

SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA
PROF. F. GOMAR SANCHEZ
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Osteocondroma del Lóbulo Adiposo de la Rodilla (A propósito de un caso)

F. ARGÜELLES SANGINES., A. SILVESTRE MUÑOZ., M. SALIDO PUIG.,
T. JOLIN SANCHEZ

RESUMEN:

Se presenta un caso de osteocondroma del lóbulo adiposo de la rodilla tratado quirúrgicamente mediante exéresis de la masa tumoral. Se analiza su baja frecuencia en la revisión bibliográfica, sus posibles causas patogénicas y sus características anatomopatológicas.

Descriptores: Osteocondroma intraarticular de la rodilla; Osificación de la bolsa intrapatelar; Osteome capsular de la rodilla.

SUMMARY:

The authors communicate a case of osteochondroma located in the fat pad of the knee, treated by surgical excision. They analyze its oddity, and make a review of the most interesting aspects with respect to pathogenesis and pathology.

Key Words: Intra-articular osteochondroma of the knee. Capsular osteoma of the knee. Ossification of infrapatellar bursae.

Introducción

Con la presente nota clínica pretendemos presentar un caso de osteocondroma del lóbulo adiposo de la rodilla. El osteocondroma es el tumor óseo benigno más común. La localización intraarticular es sumamente rara, de ahí que en la literatura sólo haya registrados dieciséis casos siendo citados por ROBILLARD (1941) (1), ROTH (1944) (2), KAUTZ (1945) (3), JAFFE (1958) (4), DE PEPPA (1965) (5), MOSHER y Cols. (1966) (6), CAMPAILLA Y ORESTANO (1972) (7), SARMIENTO y ELKINS (1975) (8) y MOTTA y cols. (1980) (9) entre otros. A lo largo de los años se han utilizado numerosos sinónimos para definir esta entidad (COVENTRY y cols. 1966) (10). Los más aceptados son: Osteocondroma ex-

traesquelético, osteocondroma gigante intraarticular de rodilla y condroma osificante.

El presente tumor se localiza en el espacio comprendido entre los huesos de la rodilla y el ligamento rotuliano. En su cara posterior está recubierto, como pudimos comprobar en el acto operatorio, por sinovial y se encuentra suspendido por un ligamento también recubierto por sinovial. Por lo tanto debe ser considerado como una formación EXTRASINOVIAL, INTRACAPSULAR e INFRAPATELAR.

El principal motivo de controversia de esta entidad es su etiopatogenia. Mientras que autores como DE PEPPA (1965), (5) MOSHER (1966), (6) y SARMIENTO (1975) (8) abogan por una metaplasia cartilaginosa con osificación sucesiva; es decir que la metapla-

sia ocurre en las células de revestimiento sinovial, otros como MOTTA y cols. (1980) (9) consideran que es una neoformación debida a inclusiones mesenquimales. Estos últimos defienden esta teoría, basándose en dos hechos:

- a) El lóbulo adiposo es de origen mesodérmico, y es lógico pensar que las células mesenquimales pueden transformarse en condrocitos por una agresión traumática o microtraumática.
- b) La zona de metaplasia presenta una localización central lejos del revestimiento sinovial.

Desde el punto de vista clínico podemos apreciar una tumefacción sub-rotuliana, que suele presentarse en pacientes mayores de veinte años (generalmente en la cuarta y quinta década) sin existir distinción respecto al sexo, cuyo tamaño va aumentando. El dolor no siempre está presente, aunque la sensación de molestia es frecuente. Desde el punto de vista mecánico no suele existir alteración funcional alguna, habiéndose descrito casos en los que ha existido una limitación de la flexo-extensión de la rodilla.

Radiográficamente el aspecto de la lesión varía en función del estadio en que se encuentre. Inicialmente cuando la lesión está constituida por cartilago hialino transparente la exploración radiográfica será negativa y es conveniente establecer el diagnóstico diferencial con la enfermedad de HOFFA. Posteriormente aparecen calcificaciones y osificaciones que van confluyendo. Es en este momento cuando la radiología proporciona datos útiles. El tiempo necesario para la osificación completa no es conocido, pero al menos deben transcurrir dos años desde el inicio de la lesión.

