

CLÍNICA QUIRÚRGICA UNIVERSITARIA  
TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Prof. GOMAR

## Condromatosis sinovial extra-articular

T. JOLIN SANCHEZ, A. PATIÑO BRAVO, J. M. MARTORELL y J. IBORRA BOSCH

### RESUMEN

Se presenta un caso de Condromatosis Sinovial Extra-articular localizado en pie; de especial interés por la rareza del caso. Se comenta los hallazgos clínicos, anatomopatológicos y su evolución. Se revisa la literatura al respecto.

Descriptores: Condromatosis Sinovial Extra-articular. Metaplasia Cartilaginosa. Lesión Benigna.

### SUMMARY

A case of extrarticular synovial Chondromatosis on the left foot of a forty-year old woman is reported. The histopathology is discussed.

Key words: Extrarticular synovial Chondromatosis.

La Condromatosis Sinovial Extra-articular es una afección poco frecuente, en la cual se forma cartilago a partir de la Membrana Sinovial, Vainas Tendinosas o Bolsas Sinoviales por metaplasia del tejido conjuntivo.

La rareza de esta entidad unido a la ocasión que hemos tenido de haber estudiado un caso con lesiones que asientan en el pie, nos ha decidido a revisar la situación actual de este problema.

La primera descripción corresponde a MONROE en 1726 y más tarde autores como KNOX y LAENNEC también se refirieron al tema en los años 1736 y 1822 respectivamente.

Es JAFFE en 1966 quien reserva el término Condromatosis Sinovial sólo a aquellos casos en los que se observa una metaplasia del cartilago de la membrana sinovial articular.

En 1917 y 1923, HENDERSON y JONES introdujeron el término de Osteocondromatosis para designar la misma entidad de presentación articular.

En cuanto a estos dos términos citados, es preferible usar el de Condromatosis porque la condición es sobre todo debida a la formación de múltiples focos metaplásicos cartilaginosos.

Clínicamente se venían distinguiendo dos afecciones: la Condromatosis Sinovial Articular y la Extra-articular; esto unido a que la Condromatosis Sinovial ha sido confundida con otras muchas afecciones como la Enfermedad Articular Degenerativa, la Osteocondritis Disecante, las Artropatías Neuropáticas, las Fracturas Osteocondrales, etc. ha hecho que las series estadísticas sobre la frecuencia de esta enfermedad sean tan dispares.

Debemos hacer notar que ambas situa-

ciones clínicas son la misma entidad, lo mismo se produzcan en una Vaina Tendinosa, en una Articulación o en una Bolsa Sinovial, ya que todos los casos son debidos a una Metaplasia del tejido conjuntivo adyacente a la Membrana Sinovial y que secundariamente sufren un proceso de calcificación y osificación.

Estos tumores cartilaginosos son a veces difíciles de diagnosticar, especialmente cuando se localizan en manos y pies (DAHLIN, 1974); otras veces estas formas pueden ser confundidas con otras lesiones de partes blandas que muestran evidencia radiológica de calcificación moteada como sucede con el Sarcoma Sinovial y el Condrosarcoma Periostal.

La Condromatosis Sinovial se considera una entidad de evolución clínica benigna al contrario de lo que han venido afirmando

algunos autores, quienes consideraban maligna su evolución (NIXON, 1960), (MULLINS, 1965), (DUNN, 1974).

#### *Caso clínico*

I.S.L. de 40 años de edad, sexo femenino, quien refiere que desde hace varios años, no recuerda cuántos, presenta una tumoración totalmente asintomática en la cara plantar del pie izquierdo. Clínicamente se le aprecian otras dos tumoraciones, una en la cara dorsal y la otra en la cara externa del tercer dedo del mismo pie. Desde hace aproximadamente 20 días, estas dos tumoraciones se han tornado dolorosas y le dificultan la deambulación y el uso del calzado, siendo éstas las causas por la que acude a la consulta. Refiere también la paciente dolores esporádicos y que desaparecían espontáneamente en el pie afecto.

Las tumoraciones palpables son de consistencia dura, adheridas a planos profundos. A nivel del tercer dedo existen signos inflamatorios, con tumefacción moderada y dolor a la palpación. La exploración analítica era completamente normal.

