

<https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v68iS1.10145>

Condroma extraesquelético similar al condroblastoma

Chondroblastoma-like extraskeletal chondroma.

Jorge Alexis Aceves Ochoa,¹ Adriana del Carmen Rodríguez Mena,² Francisco Javier Álvarez Rubio,¹ Guillermo Solís Ledesma,³ Elizabeth Guevara Gutiérrez,² Ezequiel Vélez Gómez⁴

Resumen

ANTECEDENTES: El condroma extraesquelético es una neoplasia benigna poco común que se manifiesta con mayor frecuencia entre los 30 y 60 años de edad, sin predominio de sexo. Afecta tejidos blandos sin conexión ósea e histopatológicamente está compuesto por cartílago hialino, aunque en ocasiones puede mostrar hallazgos parecidos a los observados en el condroblastoma óseo, por lo que se denomina condroma extraesquelético similar al condroblastoma.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 65 años con una neoformación subcutánea, ovalada, de superficie lisa, bordes precisos y consistencia firme, que afectaba el dorso del pie izquierdo. Refirió cinco años de evolución y un crecimiento lento. Las radiografías no mostraron afectación del hueso. Se practicó una resección quirúrgica completa y el estudio histopatológico reveló un tumor lobulado con matriz condroide hialina, estroma fusiforme y áreas de hiper celularidad, sin pleomorfismo nuclear, por lo que se estableció el diagnóstico de condroma extraesquelético similar al condroblastoma. Tras un año de seguimiento la paciente no ha tenido recurrencia.

CONCLUSIONES: El condroma extraesquelético es una tumoración subcutánea de crecimiento lento e indoloro. Los estudios de imagen revelan una masa que no afecta al hueso. El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica. Su importancia radica en que, en ocasiones, por sus características histopatológicas puede confundirse con neoplasias condroides de comportamiento agresivo, como el condroblastoma.

PALABRAS CLAVE: Condroma extraesquelético; neoplasia de tejido blando; condroblastoma; cirugía.

Abstract

BACKGROUND: Extraskeletal chondroma is a rare benign neoplasm that occurs most frequently between 30 and 60 years of age, with no predominance of sex. It develops in soft tissues without bone connection and histopathologically it is composed of hyaline cartilage, although it can sometimes show findings similar to those observed in bone chondroblastoma, therefore, it is referred to as chondroblastoma-like extraskeletal chondroma.

CLINICAL CASE: A 65-year-old female patient with a subcutaneous, oval neoplasm, smooth surface, precise edges and firm consistency; which affected the dorsum of her left foot; which had slowly enlarged over five years. X-rays showed no bone involvement. A complete resection was performed and the histopathological study revealed a lobulated tumor with hyaline chondroid matrix, fusiform stroma, and hypercellularity areas, without nuclear pleomorphism. This corresponded to a chondroblastoma-like extraosseous chondroma. After one year of follow-up, the patient has not had a recurrence.

CONCLUSIONS: Extraskeletal chondroma is a slow-growing and painless subcutaneous tumor. Imaging studies reveal a mass that does not involve the bone. Surgical

¹ Residente de tercer año de Dermatología.

² Dermatóloga.

³ Dermatopatólogo.

Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio, Secretaría de Salud Jalisco, Zapopan, Jalisco, México.

⁴ Patólogo. Práctica privada. Guadalajara, Jalisco, México.

Recibido: septiembre 2024

Aceptado: octubre 2024

Correspondencia

Adriana del Carmen Rodríguez Mena
adriana735@yahoo.com

Este artículo debe citarse como:

Aceves-Ochoa JA, Rodríguez-Mena AC, Álvarez-Rubio FJ, Solís-Ledesma G, Guevara-Gutiérrez E, Vélez-Gómez E. Condroma extraesquelético similar al condroblastoma. Dermatol Rev Mex 2024; 68 (Supl. 1): S142-S146.

removal is the preferred treatment. Its importance lies in the fact that, sometimes, its histopathological characteristics can be confused with aggressive chondroid neoplasms, such as chondroblastoma.

