

## Fibroma condromixoide de hueso pisiforme de carpo. Reporte de un caso clínico

Dra. Elizabeth Velásquez\*, Dr. Raúl Velásquez\*\*, Dr. Nabil Manzour\*\*\*, Dr. Javier Varela\*\*\*\*

Dra. Elizabeth Velásquez, Dr. Raúl Velásquez, Dr. Nabil Manzour, Dr. Javier Varela. **Fibroma condromixoide de hueso pisiforme de carpo. Reporte de un caso clínico. Revista Venezolana de Cirugía Ortopédica y Traumatología.** Vol. 36 N° 2, 2004.

### RESUMEN

El fibroma condromixoide es un tumor de origen cartilaginoso benigno que contiene matriz mixoide y condroide, se diagnostica más frecuentemente en la metáfisis de los huesos largos de adultos jóvenes o adolescentes.

El presente caso se refiere a un paciente masculino de 14 años de edad, estudiante, quien inició su enfermedad hace 2 meses, posterior a traumatismo directo en borde cubital de mano izquierda, presentando aumento de volumen que progresó rápidamente con signos inflamatorios, siendo tratado en otro centro asistencial como absceso en mano izquierda, realizándosele cultivo con resultado negativo. El examen radiológico evidencia lesión redondeada en contacto con hueso pisiforme. Se ingresa a la institución y se le realiza resección total de masa tumoral que incluía hueso pisiforme. La biopsia de la lesión arroja como resultado fibroma condromixoide. Tres meses después de la resección tumoral no se evidencian ni signos clínicos ni radiológicos de recidiva.

**Palabras clave:** Fibroma condromixoide, tumor óseo benigno, tumor cartilaginoso.

### ABSTRACT

Chondromyxoid fibroma is a cartilage benign tumor that's contain mixoid and condroid matriz, localited in adolescents large bones metaphysis.

This clinic case, show a male of 14 years-old, student, who began his disease two months ago, for a direct trauma in cubital side of left hand, with increase volume quickly progress and inflammatory signs, treaty how hand abscess, which realized it culture whit negative result. The radiologic exam show esferic lesion in contact with pisiform bone. The biopsy of the tumor resulting Chondromyxoid fibroma. Three months later don't show relapse clinic sings and radiologics.

**Key works:** Chondromyxoid fibroma, benign tumor, cartilage tumor.

### INTRODUCCIÓN

El fibroma condromixoide es un tumor óseo benigno de origen cartilaginoso<sup>1,2,5,7,8,12-15</sup> caracterizado por la asociación de tejido condroide y fibromixoide en proporciones variables<sup>1,5,14-17</sup>.

Es uno de los tumores óseos más raros, representa 0,5 % de todos los tumores óseos y 2 % de los tumores óseos benignos<sup>1,2,4,5,13-15</sup>. Existe cierto predominio masculino y suele diagnosticarse entre los 10 y 20 años<sup>14,15</sup>, en la metáfisis de los huesos largos de los adultos jóvenes<sup>1,2,4-8,14-16</sup>, su localización es

\* Residente Asistencial. Servicio de Traumatología del Hospital Central Dr. "Luis Ortega" de Porlamar.

\*\* Residente del 1º año de Posgrado. Traumatología del Hospital Central de Valencia.

\*\*\* Adjunto del Servicio de Traumatología del Hospital Central Dr. "Luis Ortega" de Porlamar.

\*\*\*\* Adjunto del Servicio de Traumatología del Hospital Central Dr. "Luis Ortega" de Porlamar.

Servicio de Traumatología, Hospital Central "Dr. Luis Ortega". IVSS, Porlamar, Venezuela.

excéntrica, más frecuentemente la epífisis de la tibia. Otras localizaciones son porción distal del fémur, metatarsianos del pie, falanges y huesos del retropié, sin embargo, se han referido casos en columna vertebral, pelvis, costillas, esternón, omóplato, cráneo y mandíbula<sup>6,15,16,19</sup>.

