

# CONDROMA PERIÓSTICO

P. ZAMORA NAVAS \*  
A. BORRÁS VERDERA \*\*  
C. PEÑA REINA \*\*  
R. GONZÁLEZ CAMPORA \*\*\*  
H. GALERA DAVIDSON \*\*\*\*

## RESUMEN

**Se presenta un caso de condroma yuxtacortical localizado en un metatarsiano, describiendo sus características clínicas e histológicas, y se hacen diversas consideraciones en relación al diagnóstico diferencial y al tratamiento.**

## INTRODUCCIÓN

El condroma yuxtacortical es un tumor benigno infrecuente. Fue descrito por primera vez por Lichtenstein y Hall en 1952. Desde entonces solamente han sido descritas series muy cortas (1).

De presentación fundamentalmente en la infancia y en las 2 primeras décadas de la vida, afecta con preferencia a huesos tubulares de manos y pies, así como a metáfisis y diáfisis de huesos largos, sobre todo húmero proximal (4,5).

Es un tumor de crecimiento lento y excéntrico, que se desarrolla dentro o por debajo del tejido conectivo perióstico o parostal. Erosiona la cortical subyacente y determina un crecimiento en platillo, limitado por un área esclerosa.

Puede producir clínica dolorosa, y tumefacción aunque fundamentalmente es la presencia de tumoración indolora lo que los caracteriza.

Radiológicamente se manifiesta como una imagen localizada en la superficie del hueso, cercana a la articulación, en la que produce una reacción de corticalización, sin penetrar en la medular, con aumento de la densidad y una masa extraósea que, en ocasiones, alberga en su seno una matriz con calcificaciones irregulares en su interior.

Histológicamente, se caracteriza por presentarse como una masa lobulada. En

---

\* Doctor Medicina. Facultativo Especialista de Área. Servicio de COT.HGB de la Axarquía. Vélez Málaga. Málaga.

\*\* Doctor/a en Medicina. Facultativo Especialista de Área. Servicio de COT.HU Sevilla.

\*\*\* Doctor en Medicina. Profesor Titular. Cátedra Anatomía Patológica. Facultad de Medicina. Sevilla.

\*\*\*\* Doctor en Medicina. Catedrático Anatomía Patológica. Facultad de Medicina. Sevilla.

su interior se encuentra una abundante celularidad de tipo cartilaginosa y tamaño variable, con imágenes frecuentes de núcleos dobles y abundantes figuras mitóticas.

El diagnóstico diferencial se deberá realizar, fundamentalmente, con los tumores cartilagosos que crecen en la periferia y sobre todo del condrosarcoma del que la diferenciación anatomopatológica se puede ver seriamente dificultada, por la presencia de pleomorfismo, densidad celular, etc. (2).

## CASO CLÍNICO

Mujer de 29 años de edad, que consultaba por presentar historia de tumoración dolorosa en el dorso del pie derecho, descubierta por primera vez dos años antes de la primera consulta y que dificultaba el uso normal de calzado. No había historia previa de traumatismo o infección. Durante este tiempo, la masa no había variado de tamaño ni de características superficiales. La exploración clínica ponía en evidencia una tumoración de consistencia firme, localizada en el dorso del pie derecho, sobre el territorio correspondiente al 4.º metatarsiano. No había signos de inflamación, siendo firme y estando adherida a planos profundos. No se objetivaron alteraciones vasculonerviosas locales.

En el estudio radiológico del pie se observó una imagen bien diferenciada en la cara dorsal y peroneal del cuarto metatarsiano derecho, localizada en cuello y parte de la cabeza. La imagen era de socavamiento del lecho óseo con esclerosis del tejido sobre el que asentaba. Extraóseamente se apreciaba una extensión de la tumoración redondeada. En el interior de la tumoración se encontraban puntos de densidad ósea moteados (Fig. 1).

El diagnóstico diferencial se planteó con tumor desmoide, condroma yuxtacortical y condrosarcoma yuxtacortical.



Fig. 1. RX AP pie D. Lesión redondeada en cara lateral de 4.º metatarsiano. Esclerosis ósea del lecho de la lesión. Calcificación intratumoral.

Durante la intervención quirúrgica realizada a través de un abordaje dorsal se expuso una masa tumoral, rodeada de una pseudocápsula densa y bien delimitada, del tamaño de 1 x 2 cm. que se encontraba apoyada sobre el metatarsiano con el que se encontraba imbricada. Se practicó una resección en bloque arrastrando un cajetín de hueso alrededor.

El análisis anatomopatológico observó una lesión con buena delimitación periférica, conteniendo abundante matriz cartilaginosa. La celularidad se concentraba preferentemente en la periferia. (Fig. 2). Las características citológicas presentaban una marcado índice de actividad celular y pleomorfismo celular con citoplasma excéntrico (Fig. 3). El diagnóstico fue consistente con condroma yuxtacortical.

