

CASO CLÍNICO Nº 23 (SCLECARTO, 2011)

AUTOR

Comité editorial de www.sclecarto.org

CASO CLINICO

Paciente varón de 65 años de edad con dolor en ambas rodillas desde hace más de 10 años, de ritmo mecánico y no limitante. Entre sus antecedentes refiere un tumor en la vejiga operado 10 años antes en seguimiento por el Servicio de Oncología médica y una artroscopia que se le realizó en ambas rodillas, con mejoría discreta, 5 años antes.

A la inspección se objetivaba un hábito pícnico, con mínima tendencia al genu varo (Figura 1). No había dolor espontáneo y sí a la palpación del compartimento fémoro-tibial interno, con chasquidos a la flexo-extensión en las dos rodillas (Figura 2). El resto de la exploración ortopédica era normal.



Figura 1



Figura 2

Radiográficamente se observaba un discreto pinzamiento fémoro-tibial interno, con osteofitos iniciándose en el mismo compartimento. Simultáneamente parecía identificarse una dudosa imagen osteolítica en la metáfisis proximal de la tibia, de bordes bien definidos y sin ningún signos de agresividad radiológica, con posible matriz condral (Figuras 3 y 4).



Figuras 3 y 4

Se realizó una RM para confirmar la sospecha degenerativa y en ella se puso de manifiesto una lesión en la metáfisis proximal de la tibia. En las figuras 5-8 se muestra la RM en diferentes secuencias. El estudio se completó con una TC y gammagrafía ósea, cuyas imágenes se muestran en las figuras 9-11.



Figura 5



Figura 6

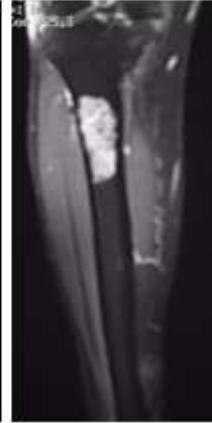


Figura 7

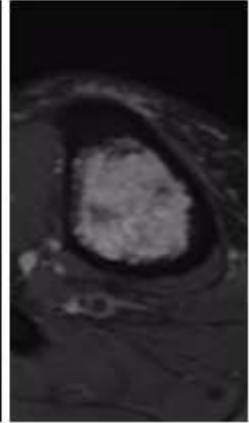


Figura 8



Figura 9

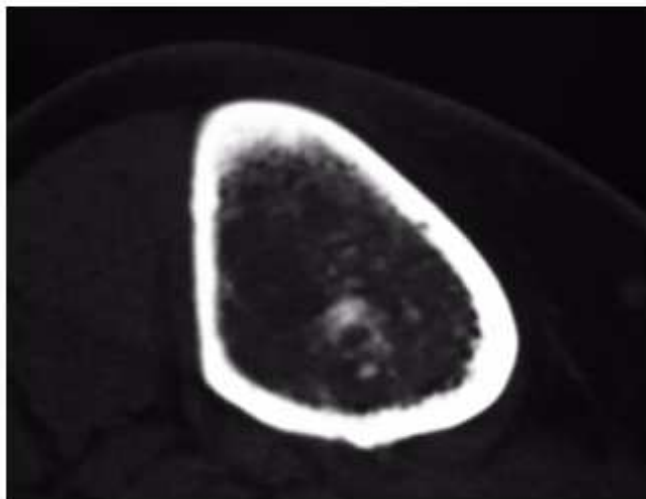


Figura 10



Figura 11

DIAGNÓSTICO

Gonartrosis bilateral, con tumor condral metafisario proximal en la tibia derecha (compatible con encondroma o condrosarcoma de bajo grado como hallazgo casual asociado).

TRATAMIENTO Y RESULTADO

El paciente fue tratado de forma conservadora por la gonartrosis, revisándose durante un año, sin que hubiera modificaciones en la lesión tibial, que

presentaba una dudosa reabsorción endostal en la cortical externa de la tibia. Como la sintomatología continuó progresando, fundamentalmente en la rodilla izquierda, y comenzó a limitarle, sin que mejorara con el tratamiento conservador, se propuso la implantación en una prótesis total de rodilla en la izquierda, así como continuar la observación radiográfica de la derecha.

