

Condrolastoma de hueso temporal. Caso clínico y revisión de la literatura

A. Rodríguez Paramás, C. Lendoiro Otero, J.A. González García, R. Souviron Encabo, B. Scola Yurrita

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Resumen: Presentamos el caso clínico de un paciente de 31 años de edad que consulta por una tumoración dolorosa en región temporal izquierda de seis meses de evolución. Tras su examen radiológico, biopsia intraoperatoria y exéresis quirúrgica se confirma el diagnóstico de condrolastoma, con una evolución clínica postoperatoria satisfactoria. El condrolastoma es un tumor benigno que asienta preferentemente en las epífisis de los huesos largos de las extremidades, cuya localización en hueso temporal es excepcional como constatamos al realizar una revisión bibliográfica de esta patología.

Palabras clave: Condrolastoma. Hueso temporal. Cirugía.

Temporal Bone Chondrolastoma. A clinical case and literature review

Abstract: We report a clinical case of a 31 year old male with a left temporal painful mass of six months evolution. After radiologic diagnosis, intraoperative biopsy and surgical removal, the anatomopathological result confirmed the histology of chondrolastoma, with a satisfactory postoperative evolution. The chondrolastoma is a benign bone tumor typically located in the epiphysis of long bones and the temporal bone is an exceptional location as we have verified through a literature review.

Key words: Chondrolastoma. Temporal bone. Surgery.

INTRODUCCIÓN

El condrolastoma es un tumor benigno óseo que representa menos del 1% de las neoplasias primarias óseas y afecta a pacientes en la 2^a-3^a década de la vida^{1,3}. Asienta principalmente a nivel de la epífisis de los huesos largos de las extremidades. Su localización a nivel del esqueleto craneofacial es excepcional, con predilección por la escama del hueso temporal^{2,4,5}. Las metástasis son raras, y suelen apare-

cer como nódulos pulmonares con una histología semejante a la lesión primaria⁶.

La tomografía computerizada orienta el diagnóstico, pero es la histología, apoyado en el estudio inmunohistoquímico², la que confirma la naturaleza del tumor. Dicho diagnóstico anatomopatológico es relativamente difícil debido a la similitud con otros procesos neoplásicos osteocartilaginosos.

Su tratamiento es quirúrgico y su pronóstico depende en gran medida de la completa exéresis quirúrgica.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 31 años de edad con antecedentes personales de epilepsia y déficit cognitivo con alteración del lenguaje y la comunicación que acude a nuestras consultas por presentar una tumoración dolorosa hemifacial izquierda, de crecimiento progresivo, de aproximadamente 6 meses de evolución. A la exploración se observa una masa dura, dolorosa, en región temporal izquierda que parece depender del arco cigomático. En la otoscopia se observa abombamiento de la pared anterior y el suelo del CAE y el resto de la exploración ORL no presenta alteraciones significativas. No se palpan masas ni adenopatías sospechosas cervicales.

Se realiza TC craneal con contraste intravenoso donde se observa una lesión expansiva intraósea que afecta a la escama temporal izquierda en su zona más posteroinferior, adyacente a la zona de la cavidad glenoidea de la articulación temporomandibular correspondiente, donde parece mostrar su máxima expansión sin afectar directamente al cóndilo. La lesión expande hueso y presenta una matriz ósea en su interior, rodeándose así mismo de un pequeño componente de partes blandas que engloba el cóndilo mandibular con imágenes de realce tras la administración de contraste. La lesión por tanto impresiona de una tumoración intraósea de larga evolución formadora de hueso que plantea como primera posibilidad diagnóstica un posible condroma sin que existan aparentes criterios de malignidad radiológica (Fig. 1).

Se plantea tratamiento quirúrgico mediante abordaje craneofacial y toma de biopsia intraoperatoria, que es informada como tumor óseo benigno con células gigantes compatibles con osteoclastos, por lo que podría corresponderse

Correspondencia: Ángel Rodríguez Paramás
C/López de Hoyos, 382, 2º C
28043 Madrid

