

Condrometaplasia sinovial en bursa secundaria a osteocondroma costal

Irene Amat-Villegas, M.^a Cristina Caballero-Martínez, Raquel Beloqui-Pérez, Marisa Gómez-Dorransoro

Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Navarra. Pamplona.

RESUMEN

Presentamos el caso de un varón de 39 años diagnosticado de un osteocondroma en la sexta costilla izquierda. Tres años después, en un control radiológico, se objetivó una tumoración de gran tamaño en relación con la misma costilla. Ante una posible malignización se realizó la extirpación quirúrgica de la lesión.

Histológicamente se confirmó la naturaleza cartilaginosa benigna del tumor costal y la existencia de un saco compartimental revestido fundamentalmente por epitelio sinovial con áreas papilares de metaplasia condroide.

Palabras clave: osteocondroma, bursa y condrometaplasia.

Synovial Chondriometaplasia in Bursa Secondary to Rib Osteochondroma

SUMMARY

We present a 39-year-old man diagnosed of osteochondroma in his sixth left rib. Three years later, on a routine X-ray control, a mass was discovered in the same location, suggesting a transformation of the osteochondroma into chondrosarcoma. A complete surgical resection of the mass was performed.

The existence of osteochondroma was confirmed histologically, complicated by a bursal formation lined by synovial epithelium with papillary areas of chondrometaplasia.

Keywords: osteochondroma, bursa and chondrometaplasia.

INTRODUCCIÓN

La condromatosis sinovial es una alteración benigna poco frecuente caracterizada por la formación y posterior liberación intraarticular de nódulos cartilaginosos a partir de un epitelio sinovial metaplásico. La localización preferente es la rodilla (1).

La afectación extraarticular es aún menos frecuente y ocurre principalmente en bursa o tejido tenosinovial de manos y pies. Este fenómeno

puede conducir a errores diagnósticos ya que en ocasiones clínica y radiológicamente presenta signos de malignidad.

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 39 años de edad diagnosticado hace 3 años de un osteocondroma en la sexta costilla. En el control radiológico presenta una tumoración de gran tamaño de contenido mucinoso.

En la RM se observa una imagen pediculada en el arco posterior de la sexta costilla izquierda, sin disrupción de la cortical compatible con osteocondroma. Alrededor de la lesión se observa una imagen ovalada de 14 cm isointensa respecto al músculo en T1 e hiperintensa en T2 (fig. 1).



Fig 1: RNM: Lesión pediculada en arco posterior de 6.^a costilla izquierda.

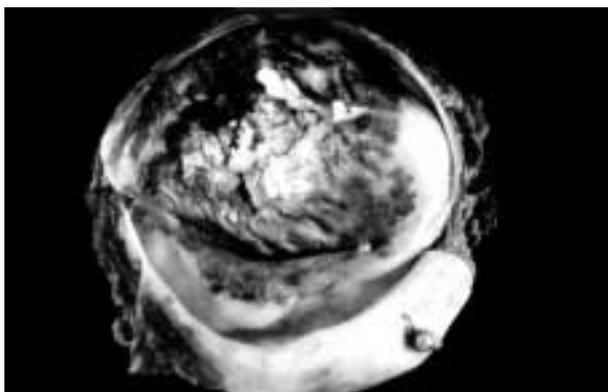


Fig. 2: Detalle macroscópico del saco compartimental, con áreas de aspecto papilar.

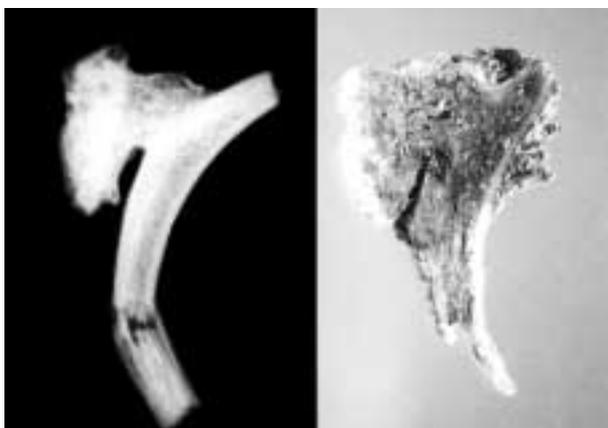


Fig. 3: Sección de segmento costal con osteocondroma.

Se intervino mediante toracotomía lateroposterior con sección del músculo trapecio y desinserción de musculatura romboides y subescapular ya que se extendía por debajo del plano subescapular.

Dos años después de la intervención el paciente no muestra alteraciones radiológicas ni clínicas que sugieran recidiva de la enfermedad.

