

Fibroma condromixóide recidivante

postresección quirúrgica: a propósito de un caso

Recurrent chondromixoid fibroma after resection: a case report

Alfredo Javier Valdiviezo Romero, MD^{1*}, Bairon Andrés Sabando Farías, MD², Bolívar Daniel Gabela Campoverde, MD³, Ruth Lissette Torres Vélez, MD³, Sofía Alejandra Santos Benavides, MD⁴, José Fernando Hidalgo Román, MD⁵, Wilter Xavier Peñafiel Cortez, MD⁶, Rosa Teresa Bravo Romero, MD⁷

¹Médico Postgradista Ortopedia y Traumatología. Universidad de Guayaquil. Hospital General Luis Vernaza. República del Ecuador.

²Médico General en funciones hospitalarias. Hospital General Luis Vernaza. República del Ecuador.

³Médico General en funciones hospitalarias. Hospital IESS del Norte de Guayaquil, Los Ceibos. República del Ecuador.

⁴Médico General en funciones hospitalarias. Hospital General Abel Gilbert Pontón. República del Ecuador.

⁵Médico General en funciones hospitalarias. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. República del Ecuador.

⁶Médico Especialista en Ortopedia y Traumatología. Universidad San Francisco de Quito. República del Ecuador.

⁷Médico General en funciones hospitalarias. Hospital De Niños Roberto Gilbert Elizalde. República del Ecuador.

*Autor de correspondencia: Alfredo Javier Valdiviezo Romero, Médico Postgradista Ortopedia y Traumatología. Universidad de Guayaquil. Hospital General Luis Vernaza.

Teléfono: 5939- 95087138. Correo: ajvaldiviezor@gmail.com

Resumen

El fibroma condromixóide es una tumoración ósea benigna rara de origen cartilaginosa que se caracteriza por la asociación de lóbulos condroides, zonas fibrosas y áreas mixoides; representa el 1% de los tumores óseos y 1,8% de los tumores óseos benignos. El síntoma cardinal en su identificación es la presencia de dolor que puede ser de varios meses o años de evolución, en muchas ocasiones se descubre incidentalmente por estudios radiográficos. Es primordial establecer un buen diagnóstico diferencial previo cualquier tipo de tratamiento, los principales cuadros clínicos diferenciales incluyen el quiste óseo aneurismático, encondroma, tumor de células gigantes, displasia fibrosa, condroma fibromixóide y condroblastoma. Se presenta el caso clínico de un paciente masculino a quien se le hizo el diagnóstico de fibroma condromixóide en una región anatómica poco común y que además presentó recidiva en el sitio de aplicación de aloinjerto intercalar con un comportamiento atípico.

Palabras clave: tumores óseos, hueso, fibroma, dolor, función.

Abstract

Chondromyxoid fibroma is a rare benign bone tumor with cartilaginous origin characterized by the association of chondroid lobes, fibrous, and myxoid areas. It represents 1% of bone tumors and 1.8% of benign bone tumors. The cardinal symptom in its identification is the presence of pain that can be several months or years of evolution, in many cases it is discovered incidentally by radiological studies. It is essential to establish a good differential diagnosis prior to any type of treatment; the main differential clinical conditions include aneurysmal bone cyst, enchondroma, giant cell tumor, fibrous dysplasia, fibromixoid chondroma, and chondroblastoma. We present the clinical case of a male patient who was diagnosed with chondromyxoid fibroma in a rare anatomical region and who also presented recurrence at the site of application of intercalary grafting with an atypical behavior.

Keywords: bone tumors, bone, fibroid, pain, function

Introducción

El fibroma condromixóide es una tumoración ósea benigna rara de origen cartilaginosa que se caracteriza por la asociación de lóbulos condroides, zonas fibrosas y áreas mixoides; representa el 1% de los tumores óseos y 1,8% de los tumores óseos benignos, predominando en hombres^{1,2}. El síntoma cardinal en su identificación es la presencia de dolor que puede ser de varios meses o años de evolución, su localización más común es en los huesos de las manos y pies, en otras localizaciones se descubren incidentalmente por estudios radiográficos^{3,4}.

En Ecuador son pocos los casos descritos de esta patología, probablemente asociados a bajo índice de sospecha o un subdiagnóstico por parte del personal médico. Por ello, se describe un caso de un paciente con fibroma condromixóide que consultó al servicio de Traumatología del Hospital Instituto Oncológico Nacional SOLCA Guayaquil, Ecuador.