Macroscópicamente es una neoformación de tamaño variable, de color blanco-grisáceo y consistencia más o menos dura. Se halla cubierta irregularmente por una cápsula fibro-

vascular.

El aspecto microscópico es diferente en función del estadio de la lesión. Podemos diferenciar tres fases:

1. Metaplasia cartilaginosa y proliferación.
2. Degeneración cartilaginosa y calcificación.
- 3.- Osificación encondral.

Desde el punto de vista terapéutico SMILLIE (1977) (11) y la mayoría de los autores están de acuerdo en que lo más correcto es la extirpación de la masa tumoral, que puede enuclearse fácilmente. MOSHER (1966) (6) encontró en sus tres casos adherencias a los meniscos, lo que le obligó a practicar meniscectomías.

Caso Clínico

Paciente de 53 años, hembra que acude a consulta por tumoración y ligero dolor en rodilla derecha sin antecedente traumático que recuerde y de más de 5 años de evolución.

A la inspección se aprecia una tumoración por debajo del tendón rotuliano a nivel de la bolsa adiposa de HOFFA, indolora, parcialmente móvil en planos profundos, no adherida a la piel y con una movilidad de rodilla completa, siendo dolorosa la movilización en sus últimos grados de flexión. No derrame articular, ni signos inflamatorios.

La analítica convencional es absolutamente normal.

En las imágenes radiográficas de la rodilla, (Fig. 1) se aprecia una imagen esférica calcificada en la interlinea articular, situada en la zona central de la rodilla, (Fig. 2) de unos 3-4 cm. de diámetro y de bordes irregulares.

Se practicó un tratamiento quirúrgico: Exéresis de una tumoración de consistencia dura, color blanquecino, de un tamaño aproximado de unos 3-4 cm. que se enucleó con

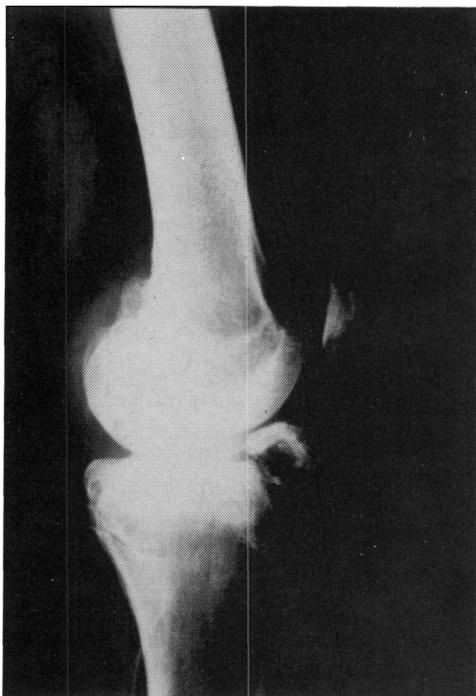


Figura 1: Proyección lateral de la rodilla afecta observándose la calcificación intraarticular del lóbulo adiposo de la misma.

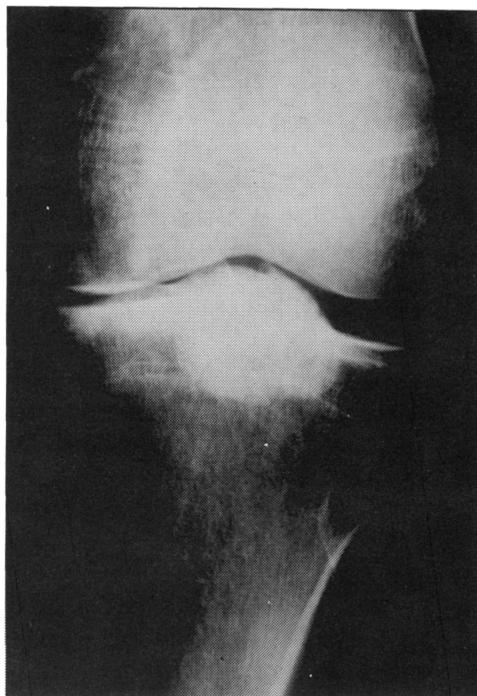


Figura 2: Proyección anteroposterior de la rodilla mostrando la situación central de la tumoración.

facilidad (Fig. 3). El estudio anatomopatológico informó de que se trataba de un osteocondroma.