La sintomatología clínica incluye la presencia de una masa tumoral localizada junto a dolor local y signos de inflamación adyacentes a la lesión<sup>14,15</sup>.

El aspecto radiológico resulta bastante característico, se trata de una lesión redondeada u ovoide, excéntrica, metafisaria, con contornos bien definidos, con patrón de destrucción ósea geográfica con un borde esclerótico y fenestrado<sup>16</sup> no se observa calcificaciones en la radiografía, con frecuencia erosiona o abomba la cortical sin reacción perióstica<sup>15,16</sup>.

Se pueden identificar 2 tipos de matriz: condroide densa de características basófilas y matriz mixoide de características eosinofílicas, esta última más predominante. Grandes áreas de células fusiformes o estrelladas distribuidas dentro del abundante material mixoide o condroide<sup>15,16</sup>.

El diagnóstico diferencial se realiza fundamentalmente con otras lesiones benignas. Radiológicamente debe distinguirse de la displasia fibrosa, tumor de células gigantes, fibroma no osificante, quiste óseo aneurismático; por anatomía patológica del condrosarcoma mixoide, condroblastoma, encondroma, tumor de células gigantes<sup>15,16</sup>.

A veces la lesión puede ser radiológicamente indistinguible de un quiste aneurismático.

La semejanza histológica del condrosarcoma y el fibroma condromixoide puede ser grande, dificultando así su diferenciación<sup>1,15,16</sup>.

El fibroma condromixoide es un tumor de evolución generalmente lenta, cuyo tamaño aumenta progresivamente manteniéndose siempre limitado por una esclerosis reactiva y un periostio ininterrumpido. La principal característica del fibroma condromixoide es el riesgo de recidivas tras el tratamiento, especialmente después del legrado intralesional<sup>4,7,8,12,15</sup>.

El tratamiento tradicional del fibroma condromixoide consiste en un legrado completo, eventualmente seguido de una reconstrucción mediante injerto en función de la extensión de la lesión<sup>4,15</sup>.

El tratamiento ideal consiste en la resección que lleve hasta hueso sano, en la periferia del tumor<sup>1,8,13,15</sup>.

## CASO CLÍNICO

Se trata de paciente adolescente masculino de 14 años de edad, quien al momento del ingreso a la institución tenía dos meses de evolución de su enfermedad actual, cuando posterior a traumatismo directo sobre borde cubital de mano izquierda, comienza a presentar, aumento de volumen progresivo y enrojecimiento de dicha zona, con punto central muy doloroso, inclusive al roce; motivo por el cual acude a facultativo quien diagnostica absceso en mano izquierda por lo que comienza tratamiento con antibiótico (Figura 1 y 2).

Después de dos semanas y en vista de no observar mejoría y por el contrario progresar el aumento de volumen y consistencia de la zona, acude nuevamente al facultativo quien decide drenar la lesión, evidenciándose ausencia de salida de cualquier tipo de secreción; continúa con la antibióticoterapia por una semana y en vista de no mejorar se le realiza radiografía, evidenciándose tumoración lobulada, en contacto con hueso pisiforme del carpo (Figura 3),



Figura 1. Control tres meses después de resección.



Figura 2. Aspecto de borde cubital de mano tres meses después de resección.

por lo cual es referido a este centro asistencial. Al examen físico de ingreso se evidencia tumoración de aproximadamente 6x7 cm ovalada en borde cubital de mano izquierda, muy sensible al tacto en región central de tumoración, de consistencia sólida, sin latido, no móvil, con rubor y calor local (Figura 1 y 2).

Se le solicitan exámenes de laboratorio como: calcio sérico con resultados de 9,6 mg/dL (vn=8,5-10,5), fósforo de 3,2 (vn=2,5-4,8), y fosfatasas alcalinas elevadas de 88,18 (vn=13-43).

