

Fibroma condromixoide de escápula

Scapula chondromyxoid fibroma

Luis Carlos Llorente Portillo[1]
Alfonso Spath Spath[2]
Karina Ruiz Caez[3]
https://doi.org/10.53903/01212095.348

Resumen

Se presenta un caso de fibroma condromixoide que se observa como masa localizada en la escápula, cuya prevalencia es inferior al 1% de los tumores óseos y con pocos casos descritos en la literatura localizados en escápula. Se hace seguimiento de un paciente con radiografía, tomografía y resonancia magnética, caracterizando los hallazgos antes del informe histopatológico obtenido por biopsia con aguja gruesa y posterior excisión quirúrgica. Se revisan informes previos de esta patología en la literatura teniendo en cuenta la localización en escápula.

Palabras clave (DeCS)

Escápula
Neoplasias del hueso
Imagen por resonancia magnética

Summary

A case of chondromyxoid fibroma is reported that presents as a mass located in the scapula, a tumor that occurs in less than 1% of bone tumors and with few cases described in the literature located in the scapula. A patient is followed up with radiography, tomography and magnetic resonance imaging, characterizing the findings prior to the histopathological report, obtained by biopsy with a core needle and subsequent surgical excision. Previous reports of this pathology in the literature are reviewed taking into account the location on the scapula.

Key words (MeSH)

Scapula
Bone neoplasms
Magnetic resonance imaging

Introducción

El fibroma condromixoide fue descrito por primera vez en 1948 por Jaffe y Lichtenstein (1). Es el tumor de derivación cartilaginosa menos común. Representa menos del 1 % de los tumores óseos y menos del 2 % de los tumores óseos benignos (2,3).

Se realizó una búsqueda de la literatura en PubMed con las siguientes entradas ("Scapula"[Mesh]) AND "Chondromyxoid fibroma" en inglés, sin límite de fechas, para identificar reportes de casos clínicos similares; se detectó la escasez de los casos descritos en la literatura médica sobre fibroma condromixoide ubicados en escápula.

Descripción del caso

Se describe el caso de un hombre de 28 años de edad con dolor a la palpación en la región dorsal del hombro y escápula derecha, el paciente refería sensación de protrusión del hueso sin otros síntomas. Al examen físico no se observó masa o cambios inflamatorios en la piel, y no había limitaciones a la movilización pasiva o activa de la articulación del hombro. Sin antecedentes patológicos personales o familiares de importancia.

Se realizó una radiografía del hombro afectado. Esta mostró una alteración de la morfología usual de la escápula derecha: una imagen de aspecto lítico expansivo (figura 1).

En la tomografía axial computarizada (TAC) se observaron hallazgos que no discrepaban de las características visualizadas en la imagen por radiografía y que concordaban con una lesión ósea de aspecto probablemente benigno (figura 2).

La resonancia magnética (RM) mostró una masa endomedular en la espina de la escápula, expansiva, de alta señal en secuencias con información T2, y de señal intermedia en secuencias con información T1, sin restricción a la difusión de agua, con componente quístico con contenido de alta señal en T1 y T2 (figura 3).

Se tomó inicialmente una muestra histológica de la masa en la escápula con aguja gruesa. La valoración microscópica con coloración por hematoxilina-eosina e inmunohistoquímica mostró hallazgos de una neoplasia benigna positiva para actinia de músculo liso y vimentina, negativo para S-100 y desmina, positivo en células gigantes similares a osteoclastos, índice de proliferación celular mediada por Ki67 del 3 %, de tipo tumor de células gigantes versus fibroma condromixoide no concluyentes, hallazgos limitados por el tamaño de la muestra.

El paciente fue llevado a cirugía abierta para excisión de la lesión; se obtuvo una muestra de espécimen de mayor volumen con hallazgos histológicos de tumor condromixoide indicativo de fibroma condromixoide (figura 4).