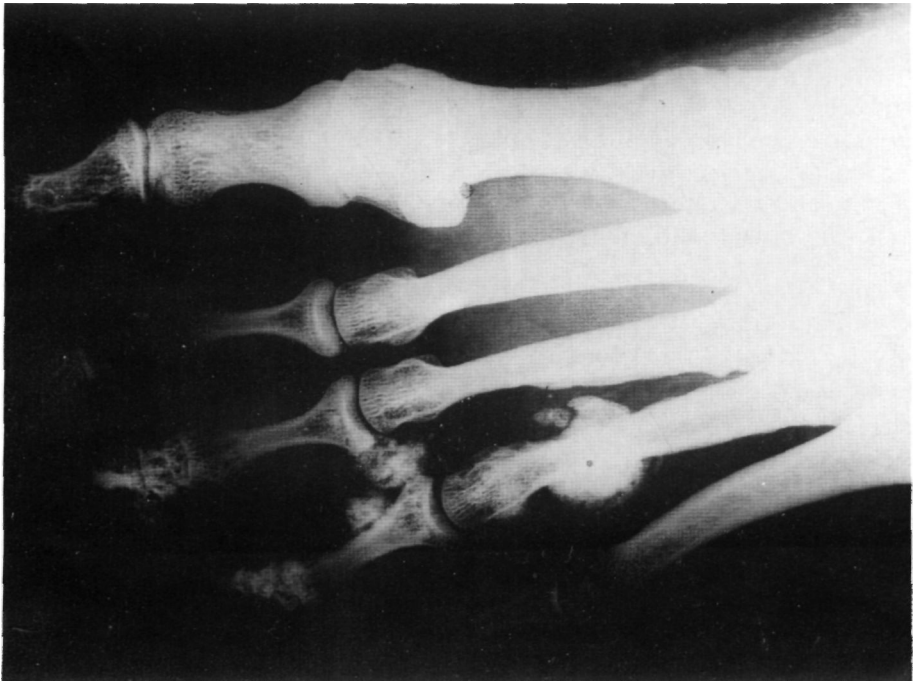


FIG. 1.—Proyección anteroposterior: Se aprecian masas irregulares de densidad ósea a lo largo del 4.º radio y entre el 3.º y el 4.º.

Radiográficamente en las distintas proyecciones: anteroposterior, lateral y oblicua (Figs. 1, 2 y 3) se aprecia la existencia de masas de densidad ósea y de aspecto irregular, repartidas a nivel de los radios 3.º y 4.º.

También se aprecia otra masa, clínicamente no palpable, situada en el borde externo del pie, a nivel de la articulación calcáneo-cuboidea y siguiendo el trayecto de los tendones peroneos.

Fue intervenida quirúrgicamente, extirpándose la masa del dorso del tercer dedo que era la que clínicamente le producía molestias. La pieza quirúrgica fue estudiada histológicamente.

### Anatomía patológica

El material estudiado consistía en tres fragmentos de tejido fibro-adiposo, el mayor de los cuales mide  $2 \times 1$  cms.

Todos ellos contenían varios nódulos de color blanco-nacarado, el mayor de un diámetro de 0'5 cms.

Tras fijación en Formol tamponado al 10 por 100, los fragmentos fueron incluidos en Paraplast. Sobre ellos se realizaron secciones de 5 micras de espesor, siendo posteriormente coloreadas con

H.E.; P.A.S.; Tricrómico de Masson y Reticulina.

Histológicamente los fragmentos estudiados corresponden a sinovial, periostio y tejido celular subcutáneo. Los fragmentos procedentes de la sinovial eran los más abundantes; en ellos se observó la presencia de nódulos condrales de diversos tamaños incluidos en su interior y que protruyendo su superficie erosionaban en amplias áreas el revestimiento celular sinovial (Fig. 4).

Los condrocitos eran de morfología y tamaño regular, si bien ocasionalmente se observaron atipias celulares con polimorfismos nucleares y existiendo ocasionalmente binucleación aislada de células condrales (Fig. 5).

Periféricamente los nódulos condrales se hallaban revestidos por tejido colágeno en continuidad con el colágeno del estroma de la sinovial sin que existieran en ella fenómenos hemorrágicos y/o inflamatorios.

### Discusión

Aportamos un nuevo caso de Condromatosis Sinovial Extra-articular, interesante por la rareza de este tipo de lesiones y por-



FIG. 2.—Proyección lateral: Se observan masas óseas dispuestas a lo largo de las vainas de los peroneos.