La evolución clínica de la paciente ha sido satisfactoria y sin alteración de la movilidad de la rodilla, siendo dada de alta definitiva a las 6 semanas de la intervención.

Discusión

Del estudio de nuestro caso y tras la revisión de la literatura podemos llegar a la conclusión de que se trata de un tumor benigno cuya etiopatogenia es aún motivo de controversia, aunque dado que no existe historia precisa de traumatismo en todos los pacientes, nos inclinamos a pensar que se trata de una metaplasia proliferativa de las células de revestimiento sinovial con pluripotencialidad evolutiva.

El tumor de nuestra paciente presentaba

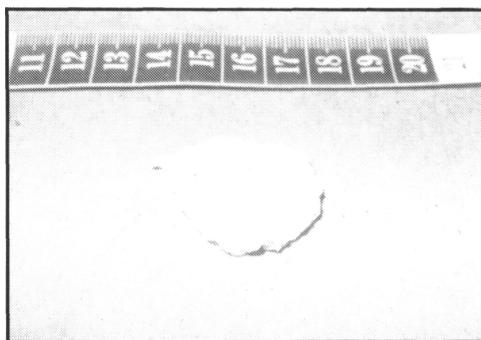


Figura 3: Pieza operatoria correspondiente al osteocondroma del lóbulo adiposo de la rodilla, según diagnóstico anatomopatológico.

numerosas similitudes con los descritos por MOSHER (1966) (6) y SARMIENTO (1975), (8) aunque en este caso no hemos detectado adherencias a los meniscos que nos obligaran a practicar una meniscectomía (MOSHER y cols., 1966) (6).

En lo que hace referencia al tratamiento, la

extirpación de la masa tumoral seguida de una inmovilización con yeso durante unas tres semanas nos ha proporcionado un resultado excelente, no habiéndose producido recidiva alguna.

No se han detectado anatomopatológicamente signos indicativos de transformación maligna alguna.

Bibliografía

1. ROBILLARD, G. L.: Ossification of infrapatellar bursae and fat pad. *Amer. J. Surg.*, 1941, 51: 442-444.
2. ROTH, P. B.: Ossifying chondroma replacing the infrapatellar pad of fat. *Proc. Roy. Soc. Med.*, 1944, 37: 279-280.
3. KAUTZ, F. G.: Capsular osteoma of the knee joint. Report of four cases. *Radiology*, 1945, 45: 162-167.
4. JAFFE, H. L.: Tumors and tumorous conditions of the bone and joints. Lea and Febirger, Philadelphia: 1958, 558-567.
5. DE PEPO, C.: Su di un raro caso di osteochondroma del batuffolo adiposo del ginocchio. *Arch. Cto-Inail*, 1965, 5: 439-446.
6. MOSHER, J. F.; KETTELKAMP, D. B. y CAMPBELL, C. J.: Intracapsular or para-articular chondroma. *J. Bone Jt. Surg.*, 1966, 48-A: 1561-1569.
7. CAMPAILLA, E, y ORESTANO, U.: Osteochondroma del batuffolo adiposo del ginocchio. *Chir. Organi. Mov.*, LXI: 1972, 505-509.
8. SARMIENTO, A.; ELKINS, R. W.: Giant intra-articular osteochondroma of the knee. *J. Bone Jt Surg.*, 1975, 57-A: 560-561.
9. MOTTA, A.; BOCCATO, P.; MUNI, P.; CALLEA, C.: Osteochondroma del lóbulo adiposo de la rodilla (dos casos). *Rev. Ortop. Traum.*, 1980, 24 Ib, nº 2: 267-272.
10. COVENTRY, M. B.; HARRISON, E. G. y MARTIN, J. F.: Benign tumors of the knee: a diagnostic problem. *J. Bone Jt. Surg.*, 1966, 48-A: 1350-1358.
11. SMILLIE, J. S.: Condroma osificante de la almohadilla adiposa infrarrotuliana. *Enfermedades de la articulación de la rodilla*, Ed. Jims: 1977, 160-161.