KEYWORDS: Extraskeletal chondroma; Soft tissue neoplasm; Chondroblastoma; Surgery.

ANTECEDENTES

El término condroma se refiere a un tumor benigno de crecimiento lento. Cuando el tumor surge de la cavidad medular, se denomina endcondroma, pero si surge de los tejidos blandos se denomina condroma de tejidos blandos o condroma extraesquelético.¹ Este último es una neoplasia benigna rara, constituye aproximadamente el 1.5% de todos los tumores benignos de tejidos blandos^{2,3,4} y se caracteriza por no tener conexión alguna con la corteza ósea, la membrana sinovial intraarticular o el periostio.^{1,2,5}

En términos histopatológicos, el condroma extraesquelético está compuesto por cartílago hialino maduro, pero, en ocasiones, sus características pueden causar confusión con neoplasias benignas de comportamiento agresivo, como el condroblastoma, en cuyo caso recibe el nombre de condroma extraesquelético similar al condroblastoma,⁶ variante que se considera aún más infrecuente y de la que sólo se han descrito reportes de casos.

Por ello, el interés de esta comunicación no reside únicamente en la rareza del diagnóstico, sino también en su aporte al conocimiento de un tipo de tumor que, de ser diagnosticado incorrectamente como agresivo, podría llevar a que el paciente reciba un tratamiento innecesario.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 65 años, quien padecía una “tumoración” en el pie, asintomática, de cinco años de evolución y de crecimiento lento; dos meses previos notó que crecía más rápidamente y producía dolor a la deambulaci3n, por lo que acudió a la consulta.

A la exploraci3n f3sica se observó una dermatosis que afectaba el dorso del pie izquierdo, entre la base del primer y segundo dedos, constituida por una neoformaci3n subcutánea, ovalada, que medía 3.5 x 3 x 1 cm, de superficie lisa y rosada, firme y móvil a la palpaci3n, de bordes precisos y evoluci3n aparentemente crónica (**Figura 1**). Las radiografías anteroposterior y oblicua mostraron una zona radiopaca, entre la primera y segunda falange, que no afectaba el hueso. **Figura 2**

Se hizo resecci3n completa y cierre directo. Durante la cirugía, se corroboró que el tumor no estaba adherido a alguna estructura ósea o perióstica. El estudio histopatológico mostró una tumoraci3n subdérmica de aspecto condroide, con una pseudocápsula fibrosa en su periferia (**Figura 3A**), con áreas de condrocitos bien diferenciados en una matriz hialina, otras áreas hipercelulares en disposici3n trabecular con pleomorfismo celular y células fusiformes de núcleos hiper cromáticos en una matriz

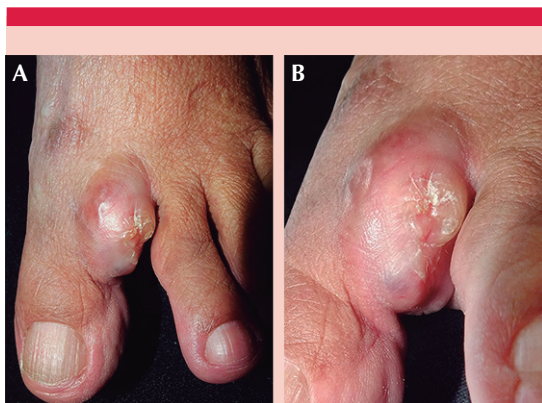


Figura 1. A. Neoformación localizada en el dorso del pie izquierdo, entre la base del primer y segundo dedos. B. Morfológicamente era ovalada, de 3.5 x 3 x 1 cm, de superficie lisa y rosada con un área queratósica, de bordes precisos y evolución aparentemente crónica.