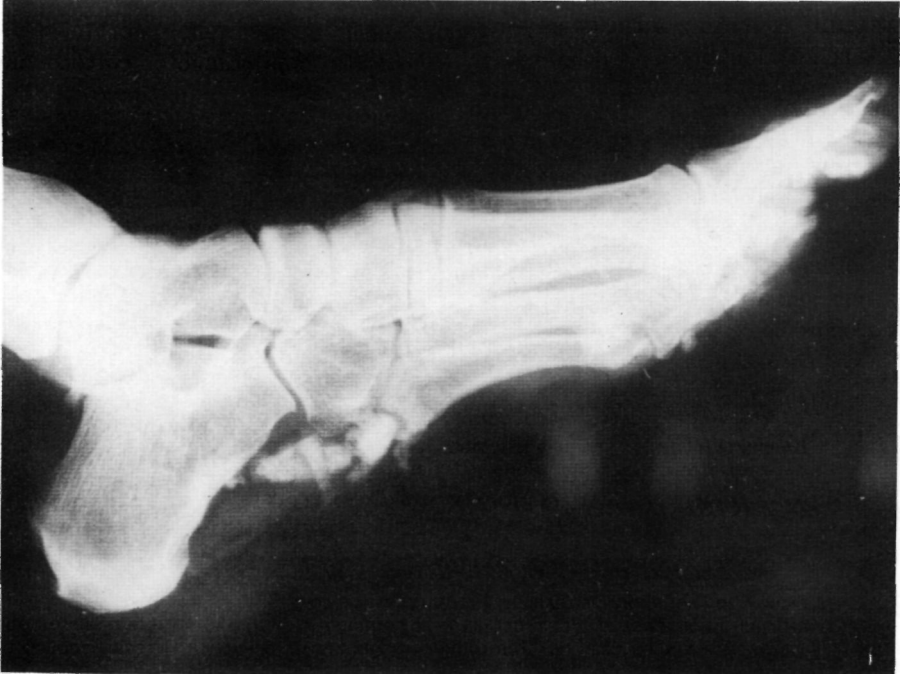


FIG. 3.—Proyección oblicua: Se confirma lo de la proyección anteroposterior.

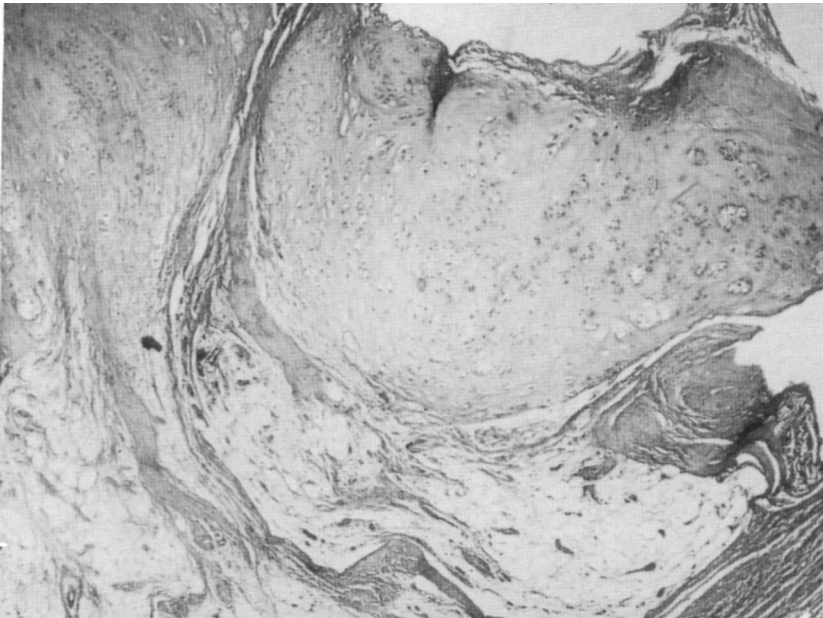


FIG. 4.—Existe un nódulo condral que protruye en la cavidad articular erosionando el revestimiento sinovial. H.E. (45x).

que después de revisar la bibliografía española de los últimos 20 años, creemos que es el primer caso que se describe de esta afección en España.

La causa de la Condromatosis Sinovial no está del todo aclarada, aunque para algunos autores como MURPHY (1962) la etiología traumática es evidente en muchos casos.

Como luego comentaremos en la discusión anatomopatológica este dato etiológico tiene escasa significación.

En cuanto a las manifestaciones clínicas, todos los autores están de acuerdo en la poca expresividad de la sintomatología. Lo más característico es la presencia de una tumefacción que progresa lentamente y que sólo ocasionalmente puede interferir con la función.

La evolución es bastante larga y varía entre 1 a 50 años.

Radiológicamente, todos los casos descritos, lo mismo que el que comentamos,

presentan grados variables de calcificación de partes blandas; este es el hallazgo característico y las masas suelen ser múltiples y de diferente tamaño.

Desde el punto de vista histopatológico, la Condromatosis Sinovial presenta caracteres típicos que definen la entidad. EUDERINK (1982), FECHNER (1976), TELLREYS (1967), MILGRAM (1977).

La presencia de atipias celulares y nucleares e incluso binucleación de los condrocitos que estructuran los nódulos condrales, es un hallazgo que aparece en cerca de los 2/3 de los casos estudiados. MURPHY y cols. (1962).