DISCUSIÓN

La gonartrosis es una enfermedad sobradamente conocida, con una gran prevalencia en la población. Los encondromas también, por lo que a menudo ambas patologías concurren. El problema surge cuando se trata de distinguir entre un encondroma y un condrosarcoma de bajo grado, de difícil distinción mediante imágenes y estudio anatómico-patológico, en el contexto de un dolor que parece debido a la patología no tumoral benigna asociada.

La prevalencia de la gonartrosis depende de que se considere la sintomática y/o la radiográfica. Ésta, a su vez, puede variar según que las radiografías se hayan realizado en carga o sin ella y según el sistema de clasificación adoptado. En general, la enfermedad aumenta con la edad, sobre todo entre las mujeres. En España, la prevalencia de la gonartrosis radiográfica en la población general mayor de 20 años se estima en un 34%, siendo la cifra tres veces más alta entre las mujeres que entre los hombres.

Grado de artrosis	Síntomas (%)	Síntomas en ♂ (%)	Síntomas en ♀ (%)
0	7.6	4.4	9.6
1	10.8	8.5	13.0
2	19.2	9.1	24.8
3-4	40.0	34.8	43.4

Asociación entre grado radiográfico de gonartrosis y síntomas.

Grupo	N	Todas gonartrosis (%)	Gonartrosis grado 3 y 4 (%)
Todos los pacientes	1420	33.0	15.7
< 70 años	530	27.4*	11.5*
70-79 años	684	34.1	17.8
> 79 años	206	43.7	19.4
Mujeres	831	34.4	15.3
< 70 años	203	25.1*	10.6*
70-79 años	414	36.3	17.6
> 79 años	114	52.6	21.1
Hombres	589	30.9	16.0
< 70 años	227	30.4	12.8
70-79 años	270	30.7	18.2
> 79 años	92	32.6	17.4

*Prevalencia de gonartrosis radiográfica según los patrones de Kellgren y Lawrence. Adaptado de Felson y cols. * $p < .01$ para tendencia lineal mostrando aumento de prevalencia con la edad.*

La mayoría de los encondromas son asintomáticos y se descubren casualmente. Como el dolor como síntoma siempre ha estado asociado a malignidad, al menos a cierto grado de agresividad, el síntoma es considerado, en principio, como propio de un condrosarcoma. Sin embargo, es imprescindible descartar otros orígenes del dolor en la región anatómica correspondiente antes de pensar en un proceso maligno. Las características mecánicas del dolor orientan al cirujano hacia una etiología no tumoral, como fue en la gonartrosis del paciente que presentamos. Los signos radiográficos degenerativos corroborarían el diagnóstico.