[1]Médico y cirujano, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Residente Radiología e Imágenes Diagnósticas, Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia. https://orcid.org/0000-0002-3366-989X

[2]Especialista en Radiología e Imágenes Diagnósticas, Universidad Javeriana, Bogotá. Radiólogo intervencionista. McGill University, Montreal, Canadá. Clínica Iberoamérica, Barranquilla, Colombia. https://orcid.org/0000-0002-9947-8463

[3]Especialista en Patología, Universidad de Cartagena.

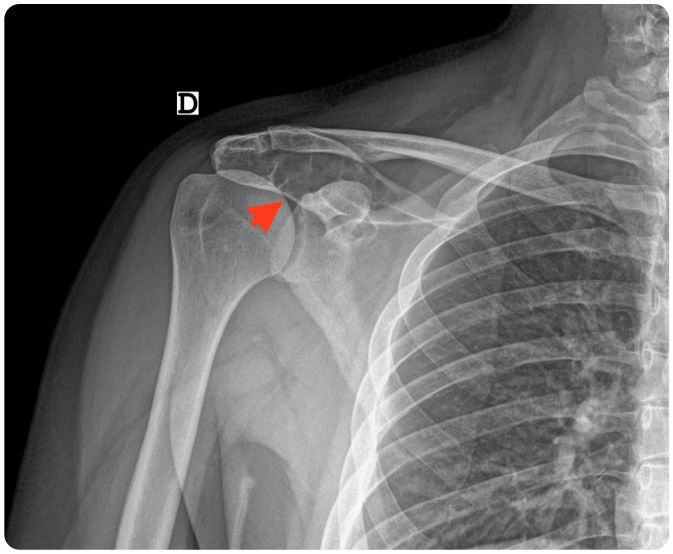


Figura 1. RX de hombro derecho en rotación externa. Lesión lítica expansiva, sin ruptura de la cortical, de bordes delgados no escleróticos, localizada en la espina de la escápula con dimensiones de 2,8 × 8,7 cm en la proyección frontal (flecha roja). Las relaciones articulares glenohumeral y acromio-clavicular están conservadas. No se observa compromiso de los tejidos blandos.

