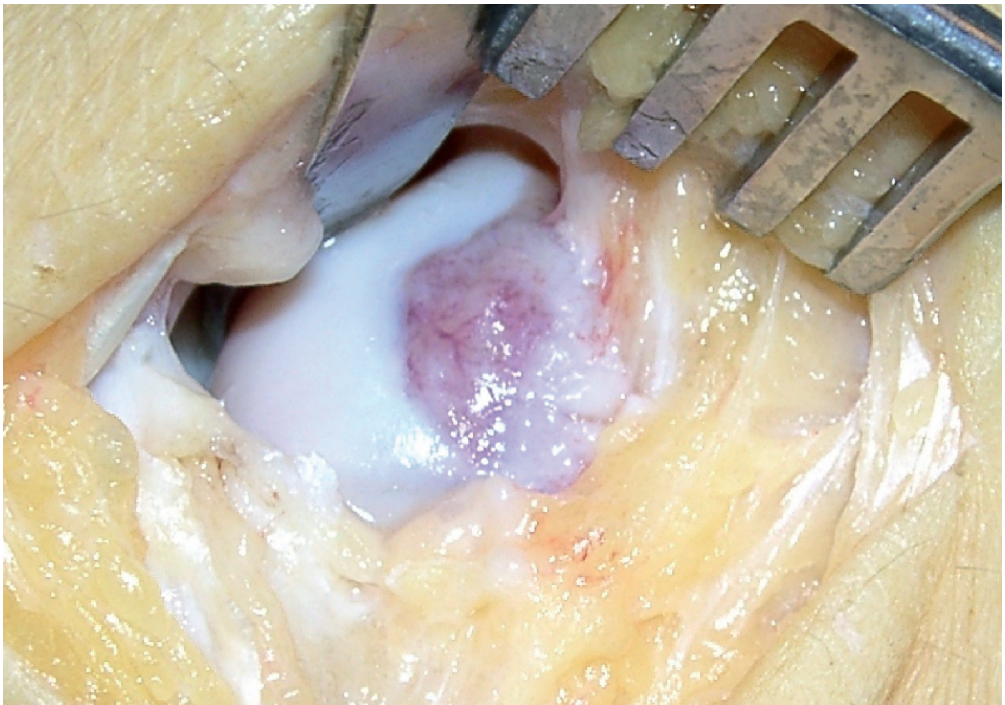


Figura 2. Imagen macroscópica de la lesión.

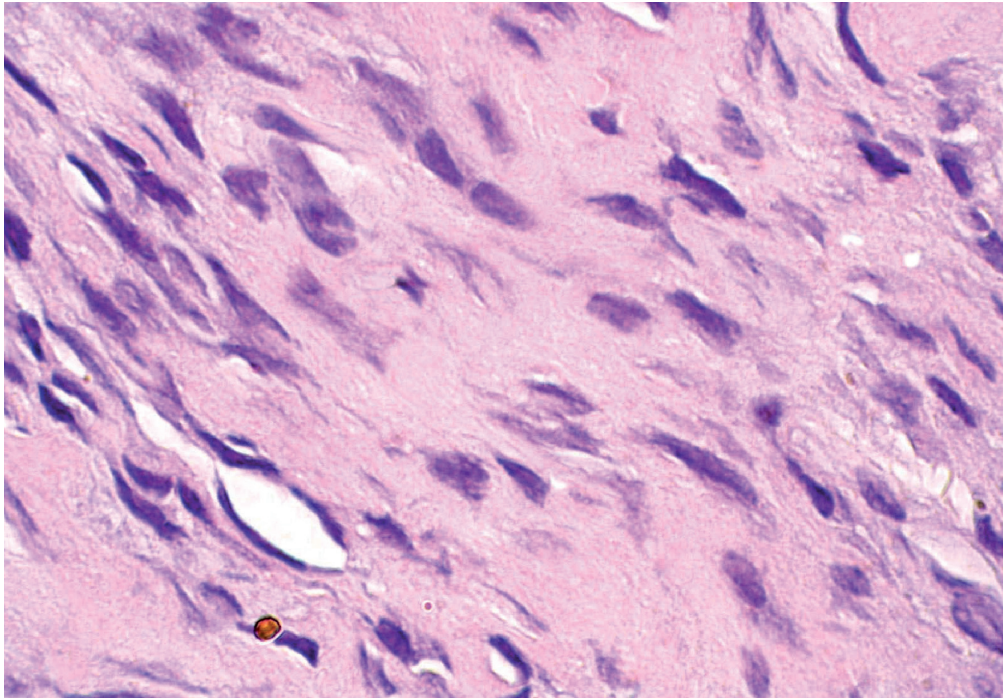


Figura 3. Células pseudocondroblásticas redondeadas u ovoides (HE x 600).



Figura 4. Imagen radiológica a los 2 años del tratamiento.