HALLAZGOS MACROSCÓPICOS

Se reciben dos fragmentos, uno de ellos corresponde a una formación sacular abierta de 11 x 6 cm en cuya superficie se reconocen haces musculares y zonas de condensación fibrótica (fig. 2). La cara interna es lisa, excepto dos crecimientos exofíticos de superficie papilar de 0,1 y 1 cm, duros y de color blanco nacarado. El otro fragmento incluye un segmento de costilla de 7 cm de longitud que muestra una lesión exofítica que recuerda a una seta de 2 cm de altura y 2,5 cm de base de implantación y situada a 1 y 4 cm de los planos de sección costales (fig. 3).

HALLAZGOS MICROSCÓPICOS

El tumor costal está formado por fibrocartilago tapizado por una hilera de sinoviocitos, que madura hacia cartilago hialino y después a tejido óseo esponjoso. No existe atipia citológica en ninguno de los componentes.



Fig. 4: Corte histológico de la bolsa compartimental que muestra área de metaplasia condroide. (H&E, x 20).

En la bolsa compartimental, externamente se reconoce músculo estriado y tejido fibroadiposo. El revestimiento interno es sinovial en algunas zonas con una doble hilera celular y en otras de células aplanadas. Los sinoviocitos son cúbicos, de citoplasma eosinófilo y núcleo vesiculoso sin atipias y en ocasiones muestran una transformación papilar de la superficie con áreas de metaplasia condroide. En el eje de las papilas existen numerosos capilares embebidos en un estroma fibroso con algunos acúmulos de histiocitos cargados de pigmento férrico.

DISCUSIÓN

La formación de una bursa alrededor de la cápsula cartilaginosa del osteocondroma es una complicación ampliamente conocida, más frecuente en tumores de gran tamaño y/o localizados en zonas de «fricción». Los pacientes con este problema suelen precisar la resección quirúrgica pese a que no existan signos de malignidad, para el alivio de los síntomas y diagnóstico de certeza. El pronóstico es excelente.

La condrometaplasia sinovial o condromatosis sinovial (2) es la transformación metaplásica condroide del epitelio sinovial. Afecta fundamentalmente a grandes articulaciones como rodilla, cadera o codo. Se clasifica en primaria o secundaria (3,4) según la existencia o no de un factor desencadenante (traumatismo, infección, inflamación crónica...) Cada grupo tiene unas características histológicas, evolución y tasa de recidiva diferente, siendo más agresivos los casos primarios.

La metaplasia condroide sinovial extra-articular es un hallazgo poco frecuente. La localización más común es en vainas tenosinoviales de manos y pies (5,6). En nuestro caso este hallazgo se describió en relación con la bursa formada alrededor de un osteocondroma costal. La mayor parte de la bolsa compartimental se encontró

tapizada por sinoviocitos ligeramente hiperplásicos y de forma parcheada papilas con metaplasia condroide. En ninguno de los cortes estudiados se observaron signos de malignidad.

Hasta el momento actual se han descrito con éste seis casos de condrometaplasia sinovial en la bursa compartimental secundaria a osteocondroma, dos de ellos en costilla.

Muchas veces el diagnóstico diferencial preoperatorio es difícil ya que radiológicamente se observa un aumento del volumen de la exóstosis o imágenes de calcificación. Clínicamente los pacientes refieren dolor en la zona. Todos estos signos sugieren tanto la transformación del osteocondroma a condrosarcoma (1) como el desarrollo de un osteocondromatosis con saco compartimental secundario. La RM y TAC son útiles para evaluar la propia exóstosis, y el contenido y espesor de la pared de la bursa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mark EC, Shogry MD, Peter Armstrong MD. Case report 630. *Skeletal-Radiol.* 1990; 19(6): 456-7.
2. Borges AM, Huvos AG, Smith J. Bursa formation an synovial chondrometaplasia associated with osteochondromas. *Am J Clin Pathol* 1981 May; 75 (5): 648-53.
3. Villacin AB, Brigham LN, Bullough. Primary and secondary synovial chondrometaplasia: histopathologic and clinicoradiologic differences. *Hum Pathol* 1979 Jul; (4): 439-51
4. Peh WC, Shek TW, Davies AM, Wong JW, Chien EP. Osteochondroma and secondary synovial osteochondromatosis. *Skeletal Radiology* 1999 28:169-174.
5. Nather A et al. A rare case of carpal tunnel syndrome due to tenosynovial osteochondroma. *J Hand Surg [Br]* 1986 Oct; 11(3): 478-80
6. Wright J, Matayoshi E, Goldstein A. Bursal osteochondromatosis overlying an osteochondroma of a rib, *J. Bone and Joint Surg.* 1997; 79-A: 1085-1088.