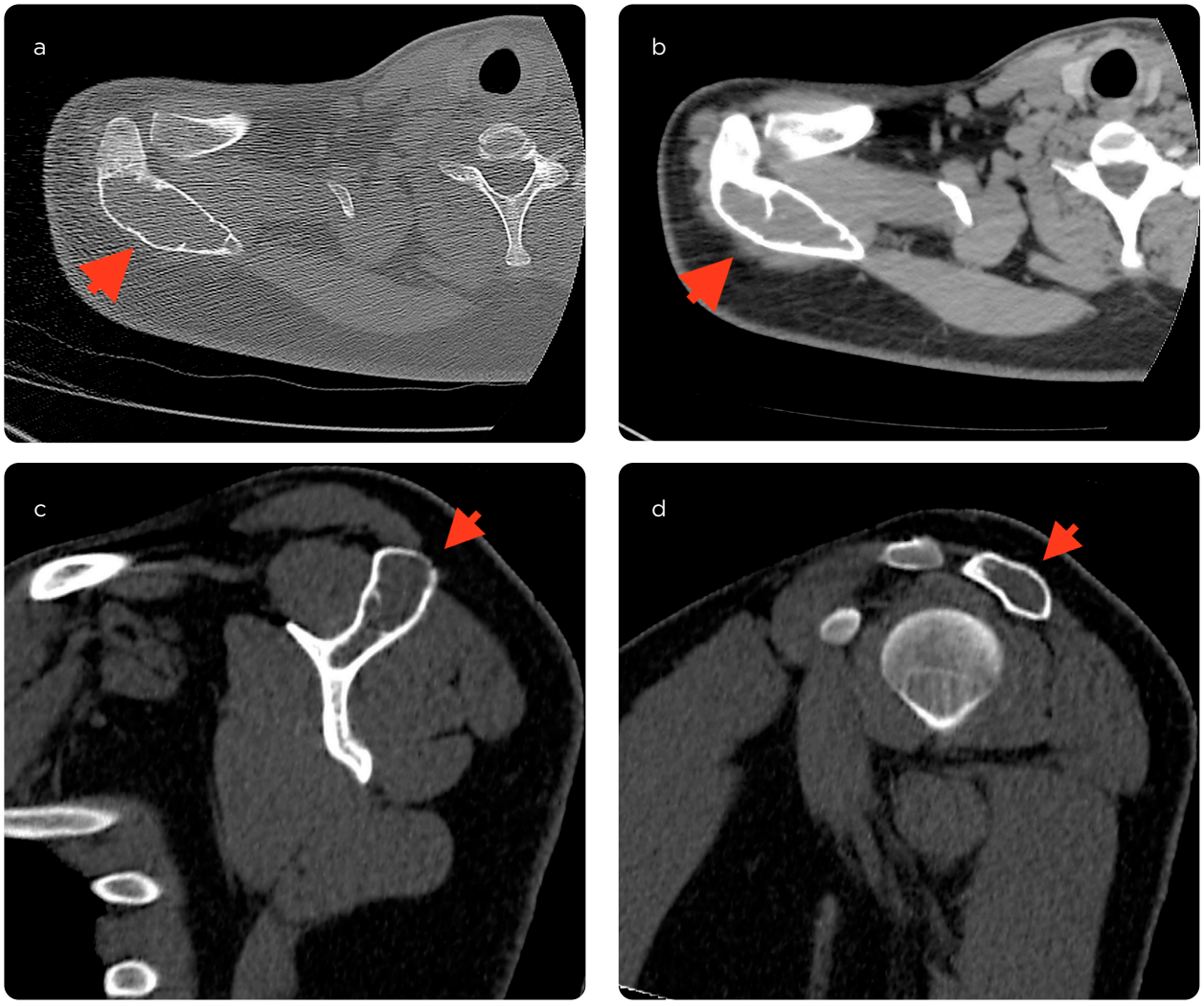


Figura 2. TAC de hombro derecho. a y b) Corte axial en ventana de hueso y tejidos blandos; c) corte coronal en ventana de tejidos blandos; d) TAC sagital en ventana de tejidos blandos. Lesión de aspecto lítico, expansiva, sin disrupción de la cortical, de bordes óseos delgados localizada en espina de la escápula con medidas de 4,5 × 8,9 × 2,8 cm, sin compromiso de los tejidos blandos ni reacción perióstica (flechas rojas). La relación acromioclavicular y glenohumeral (no incluida) se encuentra preservada. Los músculos supraespinoso, infraespinoso, subescapular, deltoides, coracobraquial, pectoral mayor, tríceps y bíceps conservan su morfología usual. No se observa aumento de la densidad del tejido graso adyacente.