Fecha de recepción: 17-2-2005

Fecha de aceptación: 9-3-2005

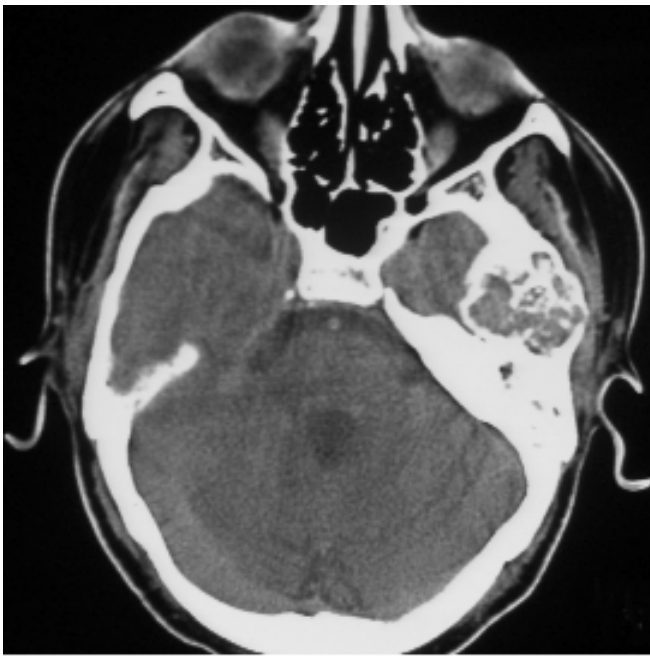


Figura 1. Imágenes de TC en las que se aprecia la tumoración expansiva intraósea en el hueso temporal. A- Corte axial. B- Corte frontal.

a un tumor de células gigantes. Se completa la exéresis quirúrgica (Fig. 2) y se realiza reconstrucción y relleno de la cavidad con grasa abdominal.

En el postoperatorio inmediato el paciente presenta una parálisis facial periférica izquierda no progresiva de grado III de House-Brackmann, secundaria probablemente a la manipulación del nervio en el acto quirúrgico, por lo que se realizan medidas de protección ocular.

El informe anatomopatológico definitivo describe la presencia de una neoformación heterogénea con células gigantes multinucleadas de aspecto osteoclastico y áreas constituidas por una matriz mixocondroide, con actividad osteogénica (Fig. 3). Estos hallazgos, apoyados en el estudio inmunohistoquímico, confirma el diagnóstico de condroblastoma de hueso temporal.

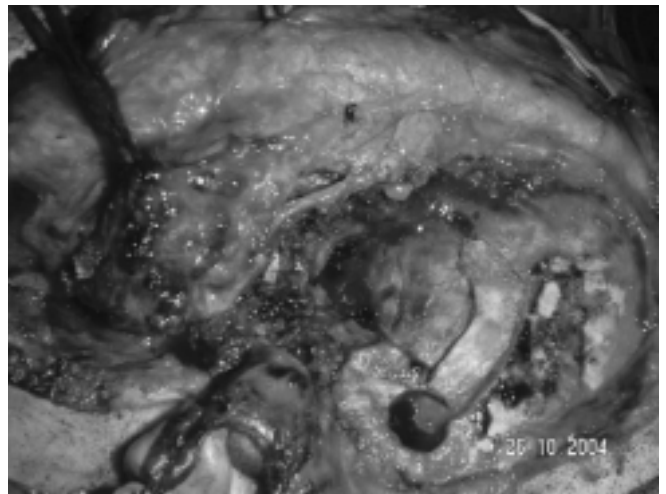


Figura 2. Exéresis quirúrgica mediante abordaje craneofacial.

DISCUSIÓN

El condroblastoma es un tumor óseo benigno⁷ que asienta principalmente en la epífisis de los huesos largos de las extremidades. Raramente se localiza a nivel de los huesos craneofaciales, con predilección por la escama del hueso temporal^{2,4,5}, donde plantea un importante reto diagnóstico y terapéutico. Kolodny y Swing describieron por primera vez esta neoplasia en 1927 y 1928 respectivamente como una variante del tumor de células gigantes, pero fue Codman, en 1931, el primero que lo consideró una entidad clinicopatológica específica y distinta. El término condroblastoma lo acuñó más tarde en 1942 Jaffe y Lichtenstein⁶.

El condroblastoma de hueso temporal se presenta generalmente como una masa a nivel del conducto auditivo externo o de la región temporal acompañada de sintomatología otológica como hipoacusia, otalgia, otorrea, acúfenos, vértigos y sensación de taponamiento ótico^{2,4}. En nuestro paciente, el déficit cognitivo con alteración de la comunicación retrasó y dificultó el diagnóstico.

Los estudios de imagen son requeridos para determi-

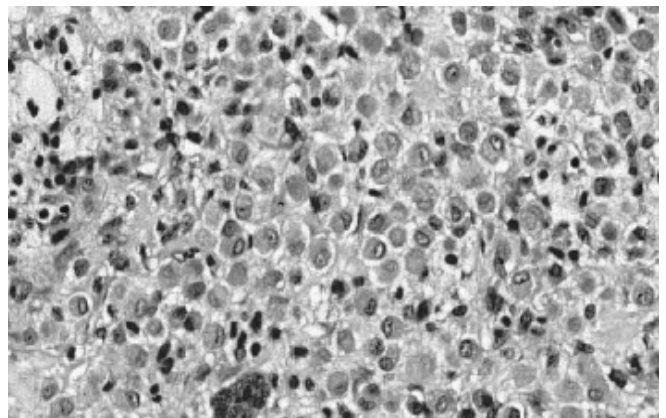


Figura 3. Imagen del estudio histopatológico de la pieza quirúrgica.