Caso clínico

Se trató de un paciente masculino de 24 años de edad con antecedente traumático en su brazo derecho dos años pre-

vios a la consulta, quien refiere episodios de dolor intermitente en miembro superior (brazo) derecho, de varios meses de evolución acompañado de aumento de volumen y cierto grado de limitación funcional.

En el examen físico se evidenciaba tumoración en la parte distal de húmero derecho de 9 x 12 centímetros, blanda, sin signos de flogosis y limitación para la movilización activa y pasiva del miembro hacia la abducción, por lo cual se realiza estudio radiográfico como examen complementario (Figura 1).

Figura 1. Primer estudio radiográfico donde se muestra masa en diáfisis de humero excéntrica



Se realizó biopsia ósea para análisis histopatológico cuyo resultado reportó fibroma condromixóide, por lo cual se preparó para intervención quirúrgica específicamente, resección ósea y curetaje más aplicación de injerto intercalar, posterior a la cirugía se observó evolución clínica favorable con rangos de movilidad activa y pasiva normal a nivel del brazo derecho y radiológicamente se apreció un retardo en la consolidación (Figura 2).

Figura 2. Control radiológico postquirúrgico tras primera intervención



Posteriormente, 5 años después de la primera intervención quirúrgica, el paciente acude nuevamente con cuadro dolo-

roso y aumento de volumen en el mismo miembro, evidenciándose masa visible en miembro superior derecho de 12 x 14 centímetros y características similares a la lesión previa (Figura 3). En estudios de radiografía convencional y angiotomografía se evidencia neoformación que involucra injerto estructural con presencia de importante vascularización (Figura 4). Se tomó una nueva muestra para estudio anatomopatológico que confirmó la presencia de un nuevo fibroma condromixóide, por lo cual el paciente es intervenido quirúrgicamente para osteotomía más aplicación de aloinjerto estructural (Figura 5).

Figura 3. Vista anterior y lateral de la masa a nivel de parte proximal de brazo derecho, 5 años después de la primera intervención quirúrgica (nótese la cicatriz en la imagen lateral).



Figura 4. A) Nuevo estudio radiográfico donde se observa nuevo crecimiento de tumoración tipo fibroma en sitio de colocación de aloinjerto. B) Angiotomografía del miembro donde se observa proceso neovascular en parte proximal de humero

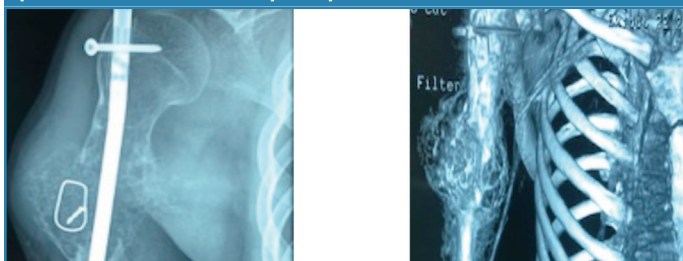


Figura 5. Fotografía en acto quirúrgico



En el seguimiento postoperatorio a los 8 meses, el paciente se encontraba asintomático, sin aumento de volumen a nivel de húmero derecho con buena evolución funcional, realizando movimiento de flexión sobre 90% (Figura 6), evolución radiológica con signos de osteointegración del injerto sin rangos de recidiva (Figura 7).

Figura 6.- Controles post quirúrgicos, se observa buen proceso de consolidación

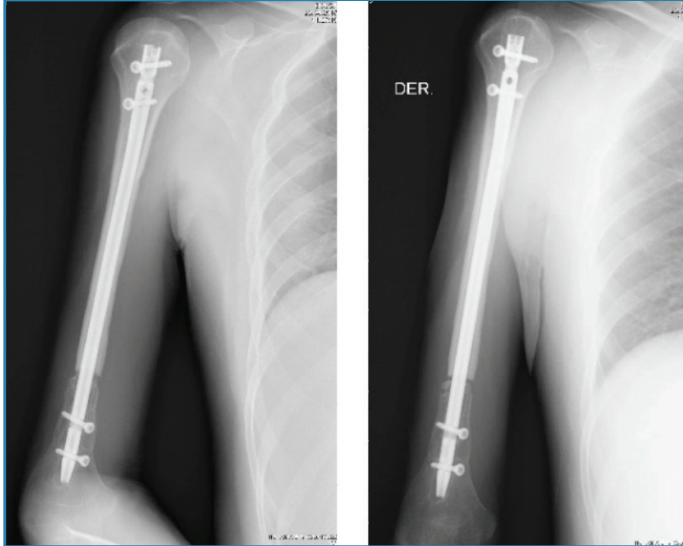


Figura 7.- paciente al momento con movimientos activos presentes, imposibilidad de abducción de brazo



Los fibromas condromixoides en general son lesiones asintomáticas y cuando provocan dolor, éste es debido a la compresión nerviosa, pudiendo ocasionar otros síntomas neurológicos, además de la compresión de músculos o estructuras adyacentes. No obstante, muchos casos cursan de manera asintomática o con sólo aumento de volumen en la zona afectada⁵.