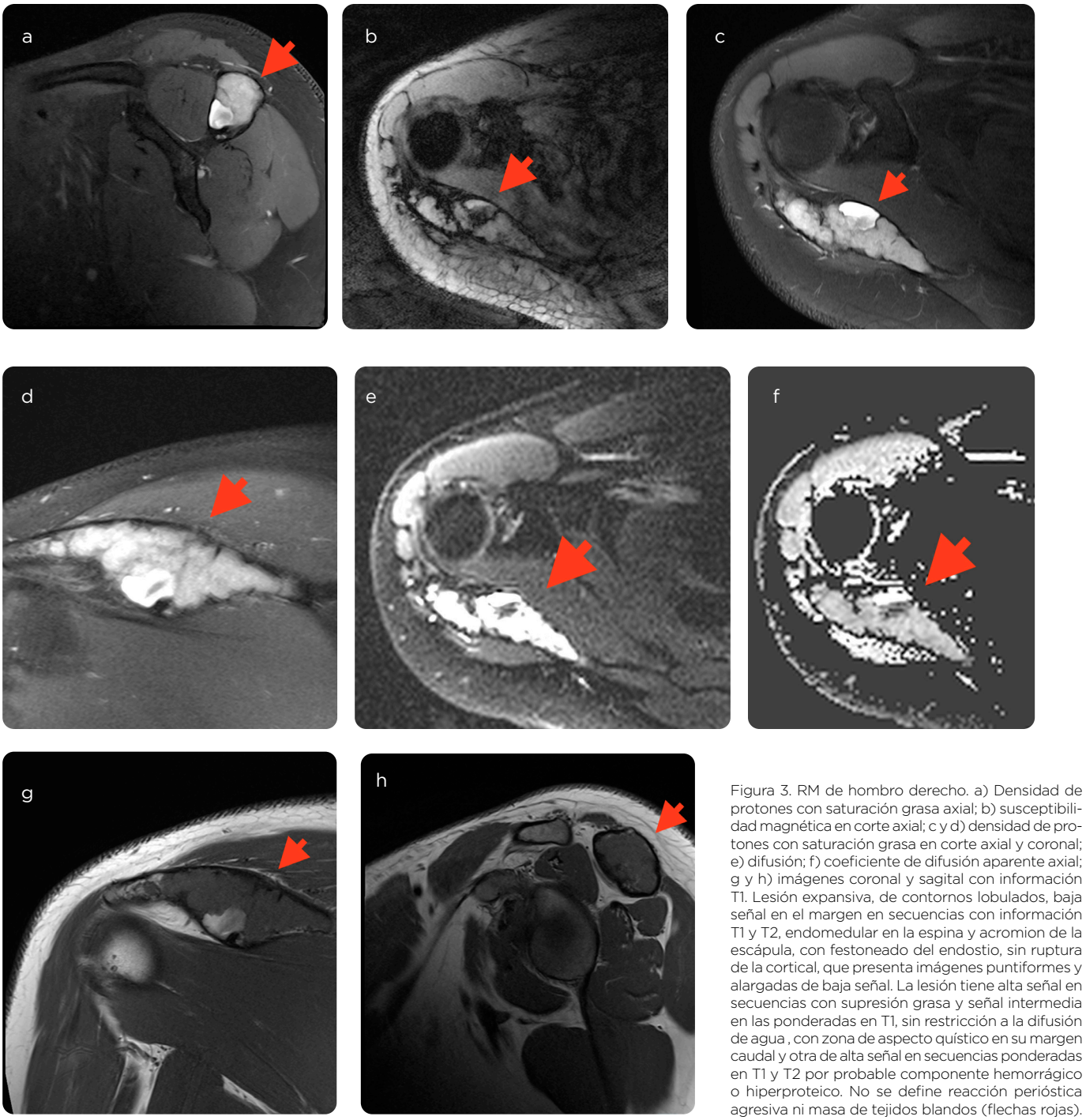


Figura 3. RM de hombro derecho. a) Densidad de protones con saturación grasa axial; b) susceptibilidad magnética en corte axial; c y d) densidad de protones con saturación grasa en corte axial y coronal; e) difusión; f) coeficiente de difusión aparente axial; g y h) imágenes coronal y sagital con información T1. Lesión expansiva, de contornos lobulados, baja señal en el margen en secuencias con información T1 y T2, endomedular en la espina y acromion de la escápula, con festoneado del endostio, sin ruptura de la cortical, que presenta imágenes puntiformes y alargadas de baja señal. La lesión tiene alta señal en secuencias con supresión grasa y señal intermedia en las ponderadas en T1, sin restricción a la difusión de agua , con zona de aspecto quístico en su margen caudal y otra de alta señal en secuencias ponderadas en T1 y T2 por probable componente hemorrágico o hiperproteico. No se define reacción perióstica agresiva ni masa de tejidos blandos (flechas rojas).