Se planifica la intervención quirúrgica, realizándosele resección total de tumoración y hueso pisiforme (Figura 4.a), evidenciándose en el acto operatorio: tumoración de 4 x 6 cm, consistencia pétrea, vascularizada, adherida a plano superficial, hueso pisiforme y músculo.



Figura 3. Radiografía de tumoración.

### Estudio anatomopatológico

- Descripción macroscópica: espécimen mayor óseo de color blanco nacarado de superficie lisa en una de sus caras y granular en otra, muestra forma irregularmente ovalada. El fragmento menor más plano de color pardo grisáceo con áreas blanco grisáceo periféricas (Figura 4: b y c).
- Descripción microscópica: los cortes histológicos del material examinado muestra lesión benigna en la cual se aprecia proliferación de células fusiforme de escaso citoplasma y núcleos alargados, dispuestos en haces paralelos o formando pequeñas remolinos, con áreas laxas y edematosas, de aspecto mixoide y con zonas condroides. Las zonas condroides inmaduras, típicas, muestran evolución hacia tejido cartilaginoso inmaduro típico, hialino, disponiéndose en forma de pseudolóbulos y sin entremezclarse con el estroma fibroso fusocelular. Se aprecian células gigantes multinucleadas de diferentes tamaños, sin atipias y pequeños grupos de células histiocitarias. En algunas zonas se observan trabéculas óseas involutivas, necrosadas.
- Diagnóstico: el cuadro histológico es compatible con un fibroma condromixoide.

Tres meses después de la cirugía, no se observan signos de recidiva de la lesión tumoral a nivel radiológico ni al examen físico del paciente (Figura 5 y 6).

### DISCUSIÓN

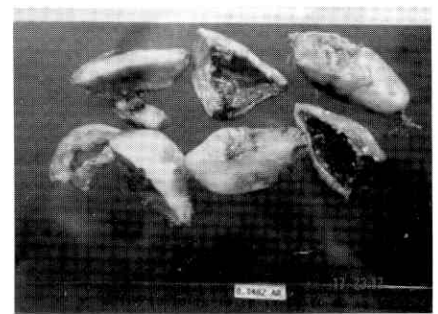
El presente caso evidencia una localización atípica del fibroma condromixoide, porque como se mencionó anteriormente este se diagnostica más frecuentemente en la metáfisis de huesos largos en



a.



b.



c.

Figura 4. a: Resección quirúrgica de tumor. b: Aspecto macroscópico de tumoración. c: corte de biopsia.

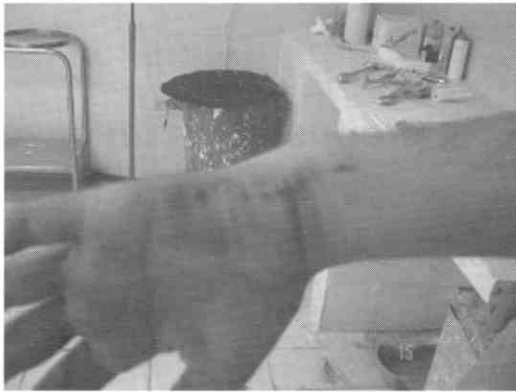


Figura 6. Aspecto de borde cubital de mano tres meses después de resección.



Figura 5. Radiografía control tres meses después de resección.

especial la tibia, aunque se han reportado casos en otros lugares poco comunes.

El crecimiento del fibroma condromixoide diagnosticado en el joven del caso clínico fue rápido, solo 2 meses posterior al traumatismo, y como hemos mencionado el tiempo de crecimiento de este tipo de tumor, típicamente es lento. A su ingreso en esta institución, tomándose en cuenta las características de la tumoración, la evolución, diagnóstico y tratamiento en otro centro asistencial (absceso), realizándose inclusive cultivo y antibiograma con resultados negativos, además de la afectación del hueso pisiforme del carpo en toda su extensión, con destrucción de su cortical, y calcificaciones intralesionales (todas estas características contrarias a las observadas radiológicamente en el fibroma Condromixoide), hicieron pensar, que podría tratarse de un tumor óseo maligno del tipo osteosarcoma, motivo por el cual el joven fue ingresado para resección total inmediata de dicha tumoración y posterior biopsia de la misma, con el resultado de fibroma condromixoide como anteriormente descrito.