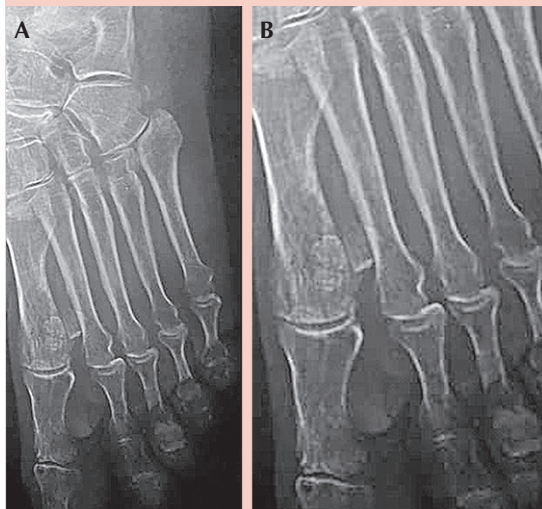


Figura 2. A. Radiografía oblicua del pie izquierdo que muestra una masa radiopaca entre la primera y segunda falanges. B. En el acercamiento se corrobora que no afecta las estructuras óseas circundantes.

mayormente eosinofílica (**Figura 3B**). Con estos hallazgos se estableció el diagnóstico de condroma extraesquelético similar al condroblastoma.

Durante el seguimiento a un año la paciente tuvo evolución clínica adecuada, con remisión del dolor, sin secuelas ni recurrencia. **Figura 4**

DISCUSIÓN

El condroma extraesquelético no tiene predominio por algún sexo y es más frecuente entre los 30 y 60 años, aunque se han reportado casos en niños.^{7,8,9} Las áreas anatómicas más afectadas

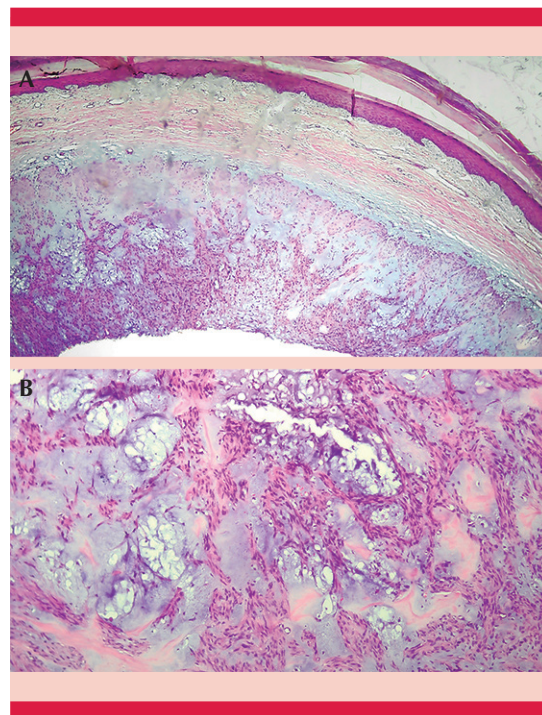


Figura 3. Muestra histopatológica teñida con hematoxilina y eosina. A. Epidermis y dermis papilar conservadas. Por debajo de ellas, un tumor con matriz condroide hialina; en su centro con predominio de células fusiformes y en la periferia con maduración a cartílago hialino y una pseudocápsula (40X). B. Cartílago hialino, lobulado, con lagunas que contienen condrocitos, sin evidencia de pleomorfismo nuclear (100X).



Figura 4. Imagen clínica al año de seguimiento. Se observa una cicatriz lineal, sin datos de recurrencia.

incluyen las extremidades superiores (72% de los casos), seguidas de las inferiores (24%). De estas últimas, el pie es el sitio más afectado hasta en el 84% de las ocasiones,^{2,5} como se observó en nuestra paciente. Su localización en la región de la cabeza y el cuello es muy poco frecuente.¹⁰

En términos morfológicos, se manifiesta como una tumoración subcutánea palpable, generalmente no mayor a 3 cm, de crecimiento lento, con media de evolución al momento del diagnóstico de 1.5 años. El dolor es poco común, se ha documentado en el 19% de los pacientes y depende del tamaño del condroma;^{5,9} otros síntomas incluyen: dedo en gatillo o molestias similares a las de la fascitis plantar.^{4,9}

En el caso comunicado la larga evolución de cinco años condicionó un tamaño mayor a lo habitual, lo que a su vez produjo compresión mecánica que explicaría el dolor que la paciente padecía poco antes de acudir a la consulta.