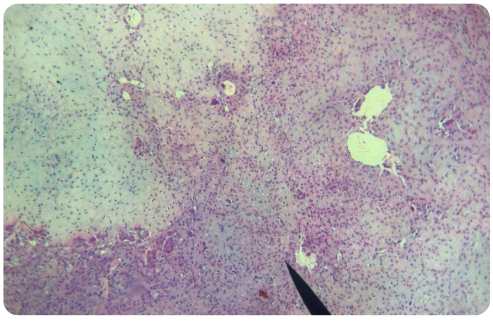


Figura 4. Corte histológico de biopsia excisional con tinción en hematoxilia-eosina. Se aprecia proceso neoplásico de arquitectura lobulada que muestra centros hipocelulares condroides y fibromioxides con escasas células fibroblásticas con citoplasma estrellado rodeados por áreas hipercelulares periféricas, densamente pobladas por células fusiformes, fibroblásticas de núcleos alargadas, células mononucleares y dispersas células gigantes multinucleadas. Ausencia de pleomorfismo. Bajo índice mitótico. Diagnóstico anatomopatológico: tumor condromixoide que plantea fibroma condromixoide.

Discusión

Se encuentran muy pocos casos descritos de fibroma condromixoide con localización escapular (tabla 1).

Tabla 1. Casos reportados de fibroma condromixoide en escápula sensibles al método y motor de búsqueda*

Autor principal	Referencia	# de pacientes	Edad	Cuadro clínico	Localización de la lesión
Jani JB (4)	Am J Orthop. 2009;38(5):E85-8.	1	13 años	Mujer. Hallazgo incidental en RMN luego de lesión en clase de gimnasia. No presentaba dolor, sensación de masa o alteración al movimiento. Sin síntomas sistémicos.	Borde lateral escápula derecha
Macdonald D (5)	Skeletal radiology. 2000;29:168-70	1	29 años	Hombre. Dolor en hombro derecho de 7 años de evolución luego de jugar béisbol. Dolor a la palpación sobre la articulación acromioclavicular Disminución de los arcos de movimiento del hombro. Atrofia del músculo supraespinoso y deltoides.	Acromio escápula derecha
Mizuno K (6)	Radiation Medicine. 1999;17(5):383-7.	1	21 años	Masculino	Escápula
Halbert AR, (7)	Cancer genetics and cytogenetics. 1998;104(1):52-6.	1	11 años	Mujer. Asintomática. Hallazgo incidental en hombro izquierdo en radiografía luego de caída. Sin alteración en el rango de movimientos pasivos y activos del hombro. No masa palpable. No linfadenopatías. Examen neurológico en miembro superior sin alteraciones.	Cuerpo de la escápula
Baklouti S (8)	International orthopaedics. 1992;16(2):193-5	1	23 años	Mujer. Dolor en hombro derecho de 5 años de evolución. Dolor a la palpación sobre el hombro. Arcos de movimiento completos con leve dolor al llegar al extremo.	Cuello escápula derecha
Uematsu A (9,10)	Southern Medical Journal. 1979 Jan 1;72(1):4-7 Medical Journal. 1977;70(12):1469-71	1	39 años	Mujer. Dolor en región superoposterior del hombro derecho luego de caída 5 meses previos que empeoraba a la abducción del brazo. Arcos de movimiento completos. No se visualizaba masa a la inspección.	Escápula derecha
Rahimi A (11)	Cancer. 1972;30(3):726-36	1	N/A	Visto en consulta	N/A
Schajowicz F (12)	The Journal of Bone & Joint Surgery British Volume. 1971;53(2):198-216	1	32 años	Mujer. Cuadro de 5 años de dolor. Trauma asociado a la historia clínica.	Ángulo inferior de escápula izquierda
Feldman F (13)	Radiology. 1970;94(2):249-60	5	N/A	Descripción de 5 casos en la literatura internacional de fibroma condromixoide localizados en escápula	N/A
Prichard RW (14)	JBJS. 1964;46(8):1759-60	1	38 años	Masculino. Cuadro clínico de 14 meses de dolor.	Escápula derecha

*PubMed ("Scapula"[Mesh]) AND "Chondromyxoid fibroma".