DISCUSIÓN

El condroblastoma es un tumor benigno relativamente raro, cuya localización está relacionada con el cartilago de crecimiento de un núcleo epifisario primario o accesorio². Los sitios más frecuentemente afectados por este tumor son las epífisis de los huesos largos mientras que una minoría afecta a huesos planos y a los huesos de la mano y del pie, con especial afinidad por el calcáneo y el astrágalo^{3,6}.

Su asiento en los huesos del carpo es muy poco frecuente. Sólo se citan tres casos en la revisión de 458 pacientes realizada por Huvos y Marcove⁴, en la que no se especifica qué hueso del carpo está afectado y ninguno entre los 70 casos revisados por Springfield y col⁷. En la búsqueda realizada en la base de datos Medline sólo encontramos un caso de afectación del escafoides del carpo⁸.

El condroblastoma es dos veces más frecuente en hombres y la mayoría de los pacientes tienen menos de 30 años, con un pico de incidencia en la segunda década de la vida^{2,6}, dato que se corresponde con la edad que tenía la paciente que presentamos al comienzo de la sintomatología. Ésta fue inespecífica como en la mayoría de los condroblastomas⁷ y consistió en dolor crónico cercano a la articulación de la muñeca. No se apreció masa de tamaño creciente ni derrame articular como se ha descrito en otros casos^{7,8}.

Las causas de dolor o molestias en la muñeca son múltiples. Las más frecuentes: tenosinovitis, neuropatías por atrapamiento, lesiones ligamentosas y del fibrocartilago triangular, transtornos osteoartroíticos, osteonecrosis (enfermedad de Kienböck) y tumores. Entre éstos son mucho más frecuentes los de partes blandas, especialmente los gangliones en mujeres jóvenes.

En cuanto al diagnóstico diferencial radiográfico de una lesión lítica, bien definida, sin expansión de la cortical y localizada en el carpo, hay que tener en cuenta otros tumores óseos benignos más frecuentes, dentro de su rareza, como el endondroma y el ganglión intraóseo.

La RM es la prueba de elección en la evaluación de tumores en el área de la

muñeca. En nuestro caso las características de imagen (Rx, TAC y RM) fueron similares a las descritas habitualmente en otras localizaciones más habituales de tumores benignos condroides^{1,2,4,7-10}.

Los rasgos histológicos eran los descritos típicamente en el condroblastoma: nódulos de matriz cartilaginosa rodeados por un tejido de alta celularidad, relativamente indiferenciado, constituido por células redondeadas u ovoides semejantes a los condroblastos y por células gigantes multinucleadas de tipo osteoclasto aisladas o en grupos, así como pequeñas zonas de calcificación focal^{2,7}.

El legrado intracavitario con relleno de autoinjerto óseo procedente de cresta iliaca es el tratamiento de elección^{2,4,7}. El comportamiento de estas lesiones es benigno en la gran mayoría de los casos, pero hay descritos casos aislados de condroblastoma con transformación maligna espontánea⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. JAFFE HL, LICHTENSTEIN L. Benign chondroblastoma of bone: Reinterpretation of so-called calcifying or chondromatous giant cell tumor. *Am J Pathol* 1942; 18: 969-991.
2. SCHAJOWICZ F, GALLARDO H. Epiphyseal chondroblastoma of bone: a clinico pathological study of sixty-nine cases. *J Bone Joint Surg* 1970; 52B: 205-226.
3. KRICUN ME, KRICUN R, HASKIN ME. Chondroblastoma of the calcaneus: Radiographic features with emphasis on location. *Am J Roentgenol* 1977; 128: 613-616.
4. HUVOS AG, MARCOVE RC. Chondroblastoma of bone. A critical review. *Clin Orthop* 1973; 95: 300-312.
5. PÖSL M, WERNER M, AMLING M, RITZEL H, DELLING G. Malignant transformation of chondroblastoma. *Histopathology* 1996; 29: 477-480.
6. BLISS DG, MANN RJ. Chondroblastoma of a metacarpal. Report of a case and review of the literature. *Clin Orthop Relat Res* 1985; 194: 211-213.
7. SPRINGFIELD DS, CAPANNA R, GHERLINZONI F, PIZZI P, CAMPANACCI M. Chondroblastoma. A review of seventy cases. *J Bone Joint Surg* 1985; 67A: 748-755.

8. NG JP, LEE JC. Test and teach. Number Sixty-two. Chondroblastoma of the scaphoid. *Pathology* 1990; 22: 10, 49.
9. KROON HM, BLOEM JL, HOLSCHER HC, VAN DER WOUDE HJ, REIJNIERSE M, TAMINIAU AHM. MR imaging of edema accompanying benign and malignant bone tumors. *Skeletal radiol* 1994; 23: 261-269.
10. WEATHERALL PT, MAALE GE, MENDELSON DB, SHERRY CS, ERDMAN WE, PASCOE HR. Chondroblastoma: classic and confusing appearance at MR imaging. *Radiology* 1994; 190: 467-474.