Se localiza de manera más frecuente en la región metafisaria de huesos largos, siendo menos invasivo cuando ya existe cierre del cartílago de crecimiento. Las regiones anatómicas más afectadas son la tibia proximal, seguida de la porción distal del fémur, el peroné y huesos pequeños como metatarsianos, falanges y huesos del retropié. El miembro superior se afecta en sólo un 10% de los casos, especialmente el cúbito y el húmero⁶.

Es primordial establecer un buen diagnóstico diferencial previo cualquier tipo de tratamiento, los principales cuadros

clínicos diferenciales incluyen el quiste óseo aneurismático, encondroma, tumor de células gigantes, displasia fibrosa, condroma fibromixoide y condroblastoma. Algunas de las características que permiten diferenciar estos tumores son: edad, patrón radiológico, número de lesiones, velocidad de crecimiento, localización o afectación de partes blandas, las cuales hay que considerar para valorar la benignidad o malignidad de las lesiones. Sin embargo, el estudio anatomopatológico es el que proporciona el diagnóstico definitivo⁷.

Una vez realizado el diagnóstico, la resección tumoral en bloque y legrado perilesional con aplicación o no de fenol, es el tratamiento de elección; pudiendo recurrir hasta en 80% cuando la cavidad no se rellena con ningún material o por curetaje incompleto⁸. El fibroma condromixoide tiene una tasa de recidiva del 15% aun tratando al paciente con curetaje más aplicación de aloinjerto, especialmente en sujetos jóvenes, por lo cual algunos autores sugieren en este grupo etario un abordaje de resección local mucho más radical para evitar recurrencias^{6,9}. Sin embargo, no se han encontrado casos de transformación maligna¹⁰.

Conclusión

El fibroma condromixoide es un tumor benigno óseo infrecuente que suele cursar de forma asintomática, se presenta el caso clínico de un paciente masculino a quien se le hizo el diagnóstico en una región anatómica poco común y que además presentó recidiva en el sitio de aplicación de aloinjerto intercalar con un comportamiento atípico. Se le realizó el manejo integral, con una técnica quirúrgica con utilización de aloinjerto estructural, como una potencial alternativa terapéutica en este grupo de pacientes con estas características. El manejo multidisciplinario permite una rehabilitación adecuada con la que se consiguen rangos de movilidad aceptable en el miembro afectado.

Referencias

1. Soni R, Kapoor C, Shah M, et al. Chondromyxoid Fibroma: A Rare Case Report and Review of Literature. *Cureus*. 2016; 8(9): e803.
2. Schajowicz F. Tumores y lesiones pseudo-tumorales de huesos y articulaciones. Editorial Panamericana. Buenos Aires 1982.
3. Moreno L, Moreno E, Ramírez S, et al. Tumores óseos benignos de comportamiento agresivo. *Ortho-tips* 2008;4(2):111-127.
4. Sánchez-Torres LJ, Santos-Hernández M. El arte de diagnosticar tumores óseos. (*Acta Ortopédica Mexicana* 2012; 26(1): 57-65.
5. Feldman F. Chondromyxoid fibroma. In: Ranniger K (ed). *Bone tumors*. Berlin: Springer-Verlag. 1977. p.158.
6. Benédito T, Valecillos VM, Fernández E. Fibroma condromixoide. *Med Gen y Fam (digital)* 2014;3(6):164-165.
7. De Pablo-Márquez B, Mas A, Veloso M, Dolz J. Tumores óseos benignos. *FMC*. 2018;25(4):196-207.
8. Damle RP, Suryawanshi KH, Dravid NV, et al. Chondromyxoid fibroma of bone. *JCR*. 2013;3:228-231.
9. Scaglietti O, Stringa G. Myxoma of bone in childhood. *J Bone Joint Surg Am*. 1961;43:67-80.
10. Martínez O, Gutiérrez Y, Oliver A, Fernández O. Fibroma condromixoide diafisario de tibia. *Rev Cubana Ortop Traumatol* 2006;20(2):1-4.

Discusión