

FIBROMA CONDROMIXOIDE: TUMOR ÓSEO RARO EN REGIÓN COSTAL.

Juan Guillermo Bauza López
Fernando Karel Fonseca Sosa
José Rolan Rodríguez Nuñez
Isabel María Osorio Caballero

Hospital Celia Sánchez manduley. Manzanillo. Granma.

Resumen

Introducción: El fibroma condromixoide fue descrito por primera vez por Jaffe y Lichtenstein en 1948, y es un tumor óseo raro, benigno, de crecimiento lento y de origen cartilaginoso. Se han descrito alrededor de 500 casos en toda la literatura. La presentación en la región costal es muy rara.

Objetivo: Presentar el caso por la rareza de la localización anatómica de este tumor óseo en la región costal.

Caso clínico: Se presenta un paciente de 16 años de edad que acudió a la consulta de cirugía general por presentar aumento de volumen en la región anterior del tórax, sin otros síntomas. Por el cuadro clínico y los estudios imagenológicos se decidió intervenir quirúrgicamente con el diagnóstico de posible osteoma en región costal. Se realizó curetaje del tumor óseo. El estudio histopatológico concluyó como un fibroma condromixoide.

Conclusiones: El fibroma condromixoide es un tumor óseo benigno con una presentación muy rara en la región costal. El diagnóstico preciso, tratamiento planificado y seguimiento adecuado son elementos esenciales en el manejo satisfactorio de este tumor. Hasta el año de la intervención quirúrgica no se ha presentado lesión recurrente.

Palabras clave: fibroma condromixoide; tumor costal; tumor óseo benigno.

INTRODUCCIÓN

El fibroma condromixoide (FCM) fue descrito por primera vez por Jaffe y Lichtenstein en 1948, y es un tumor óseo raro, benigno, de crecimiento lento y de origen cartilaginoso. Se reporta en menos del 1 % de todos los tumores óseos primarios y menos del 2% de los tumores óseos benignos. Se conoce que aproximadamente el 75% del total de casos de FCM afectan los huesos de las extremidades inferiores, con mayor frecuencia en el fémur y la tibia alrededor de la articulación de la rodilla⁽¹⁾.

Clásicamente ocurre en la región metafisaria de los huesos largos que rodean la rodilla, pero su aparición en otros huesos largos, pelvis, costillas y huesos pequeños del pie ha sido informada. El tumor se considera un remanente de la placa epifisaria y puede involucrar la epifisis, la diáfisis o ambas junto con su origen metafisario. Puede causar expansión y destrucción cortical, pero respeta constantemente el límite del periostio⁽¹⁾. Hasta ahora, la presentación en la región costal ha sido muy rara⁽²⁾.

El FCM se caracteriza histológicamente por la presencia de zonas lobuladas de células fusiformes o estrelladas, con abundante material intercelular mixoide o condroide. Su estructura es similar a un cartilago 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⁽³⁾.

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⁽³⁾.

En este artículo se presenta un paciente con diagnóstico de fibroma condromixoide, el cual fue tratado quirúrgicamente. Se decide presentar el siguiente caso por la rareza de la localización anatómica de este tumor óseo en la región costal.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 16 años de edad, sin antecedentes patológicos personales, que acudió a la consulta de cirugía general por presentar hace 6 meses aumento de volumen en la región anterior del tórax, sin otros síntomas. A la exploración física se encontró aumento de volumen firme de 3 cm en el cuarto arco costal anterior derecho, redondeado, no doloroso, con bordes definidos y superficie lisa (Figura 1).

Los exámenes de laboratorio estuvieron dentro de límites

normales. En los cortes tomográficos axiales contrastados del tórax se observaron campos pulmonares simétricos. No alteraciones pleuropulmonares ni mediastinales. Partes blandas sin alteraciones. A nivel del cuarto arco costal anterior derecho se observó imagen osteolítica de 26x20 mm, con aspecto de coliflor, de contornos definidos, que produce abombamiento de la cortical sin destruirla y eleva el músculo pectoral ipsilateral en relación con posible osteoma a este nivel (Figura 2).

Se intervino quirúrgicamente de forma electiva. Previa anestesia general orotraqueal, posición en decúbito supino, asepsia y antisepsia se realizó incisión supratumoral y disección con electrobisturí de tejidos blandos hasta identificar y realizar curetaje del tumor óseo (Figura 3). Se resecaron múltiples fragmentos de tejido irregular de color blanco grisáceo de consistencia firme. Se realizó hemostasia cuidadosa, se colocó drenaje y se cerró la herida por planos hasta la piel.

El estudio histopatológico reveló lóbulos de material condromixoide mostrando células estrelladas, rodeado por estroma fibroso hiper celular y células gigantes multinucleadas en la periferia. Se concluyó como un fibroma condromixoide (Figura 4).