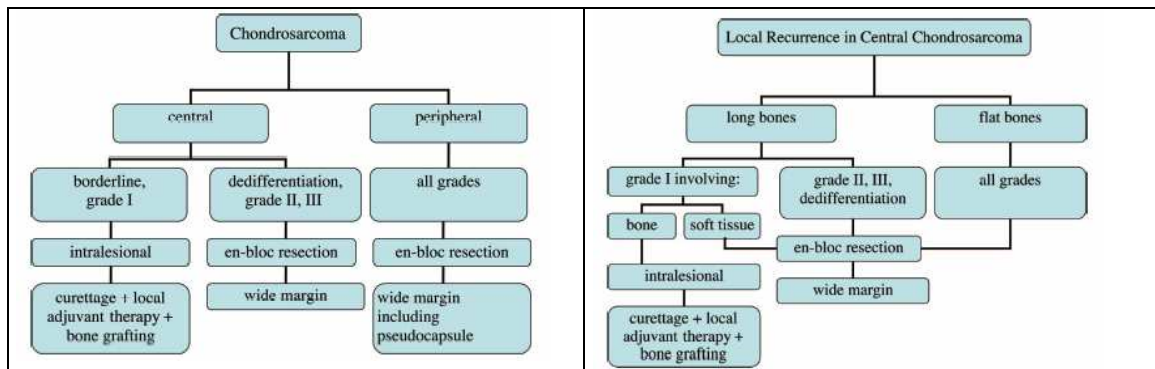
La mayoría de los condrosarcomas son tumores bien diferenciados de bajo grado. Sin embargo, más del 11% de ellos sufren una desdiferenciación, consistente en una transformación anaplásica que resulta en sarcomas no cartilagosos de alto grado y mal pronóstico, con supervivencias a los 5 años estimadas en el 10-13%. Su hallazgo radiográfico más frecuente son lesiones con matriz condroide intraósea y destrucción cortical. Aproximadamente un tercio de los tumores asocian un área lítica adyacente al tumor mineralizado. También una masa de partes blandas puede verse en CT y RM en la mayoría de los casos, a menudo no mineralizada. Este patrón tumoral de bimorfismo es muy sugestivo de la desdiferenciación. Se define como un área condroide adyacente a otra marcadamente diferente de aumentada opacidad dentro del tumor mineralizado, una gran masa de partes blandas no mineralizada, un patrón diferente de mineralización o una combinación de estos hallazgos. Estas imágenes permiten la identificación de hallazgos condroides no aparentes en la radiografía. No fue el caso del paciente que presentamos.

La distinción entre lesiones cartilagosos benignas y malignas puede ser difícil. Desde luego, no habría diferencias entre los encondromas y los condrosarcomas centrales de bajo grado. La localización en el esqueleto axial y un tamaño mayor de 5 cm serían predictores de malignidad, como también la reabsorción endostal y, en la RM con contraste, una captación periférica en arcos y anillos, sin extensión a las partes blandas. De cualquier forma, una distinción absoluta entre ambas entidades no puede establecerse exclusivamente con criterios de imagen.

El tratamiento quirúrgico de un encondroma parece recomendable en caso de riesgo de fracturas patológicas, y cuando existan dudas clínicas o radiológicas de una transformación maligna. Sería el caso de lesiones que duelen o crecen. También después de la recidiva de un encondroma previamente tratado, por su mayor riesgo de malignización. No fue el caso del paciente que presentamos.

Aunque el tratamiento quirúrgico es el único método curativo, pues son tumores, en principio, quimio y radioresistente, el tratamiento óptimo todavía se debate. La resección amplia en bloque sería de elección en los condrosarcomas de grado intermedio y alto. Puesto que puede tener considerable morbilidad dependiendo de localización, en los de bajo grado, un curetaje intralesional agresivo seguido de tratamiento local adyuvante con fenolización o criocirugía (nitrógeno líquido) y relleno de la cavidad con injerto está aceptado con buenos resultados clínicos a largo plazo y control local

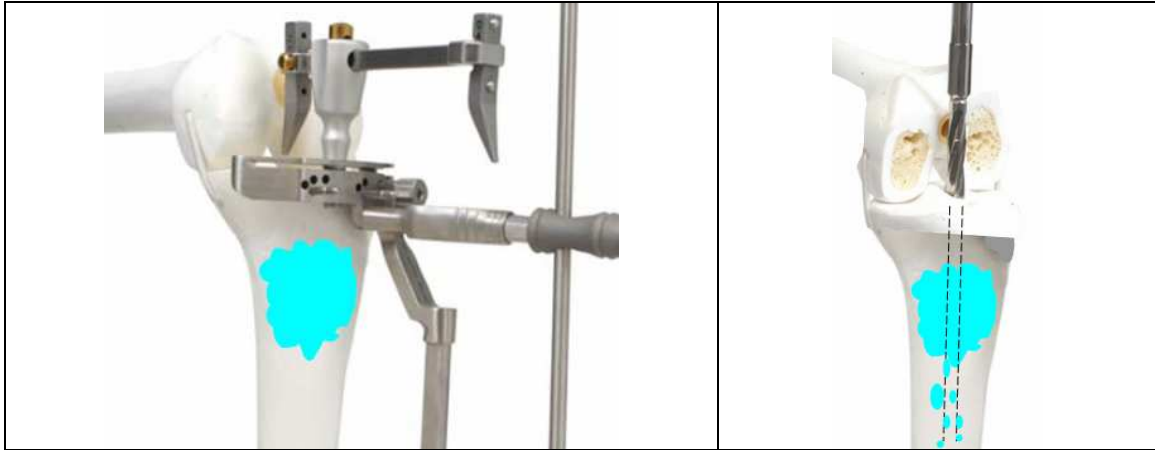
satisfactorio, aunque con la posibilidad de recidivas muchos años después de la cirugía.