El fibroma condromixoide tiene prevalencia en el grupo etario de menores de 30 años (9% en el grupo de 0 a 9 años, 27% en el grupo de 10 a 19 años y 19% en el grupo de 20 a 29 años), pero con apariciones tan tempranas como los 3 años o tardías como los 79 años, con predilección en sexo masculino (60% versus 40%) (13,15).

Aparece principalmente en huesos largos, seguido de huesos planos y, en una menor proporción, en huesos de manos y pies y del cráneo y de la cara. De los huesos largos, las estructuras más afectadas son la tibia, el fémur y peroné (16). Los huesos planos más afectados son el ilion (incluyendo acetábulo), las costillas y las vértebras. La proporción general, incluyendo todos los huesos, está descrita en 28% para la tibia, 17% para el fémur y 6% para el peroné (13).

Respecto a las características radiográficas, los fibromas condromixoides aparecen como lesiones lúcidas (líticas), con expansión de la corteza ósea y con márgenes en el hueso. Presentan matriz parecida a la cartilaginosa compuesta de áreas condroide, fibrosas y mixoide en proporciones variables (15). Particularmente, si su presentación es en huesos largos, tienen un compromiso excéntrico con epicentro en las metáfisis; en cambio, en los huesos planos se muestran de localización central, con ocupación del todo el ancho de la estructura. No muestran calcificación de la matriz (13,16).

El manejo estandarizado ha sido la excisión con curetaje. En cuanto al tipo de manejo adyuvante, no hay aún consenso, pero va direccionado hacia la funcionalidad, las complicaciones y la probabilidad de recurrencia, que son del 3 al 22% (12,15,17-19). Bharmra et al. sugieren que el uso de cemento con polimetilmetacrilato como adyuvancia, indiferentemente del tamaño del defecto posterior a la excisión, podría favorecer la destrucción de células tumorales residuales por el daño térmico (20), para evitar recurrencias, además de prevenir la morbilidad de los injertos óseos autógenos y ayudar en la evaluación radiográfica posquirúrgica de signos de recurrencia local (21). También se han descrito casos de radioterapia como opción de tratamiento en tumores

muy extensos para ser removidos (13,22,23), pero acarrean el riesgo de malignidad inducida por la radiación (15).

Por último, otro factor por considerar en su pronóstico ha sido el potencial de transformación maligna, pero los reportes han sido pocos (<2%) (20); se han descrito transformaciones a histiocitoma fibroso y fibrosarcoma (16).

Conclusión

El fibroma condromixoide es un tumor benigno con una presentación inusual, información limitada en la literatura, que, sumado a la probable disyuntiva en el análisis histológico, hacen que sea un diagnóstico que amerite discernimiento antes de ser descartados otros tumores óseos más frecuentes respecto a su localización, epidemiología y características radiológicas similares.

Describir esta localización en escápula del fibroma condromixoide suma algo inusual a un tumor ya raro, según lo descrito en la literatura.