En cuanto a los estudios de imagen, el primer paso es practicar una radiografía para planificar la cirugía;^{11,12} en ella puede observarse una masa lobulada y bien definida a expensas de tejidos blandos, que característicamente está separada de la cortical y de las estructuras óseas, asociada, en ocasiones, con calcificaciones centrales y periféricas.^{2,13} Sin embargo, para descartar totalmente la afectación ósea, es necesaria una resonancia magnética que permita definir la extensión, el contorno, la forma y la intensidad del tumor, además de su relación con las estructuras circundantes,^{11,12,14} aunque, debido a su costo, no siempre es accesible.

Desde el punto de vista histopatológico, aunque la mayor parte de los condromas extraesqueléticos están compuestos únicamente por cartílago hialino maduro lobulillar, se han descrito algunas variantes histológicas en las que, además del cartílago maduro, pueden observarse áreas de hiper celularidad, algunas células gigantes multinucleadas similares a osteoclastos intercaladas en una matriz condroide eosinofílica, calcificaciones en forma de alambre de gallinero o áreas de cartílago inmaduro y atipia nuclear. Con estos hallazgos puede establecerse el diagnóstico erróneo de condroblastoma, un tumor benigno, pero localmente agresivo.^{5,6,15,16}

El origen del condroma extraesquelético es incierto. Se han propuesto tres hipótesis: la primera sugiere que las células migratorias del cartílago se originan desde la estructura esquelética adyacente al tejido conectivo; la segunda propone una conversión de los tejidos precartilaginosos que se encuentran en la zona de inserción del ligamento en el periodo de activación; y la

tercera propone una metaplasia de las células sinoviales a cartilaginosas.^{10,17}

En 2021 Liu y colaboradores¹⁸ plantearon que el condroma extraesquelético es parte de un espectro de tumores formadores de matriz condroide-cartílago que albergan fusiones tirosina cinasa del gen del receptor *FN1* y propusieron renombrarlo como “neoplasia mesenquimatoso condroide calcificada”. Otros autores sugieren que ese nombre se destine sólo en los casos en los que se haya identificado la mutación mencionada.¹⁹

El tratamiento del condroma extraesquelético es quirúrgico; debe asegurarse la resección completa del tumor, incluida la cápsula, para evitar recurrencias, que pueden ser del 5 al 17%.^{5,13,20} En la paciente del caso la resección fue completa y no hubo recurrencia al año de seguimiento.

CONCLUSIONES

El condroma extraesquelético es una enfermedad poco frecuente que puede imitar histopatológicamente a otros tumores de tejidos blandos, como su variante similar al condroblastoma. Para su diagnóstico correcto es necesario tomar en consideración sus características radiológicas e histopatológicas. La extirpación del tumor es el tratamiento de elección.