nar el tamaño de la lesión y su relación anatómica con las estructuras circundantes y para plantear el tratamiento quirúrgico. La imagen del condroblastoma en los estudios radiológicos ha sido ampliamente estudiada y discutida en numerosos trabajos. En la tomografía computerizada^{4,5,8} suele presentarse como una lesión radiolúcida osteolítica que ensancha o abomba la cortical, con calcificaciones punteadas finas y rodeada normalmente por un margen bien definido de hueso reactivo. Es una lesión con patrón geográfico de destrucción, con bordes lisos (63%), festoneados (27%) o lobulados (10%). En relación a la resonancia magnética^{4,5,9}, los patrones son menos uniformes. Mientras que en las secuencias potenciadas en T1 la imagen tumoral se presenta siempre hipo o isointensa, en las secuencias potenciadas en T2 el patrón mostrado está en relación con determinados aspectos histológicos. La hipointensidad se correlaciona con una abundante matriz condroide inmadura, hemosiderina, hiper celularidad de condroblastos y calcificaciones. La hiperintensidad, por el contrario, se manifiesta ante la presencia de quistes óseos aneurismáticos intralesionales.

La histología^{3,6,8} se caracteriza por un tejido hiper celular y relativamente indiferenciado, constituido por células condroblásticas redondeadas o poligonales y células gigantes multinucleadas de tipo osteoclastico, aisladas o en grupo. Es típica la presencia también de quistes óseos aneurismáticos y de pequeñas cantidades de matriz condroide intercelular eosinófila con áreas necróticas y calcificaciones focales. El diagnóstico anatomopatológico puede resultar en ocasiones dificultoso debido al amplio espectro morfológico de este tumor y a su similitud con otros procesos neoplásicos y no neoplásicos osteocartilaginosos. La observación de las áreas típicas del condroblastoma, así como el estudio inmunohistoquímico positivo a la proteína S-100^{3,4}, nos lleva al diagnóstico correcto. El diagnóstico diferencial²⁻⁵ se realiza principalmente con el tumor de células gigantes, condrosarcoma, fibroma condromixóide, encondroma y las metástasis.

El tratamiento del condroblastoma de hueso temporal^{1,2,4} consiste en la completa excisión quirúrgica mediante abordaje craneofacial. Dicho abordaje debe ser lo más amplio posible para la completa resección tumoral, preservando las importantes estructuras neurovasculares. El uso de radioterapia adyuvante, por su parte, continúa siendo controvertida. Según algunos trabajos^{1,4}, la radioterapia no está recomendada, excepto ante una exéresis incompleta o una recurrencia, debido al riesgo de desarrollo de un condrosarcoma. La quimioterapia actualmente no tiene ningún papel en el tratamiento de esta neoplasia.

El seguimiento del paciente debe ser clínico y radiológico, especialmente con el uso de la resonancia magnética para la detección de una recidiva.

Referencias

1. Goga D, Fassio E, Fetissov F, Jan M. Chondroblastoma of the temporomandibular region. *J Oral Maxillofac Surg* 1999; 57:1270-1272.
2. Shek WH. Chondroblastoma of temporal bone. *Am J Otolaryngology* 2000;21:597-598.
3. Chandu de Silva MV, Reid R. Chondroblastoma: varied histologic appearance, potential diagnostic pitfalls and clinicopathologic features associated with local recurrence. *Annals of Diagnostic Pathology* 2003;7:205-213.
4. Pontius A, Reder P, Ducic Y. Temporal bone chondroblastomas. *Am J Otolaryngology* 2003;24:370-373.
5. Motoori K, Hiruma K, Nikaido T, Yamamoto S, Ueda T, Ito H. CT and MR imaging of chondroblastoma of the temporal bone. *Eur J Radiology* 2004;49:41-45.
6. Rosenberg AE, Nielsen GP. Giant cell containing lesions of bone and their differential diagnosis. *Current Diagnostic Pathology* 2001; 7:235-246.
7. Bertoni F, Bacchini P. Classification of bone tumors. *Eur J Radiology* 1998;27:S74-S76.
8. Bovee JVMG, Hogendoorn PCW. Cartilage-forming tumours of bone and soft tissue and their differential diagnosis. *Current Diagnostic Pathology* 2001;7:223-234.
9. Won-Hee J, Yong-Koo P, McCauley T, Kyu-Ho C, Kyung-Nam R, Jin-Suck S, et al. Chondroblastoma: MR Characteristics with Pathologic Correlation. *Journal of Computer Assisted Tomography* 1999; 23:721-726.