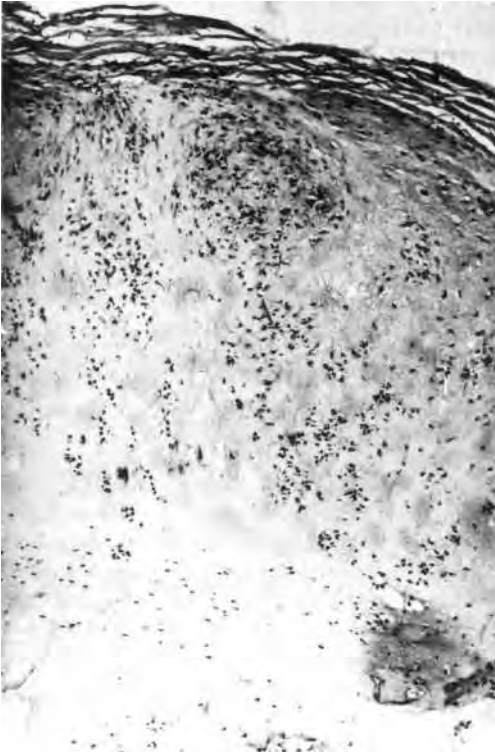


Fig. 2. Imagen anatomopatológica. Aspecto panorámico de la lesión (HE 100x).

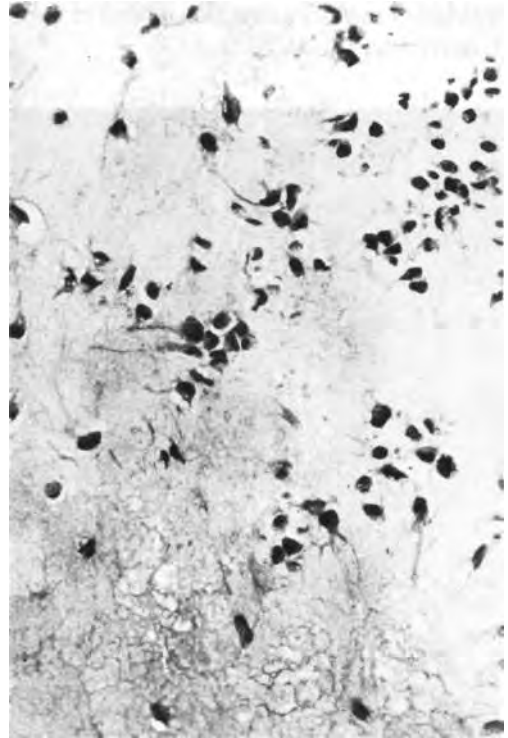


Fig. 3. Imagen anatomopatológica. Detalle de la lesión (HE 400x).

La evolución ha cursado sin la aparición de complicaciones habiéndose reintegrado la enferma a sus actividades de una forma completamente normal y no presentando recidiva de las molestias locales. El control a plazo de dos años, no ha demostrado ningún tipo de recidiva local (Fig. 4), radiológica, ni clínica.

## COMENTARIOS

El condroma yuxtacortical es un tumor infrecuente clasificado dentro de los formadores de tejido cartilaginoso. A pesar de su aspecto radiológico típico, descrito por Schajowicz como en platillo (6), la imagen puede precisar de su diferenciación con otros tumores de comportamiento más agresivo como el tumor desmoide y fundamentalmente con el

condrosarcoma yuxtacortical. La atipia celular que acompaña a los tumores de extirpe cartilaginosa dificulta más la diferenciación.

Es por ello que el diagnóstico diferencial con el condrosarcoma debe hacerse teniendo en cuenta la evolución clínica de quiescencia y el aspecto radiológico de reacción lenta del hueso subyacente, más que por el aspecto histológico, que frecuentemente es inquietante (5).

Se han descrito casos de recidiva tras resecciones de condromas yuxtacorticales, justificadas por una extirpación incompleta del tumor, de la cápsula fibrosa que lo rodea o por la reaparición sobre tejido cartilaginoso adyacente sano (4). A pesar de ello, en los casos de recurrencia no deberá perderse de vista la

cercanía del aspecto histopatológico con entidades más inquietantes, como el condrosarcoma yuxtacortical (3).



Fig. 4. RX AP pie D. Aspecto radiológico tras la resección en bloque.

Por ello, el tratamiento de elección deberá proponer la resección en bloque de la lesión intentando extirpar la masa tumoral y el tejido fibroso circundante para no permitir la persistencia de celularidad que pueda condicionar la recidiva.

En el caso que se presenta la imagen radiológica típica, y los signos de actividad celular coincidían con el diagnóstico. El tratamiento de resección en bloque ha permitido la no observación de recidivas a los dos años de la intervención.

## BIBLIOGRAFÍA

(1) BORIANI, S., BACCHINI, P., BERTONI, F., CAMPANACCI, M.: Periosteal Chondroma. Revision of 20 Cases. *J. Bone Joint Surg*, 65-A, 205, 1981.

(2) CARY, G. R.: Juxtacortical Chondroma. A Case Report. *J. Bone joint Surg*, 47-A(7), 1.405. 1965.

(3) NOIJMA, T., UNNI, K. K., MCLEOD, R., PRITCHARD, D.: Periosteal Chondroma and Periosteal Chondrosarcoma. *Am J. Surg Pathol*, 9, 666. 1985.

(4) NOSANCHUK, J. S., KAUFER, H.: Recurrent Periosteal Chondroma. Report of two Cases and Review of the Literature. *J Bone Joint Surg*, 51-A(2), 375. 1969.

(5) ROCKWELL, M. A., SALTER, E. T., ENNEKING, W. F.: Periosteal Chondroma. *J Bone Joint Surg*. 54-A(1), 102. 1972.

(6) SCHAJOWICZ, F.: Tumors and Tumor-like lesions of Bone and joints. Pág. 127. Ed. Panamericana. Buenos Aires, 1982.