Referencias

1. Jaffe HL, Lichtenstein L. Chondromyxoid fibroma of bone: a distinctive benign tumor likely to be mistaken especially for chondrosarcoma. Arch Pathol. 1948;45:541-51.
2. Schajowicz F. Chondromyxoid fibroma: report of three cases with predominant cortical involvement. Radiology. 1987;164(3):783-6.
3. Fletcher CD, Unni KK, Mertens F. World Health Organization classification of tumors. Lyon; IARC Press, 2002, pp. 243-245.
4. Jani JB, Beebe KS, Hameed M, Benevenia J. A rare case of chondromyxoid fibroma of the scapula. Am J Orthop. 2009;38(5):E85-8.
5. Macdonald D, Fornasier V, Holtby R. Chondromyxoid fibroma of the acromium with soft tissue extension. Skeletal Radiology. 2000;29:168-70.
6. Mizuno K, Sasaki T, Prado G, Saito Y, Kakizaki H, Matsumoto K, et al. Chondromyxoid fibroma of the scapula associated with aneurysmal bone cyst. Radiation Medicine. 1999;17(5):383-7.
7. Halbert AR, Harrison WR, Hicks MJ, Davino N, Cooley LD. Cytogenetic analysis of a scapular chondromyxoid fibroma. Cancer Genetics Cytogenetics. 1998;104(1):52-6.
8. Baklouti S, Elleuch MH, Sellami F, Hadiji N, Triki FE, Sellami S. Chondromyxoid fibroma of the scapula: a case report. Int Orthop. 1992;16(2):193-5.
9. Uematsu A, Brower TD, Winter Jr WG. Scapulectomy for the treatment of malignant tumors of the scapula. Southern Med J. 1979;72(1):4-7.
10. Uematsu A, Coy 3rd JT, Hodges SO, Goodman RP, Brower TD. Malignant chondromyxoid fibroma of the scapula. Southern Med J. 1977;70(12):1469-71.
11. Rahimi A, Beabout JW, Ivins JC, Dahlin DC. Chondromyxoid fibroma: a clinicopathologic study of 76 cases. Cancer. 1972;30(3):726-36.
12. Schajowicz F, Gallardo H. Chondromyxoid fibroma (fibromyxoid chondroma) of bone: a clinico-pathological study of thirty-two cases. J Bone Joint Surg Br Vol. 1971;53(2):198-216.
13. Feldman F, Hecht HL, Johnsto AD. Chondromyxoid fibroma of bone. Radiology. 1970;94(2):249-60.
14. Prichard RW, Stoy RP, Barwick JT. Chondromyxoid fibroma of the scapula: report of a case. JBJS. 1964;46(8):1759-60.
15. Dürr HR, Lienemann A, Nerlich A, Stumpenhausen B, Refior HJ. Chondromyxoid fibroma of bone. Arch Orthopaedic Trauma Surg. 2000;120:42-7.
16. Wu CT, Inwards CY, O'laughlin S, Rock MG, Beabout JW, Unni KK. Chondromyxoid fibroma of bone: a clinicopathologic review of 278 cases. Human Pathol. 1998;29(5):438-46.
17. Jaffe HL. Chondromyxoid fibroma of bone: a distinctive benign tumor likely to be mistaken especially for chondrosarcoma. Arch Pathol. 1948;45:541-51.
18. Brat HG, Renton P, Sandison A, Cannon S. Chondromyxoid fibroma of the sacrum. Eur Radiol. 1999;9:1800-3.
19. Desai SS, Jambhekar NA, Samanthray S, Merchant NH, Puri A, Agarwal M. Chondromyxoid fibromas: a study of 10 cases. J Surg Oncol. 2005;89(1):28-31.
20. Bhamra JS, Al-Khateeb H, Dhinsa BS, Gikas PD, Tirabosco R, Pollock RC, et al. Chondromyxoid fibroma management: a single institution experience of 22 cases. World J Surg Oncol. 2014;12:1-6.
21. Hanna SA, Whittingham-Jones P, Sewell MD, Pollock RC, Skinner JA, Saifuddin A, et al. Outcome of intralesional curettage for low-grade chondrosarcoma of long bones. Eur J Surg Oncol (EJSO). 2009;35(12):1343-7.
22. Benson WR, Bass Jr S. Chondromyxoid fibroma: first report of occurrence of this tumor in vertebral column. Am J Clin Pathol. 1955;25(11):1290-2.
23. Turcotte B, Pugh DG, Dahlin DC. The roentgenologic aspects of chondromyxoid fibroma of bone. Am J Roentgenol. 1962;87:1085-95.

Correspondencia

Luis Carlos Llorente Portillo
Calle 64 # 10-21
Montería, Córdoba, Colombia
luiscarlosllorente@hotmail.com

Recibido para evaluación: 4 de marzo de 2024
Aceptado para publicación: 26 de abril de 2024