El paciente evolucionó satisfactoriamente y fue egresado a las 48 horas de la intervención quirúrgica. Se realizó consulta de seguimiento a los 30 días sin presentar complicaciones (Figura 5). Hasta el año de la intervención quirúrgica no ha presentado lesión recurrente.

DISCUSIÓN

Se han descrito alrededor de 500 casos de FCM en toda la literatura. (4) La presentación en la región costal es inusual. En 1972 se publicó una serie de 10 casos relacionados con esta localización anatómica. Hasta ahora, se han notificado en Pubmed 11 casos más en diferentes publicaciones⁽⁵⁾.

Cappelle S et al. ⁽⁶⁾ informaron, en su artículo científico, que más de la mitad de pacientes con FCM presentaron menos de 30 años, con un ligero predominio en mujeres que en hombres. En la literatura se reporta una relación hombre: mujer de 1,28: 1 y una incidencia máxima en la segunda década de la vida. Un segundo pico de incidencia

Comunicaciones Breves

se ha descrito alrededor de la quinta a la séptima década. En ancianos, las lesiones se observan con mayor frecuencia en localizaciones raras.

Clínicamente es de crecimiento lento y los pacientes cursan asintomáticos; muchas veces son descubiertos incidentalmente en estudios radiológicos. Cuando son sintomáticos, su presentación clínica suele ser dolor local crónico (85%), aumento de volumen (65%), restricción del movimiento y más raramente, fractura patológica⁽⁷⁾.

Radiológicamente suele aparecer como una lesión lítica excéntrica lobulada u ovalada con márgenes escleróticos bien definidos. A menudo es expansible sin ninguna reacción perióstica. Puede haber pseudotrabeculación o tabicación. La tomografía computarizada puede ayudar a identificar cualquier pérdida de la integridad cortical y calcificaciones intralesionales. Las características en la resonancia magnética son a menudo lesiones inespecíficas que aparecen con disminución de la intensidad de la señal en las imágenes en T1 y aumento de la intensidad de la señal en imágenes en T2⁽⁸⁾.

El diagnóstico depende básicamente de su aspecto histológico característico. La Organización Mundial de la Salud define el FCM como "un tumor benigno caracterizado por lóbulos de células fusiformes o estrelladas con abundante material intercelular mixoide o condroide separado por zonas de más tejido celular rico en células fusiformes o redondeadas con un número variable de células gigantes multinucleadas de diferentes tamaños"⁽⁹⁾

El diagnóstico diferencial del FCM es basado en criterios histopatológicos e incluye varias lesiones condroides tales como: condroblastoma, encondroma, condrosarcoma, cordoma, tumor de células gigantes y displasia fibrosa. (10)

Las opciones de tratamiento incluyen curetaje, curetaje con aplicación de adyuvantes locales y resección en bloque con injerto óseo. El curetaje

se asocia con un riesgo de recurrencia del 12,5% al 25% incluso con el uso de adyuvantes locales. La tasa de recurrencia es menor con la resección utilizando márgenes amplios, aunque esto puede ser imposible en ciertas regiones anatómicas. Por lo tanto, el tratamiento preferido, siempre que sea posible, es la resección en bloque con margen oncológico e injerto óseo. La radioterapia se ha utilizado solo en casos excepcionales para el control local del tumor. Sin embargo, no se recomienda en pacientes con tumores sujetos a procedimientos quirúrgicos con conservación de extremidades, debido a informes de neoplasias malignas inducidas por radiación⁽¹¹⁾.