Algoritmos de manejo de condrosarcomas. A la izquierda, de tumores primitivos. A la derecha, de tumores recidivados.

La incidencia de malignizaciones en los encondromas solitarios se estima en el 2-3% de los casos, aunque sería menor considerando que muchos encondromas no se diagnostican por ser asintomáticos. En las formas múltiples de la enfermedad de Ollier o del síndrome de Maffucci el riesgo aumenta al 10-50%. En cualquier caso, no hay estudios prospectivos observacionales al respecto y las cifras estarían sobredimensionadas considerando que muchos encondromas no son diagnosticados por ser asintomáticos. Por otra parte, también es probable que algunos condrosarcomas considerados como secundarios a la degeneración de un encondroma fueran un tumor maligno desde el inicio.

Volviendo al caso que nos ocupa, en el supuesto de que se hubiera planteado la implantación de una prótesis de rodilla en la de la lesión condral, aceptando que fuera un encondroma, lo ideal sería no “violentarlo” e implantar la prótesis, en su componente tibial, con una técnica extramedular. De esta forma, si se hubiera tratado de un condrosarcoma de bajo grado que progresara podría tratarse “de novo” con una técnica de salvamento del miembro sin haberse contaminado el resto de la diáfisis tibial, lo que habría obligado a una amputación.



Esquemas de lo que sería la implantación del componente tibial de una prótesis de rodilla con una lesión condral en el extremo proximal metafiso-diafisario de la tibia con técnicas extramedular (izquierda) e intramedular (derecha). En este caso la lesión se extendería y contaminaría el canal medular de la tibia.

BIBLIOGRAFÍA

D'Ambrosia RD. Epidemiology of osteoarthritis. *Orthopedics* 2005;28:s201-s205.

Felson DT, Naimark A, Anderson J, Kazis L, Castelli W, Menean RF. The prevalence of knee osteoarthritis in the elderly. The Framingham Osteoarthritis Study. *Arthritis Rheum* 1987;30:914-8.

Fernández-López JC, Laffon A, Blanco FJ, Carmona L, and the EPISER Study Group. Prevalence, risk factors, and impact of knee pain suggesting osteoarthritis in Spain. *Clin Experimental Rheum* 2008;26:324-32.

Ferrer-Santacreu EM, Ortiz-Cruz EJ, González-López JM, Fernández-Pérez E. Encondroma versus condrosarcoma de bajo grado en el esqueleto apendicular. Criterios clínico-radiológicos. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol* 2010;54(4):220-6.

Gelderblom H, Hogendoorn PC, Dijkstra SD, van Rijswijk CS, Krol AD, Taminiou AH, Bovée JV. The clinical approach towards chondrosarcoma. *Oncologist* 2008;13(3):320-9. Erratum in: *Oncologist*. 2008;13(5):618.

Littrell LA, Wenger DE, Wold LE, Bertoni F, Unni KK, White LM, Kandel R, Sundaram M. Radiographic, CT, and MR imaging features of dedifferentiated chondrosarcomas: a retrospective review of 174 de novo cases. *Radiographics* 2004;24:1397-1409.