REFERENCIAS

1. Ingale Y, Viswanathan V, Dharwadkar A, Chhablani NG. Extraskeletal chondromatosis in a 30-year-old patient: A rare case report. *Cureus* 2024; 16: e65844. doi:10.7759/cureus.65844
2. Kransdorf MJ, Meis JM. From the archives of the AFIP. Extraskeletal osseous and cartilaginous tumors of the extremities. *Radiographics* 1993; 13: 853-884. doi:10.1148/radiographics.13.4.8356273
3. Schwaiger K, Ensat K, Neureiter D, Hladik M, et al. Trigger finger caused by extraskeletal chondroma. *J Hand Surg* 2017; 42: e51-e55.
4. Zacharia B, Poulouse S, Kurup GS, Pawaskar SM. Extraskeletal intramuscular chondroma of the knee - Case report and review of the literature. *Rev Bras Ortop (Sao Paulo)* 2021; 59: e1-e4. doi:10.1055/s-0041-1731796
5. Chung EB, Enzinger FM. Chondroma of soft parts. *Cancer* 1978; 41: 1414-1424. doi:10.1002/1097-0142(197804)41:4<1414::aid-cnrc2820410429>3.0.co;2-o
6. Cates JM, Rosenberg AE, O'Connell JX, Nielsen GP. Chondroblastoma-like chondroma of soft tissue: an underrecognized variant and its differential diagnosis. *Am J Surg Pathol* 2001; 25: 661-666. doi:10.1097/0000478-200105000-00015
7. Suganuma S, Tada K, Tsuchiya H. Giant extraskeletal chondroma of the index finger: a case report. *J Plastic Reconstr Aesthet Surg* 2011; 64: 1377-1379. doi:10.1016/j.bjps.2011.02.024
8. Singh P, Mathur SK, Kundu ZS, Arora B, et al. Extraskeletal chondroma of the hand—a case report. *Indian J Pathol Microbiol* 2005; 48: 206-208.
9. Salvatori G, Abati CN, Bettuzzi C, Lampasi M, et al. Extraskeletal chondroma: A rare cause of trigger finger in children. *Case Rep Orthop* 2020; 2020: 8259089. doi:10.1155/2020/8259089
10. Kwon H, Kim HY, Jung SN, Yoo G, et al. Extraskeletal chondroma in the auricle. *J Craniofac Surg* 2010; 21: 1990-1991. doi:10.1097/SCS.0b013e3181f504f5
11. Zlatkin MB, Lander PH, Begin LR, Hadjipavlou A. Soft-tissue chondromas. *Am J Roentgenol* 1985; 144: 1263-1267. doi:10.2214/ajr.144.6.1263
12. Wenny R, Pollhammer MS, Duscher D, Schmidt M, et al. Giant extraskeletal chondroma of the hand: A rare case. *Arch Plast Surg* 2018; 45: 388-389. doi:10.5999/aps.2017.01053
13. Dahlin DC, Salvador AH. Cartilaginous tumors of the soft tissues of the hands and feet. *Mayo Clin Proc* 1974; 49: 721-726.
14. Rico Niria R, Pérez Mejía R, Gálvez G. Condroma en tejidos blandos de cavidad oral: informe de dos casos. *Pract Odontol* 1987; 8: 212-224.
15. Marcial-Seoane RA, Marcial-Seoane MA, Ramos E, Marcial-Rojas RA. Extraskeletal chondromas. *Bol Asoc Med P R* 1990; 82 (9): 394-402.
16. Saito M, Nishimoto K, Nakayama R, Morioka H, et al. Extraskeletal chondroma of the index finger: A case report. *Case Rep Oncol* 2017; 10: 479-484. doi:10.1159/000477237
17. Elzahabi M, Alwafi H. Auricle chondroma excision with contralateral conchal graft reconstruction. *Aesthet Surg J Open Forum* 2022; 5: ojac078. doi:10.1093/asjof/ojac078.
18. Liu YJ, Wang W, Yeh J, Chen EY, et al. Calcified chondroid mesenchymal neoplasms with FN1 receptor tyrosine kinase gene fusions including FGFR2, FGFR1, MERTK, NTRK1, and TEK: a molecular and clinicopathologic analysis. *Mod Pathol* 2021; 34: 1373-1383. doi:10.1038/s41379-021-00786-x
19. Kallen ME, Michal M, Meyer A, Gross JM, et al. Calcified chondroid mesenchymal neoplasm: Exploring the morphologic and clinical features of an emergent entity with a series of 33 cases. *Am J Surg Pathol* 2023; 47: 725-737. doi:10.1097/PAS.0000000000002044
20. Bahnassy M, Abdul-Khalik H. Soft tissue chondroma: a case report and literature review. *Oman Med J* 2009; 24: 296-299. doi:10.5001/omj.2009.60