CONCLUSIONES

El FCM es un tumor óseo benigno con una presentación muy rara en la región costal. El diagnóstico preciso, tratamiento planificado y seguimiento adecuado son elementos esenciales en el manejo satisfactorio de este tumor. Hasta el año de la intervención quirúrgica no se ha presentado lesión recurrente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asotra S, Chauhan P, Gupta K. Chondromyxoid fibroma: Rare entity in a rare location. Arch Med Health Sci [Internet]. 2020 dic [citado 10 dic 2021];8(2):271-273. Disponible en: <https://www.amhsjournal.org/article.asp?issn=2321-4848;year=2020;volume=8;issue=2;spage=271;epage=273;aulast=Asotra>
2. Chowdary PB, Patil MD, Govindarajan AK. Chondromyxoid fibroma: an unusual tumour at an atypical location. JCDR [Internet]. 2015 jul [citado 10 dic 2021];9(7): XD04-XD05. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4573024/>
3. Martínez Rosales O, Gutiérrez Calero Y, Oliver Martín AE, Fernández Valle O. Fibroma condromixóide diafisario de tibia. Rev Cubana Ortop Traumatol [Internet]. 2006 may [citado 10 dic 2021];20(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-215X2006000200008
4. Kumar GH, Sathish M. Diagnosis and Literature Review of Chondromyxoid Fibroma – A Pathological Puzzle. Journal of Orthopaedic Case Reports [Internet]. 2019 jul-ago [citado 10 dic 2021];9(4):101-105. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/335883530_Diagnosis_and_Literature_Review_of_Chondromyxoid_Fibroma_-_A_Pathological_Puzzle
5. Basak B, Haragan A, Shackcloth M, Thekkudan J. Chondromyxoid Fibroma of the Rib: A Rare Benign Tumor with Potential for Local Recurrence. Cureus [Internet]. 2021 oct [citado 10 dic 2021];13(10): e19172. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8636186/>
6. Cappelle S, Pans S, Sciort R. Imaging features of chondromyxoid fibroma: report of 15 cases and literature review. Br J Radiol [Internet]. 2016 may [citado 10 dic 2021]; 89:20160088. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5124884/>
7. Liu T, Yao J, Li X, Qi X, Zhao P, Tan Z, et al. Chondromyxoid fibroma of the temporal bone: A rare case report. Medicine [Internet]. 2020 feb [citado 10 dic 2021];99(11): e19487. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7440231/>
8. Jain S, Garg S, Mittal R. A Case Report of Chondromyxoid Fibroma of the Neck of Femur, Intracapsular Location. Journal of Orthopaedic Case Reports [Internet]. 2021 ene [citado 10 dic 2021];11(1):79-81. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8046461/>
9. El-Kouri N, Elghouche A, Chen S, Shipchandler T, J Ting. Sinonasal Chondromyxoid Fibroma: Case Report and Literature Review. Cureus [Internet]. 2019 oct [citado 10 dic 2021];11(10): e5841. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6830535/>
10. Elsamanody A, Van den Aardweg M, Smits A, Willems S, Topsakal V. Chondromyxoid Fibroma of the Mastoid: A Rare Entity with Comprehensive Literature Review. J Int Adv Otol [Internet]. 2020 mar [citado 10 dic 2021];16(1):117-122. Disponible en: <https://advancedotology.org/en/chondromyxoid-fibroma-of-the-mastoid-a-rare-entity-with-comprehensive-literature-review-131513>
11. Chetia NP, Bidyananda A, Borgohain M. A case report on partial scapulectomy with glenoid preservation for Chondromyxoid fibroma of scapula. Journal of Clinical Orthopaedics and Trauma [Internet]. 2018 sep [citado 10 dic 2021]; 22(1): S129–S135. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5883918/>



Figura 1. Preoperatorio. La flecha muestra el aumento de volumen en el cuarto arco costal anterior derecho.

Comunicaciones Breves



Figura 2. Tomografía axial computarizada de tórax. La flecha muestra la imagen osteolítica de contornos bien definidos.



Figura 3. Transoperatorio que muestra el tumor óseo en la región costal.

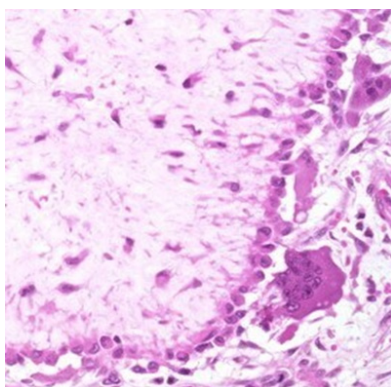


Figura 4. Muestra microscópica del estudio histopatológico. Lóbulo de material condromixóide mostrando células estrelladas, rodeado por estroma fibroso hipercelular y células gigantes multinucleadas en la periferia.



Figura 5. Posoperatorio mediato sin complicaciones.

ABSTRACT

Introduction: *Chondromyxoid fibroma* was first described by Jaffe and Lichtenstein in 1948, and is a rare, benign, slow-growing bone tumor of cartilaginous origin. About 500 cases have been described in the entire literature. The presentation in the rib region is very rare.

Objective: Present the case for the rarity of the anatomical location of this bone tumor in the rib region.

Case Clinical: A 16-year-old patient is presented who attended the consultation of general surgery due to increased volume in the anterior region of the thorax, no other symptoms. Due to the clinical picture and imaging studies, it was decided to intervene surgically with the diagnosis of possible osteoma in the rib region. A curettage of the bone tumor was performed. The histopathological study concluded as a *chondromyxoid fibroma*.

Conclusions: *Chondromyxoid fibroma* is a bone tumor benign with a very rare presentation in the rib region. Accurate diagnosis, planned treatment and adequate follow-up are essential elements in the satisfactory management of this tumor. It was not until the year after the surgical intervention that it has had a recurrent injury.

Keywords: *chondromyxoid fibroma; rib tumor; benign bone tumor.*

Autor para la correspondencia:

Juan Guillermo Bauza López

Hospital Celia Sánchez manduley. Manzanillo. Granma.

bauzag@infomed.sld.cu