## REFERENCIAS

1. Macdonald D, Fornasier V, Holtby R. Chondromyxoid fibroma of the Acromion whit soft tissue extensión. *Skeletal Radiol.* 2000;29(3):168-170.
2. Safar A, Nelson M, Neff JR, Maale GE, Bayani J, Squire J, Brige JA. Recurrent anomalies of 6q25 in Chondromyxoid fibroma. *Hum Pathol.* 2000;31(3):306-311.
3. Soder S, Inwards C, Muller S, Kirchner T, Aigner T. Cell biology and matrix biochemistry of Chondromyxoid fibroma. *Am J Clin Pathol.* 2001;116(2):271-277.
4. Durr HR, Lienemann A, Nerlich A, Stumpfenhausen B, Refior HJ. Chondromyxoid fibroma of bone. *Arch Orthop Trauma Surg.* 2000;120(1-2):42-47.

5. Engels C, Priemel M, Moller G, Werner M, Delling G. Chondromyxoid fibroma. Morphological variations, site, incidence, radiologic criteria and differential diagnosis. *Patholog E.* 1999;20(4):224-229.
6. Shek TW, Peh WC, Leung G. Chondromyxoid fibroma of skull base: A tumor prone to local recurrence. *J Laryngol Otol.* 1999;113(4):380-385.
7. Baron RL, Galinski AW, Vlashos M, Heiring M. Chondromyxoid fibroma. *J Am Podiatr Med Assoc.* 1996;86(5):212-216.
8. O'connor PJ, Gibbson WW, Hardy G, Butt Wp. Chondromyxoid fibroma of the foot. *Skeletal Radiol.* 1996;25(2):143-148.
9. Goldenhar AS, Neil J, Whittaker S. Chondromyxoid fibroma of a metatarsal and cuneiform. *J Am Podiatr Med Assoc.* 1994;84(8): 413-415.
10. Batsakis JG, Raymond AK. Chondromyxoid fibroma. *Am Otol Rhinol Laryngol.* 1989;98(7 pt 8):571-572.
11. Eybalin MC, Danais S, Marton D, Duhaime M. Chondromyxoid fibroma: Radiologic and radioisotope aspects. *Can Assoc Radiol J.* 1988;39(2):148-151.
12. Kyriakos M. Soft tissue implantation of chondromyxoid fibroma. *Am J Surg Pathol.* 1979;3(4):363-372.
13. Feit EM, Dobbs BM. Chondromyxoid fibroma of the forth metatarsal. *J Am Podiatr Med Assoc.* 2000;90(4):211-216.
14. Guinebretiere JM, Mascard E. Fibroma condromixoide. *Encyclopedie Médico-Chirurgicale-E-14-173.* Scientifi Ques et Médicales Elsevier SAS, París. 2001. Aparato locomotor. Tomo 2.
15. Greenspan Adam, Remagen W. Tumores de huesos y articulaciones. *Marban.* 2002:164-171.
16. Wiesel S, Delahay JN, Connell MC. Ortopedia fundamentos. *Panamericana.* 1994:99-288.
17. Munuera L. Introducción a la traumatología y cirugía ortopédica. *Interamericana.* 1996:162.
18. Ramos Vertiz A. Traumatología y ortopedia. 2ª edición. *Atlante.* 2000:665.
19. Pinholt E, Eldeeb M, Waite D. Chondromyxoid fibroma. *Int J Oral Maxillfac Surg.* 1986;15(5):553-564.