Estas alteraciones celulares en ningún caso pueden ser diagnosticadas de lesión condrosarcomatosa en ausencia de lesión ósea demostrable. FECHNER (1976).

En ninguno de los nódulos condrales estudiados se observaron signos de calcificación u osificación, sin que ello haga pensar

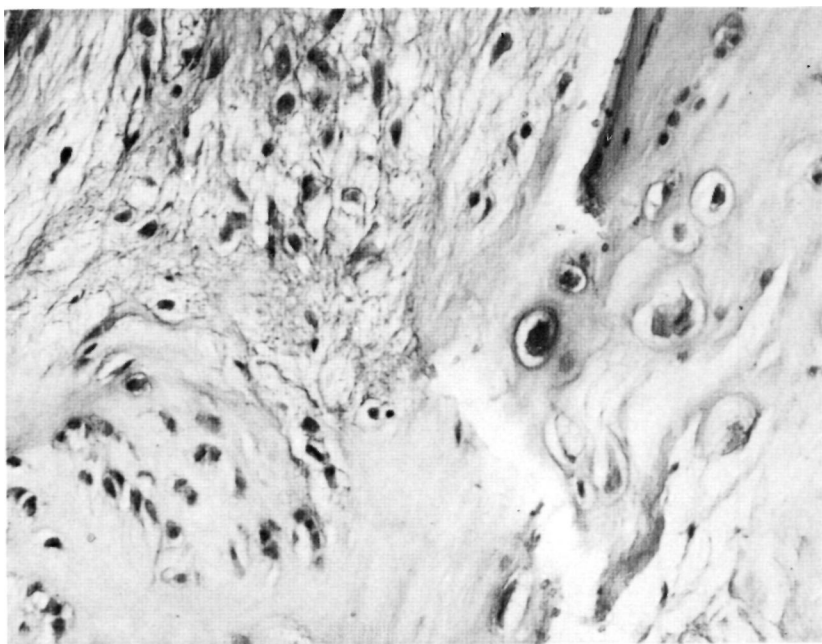


FIG. 5.— Los condrocitos aparecen en número variable. Los polimorfismos celulares son marcados. Existe una célula binucleada. H.E. (200x).

que se trata de lesiones de larga evolución, ya que lesiones de reciente instauración, albergan en su interior desde su inicio tejido óseo e incluso médula hematopoyética. FECHNER (1976).

No existen tampoco signos histológicos que permitan predecir el curso evolutivo de la lesión, ya que las recidivas locales son frecuentes y se han descrito casos de regresión espontánea. SWAW y OWENS (1972) y también algún caso de degeneración sarcomatosa. MILGRAM y ADDISON (1976).

La ausencia de elementos inflamatorios o hemorrágicos en el resto de la sinovial libre de los nódulos condrales no permite apoyar ni descartar una etiología traumática de la lesión. FECHNER (1976), si bien su origen a partir del conectivo sinovial parece probable. EUDERINK (1982).

#### BIBLIOGRAFIA

1. DAHLIN, D. C. and SALVADOR, M. J. (1974): Chondromatosis of Bones of the Hands and Feet. A study of 30 cases. *Cáncer*, 34: 755-760.
2. DAHLIN, D. C. and SALVADOR, A. H. (1974): Cartilaginous Tumors of the Soft Tissues of the Hands and Feet. *Mayo Clin. Proc.*, 49: 721-726.
3. DEBENEDETTI, M. J. and SCHWINN, P. (1979): Tenosynovial Chondromatosis in the Hand. *J. Bone and Joint Surg.*, 61 A: 898-903.
4. DUNN, W. and WHISLER, J. (1973): Synovial Chondromatosis of the Knee with associated Extracapsular Chondromas. *J. Bone and Joint Surg.*, 55 A: 1747-1748.
5. DUNN, E. J. and cols. (1974): Synovial Chondrosarcoma. Report of a case. *J. Bone and Joint Surg.*, 56 A: 811-813.
6. EUDERINK, F. (1982): The Synovial Biopsy in Bone and Joint Disease. In current topics in Pathology. Ed. C.I. Bevery Springer-Verlang. Berlín.
7. FECHNER, R. F. (1976): Neoplasms and neoplasm-like lesions of the synovium in Bones and Joints. International Academy of pathology Monograph. Ed. Ackerman Spujt Abell. Williams and Wilkins, Co. Baltimore.
8. GOLDMAN, R. L. and LICHTENSTEIN, L. (1964): Synovial Chondrosarcoma. *Cáncer*, 17: 1233-1240.
9. GOLDENBERG, R.; COHEN, P. and STEINLAUF, P. (1967): Chondrosarcoma of the Extraskeletal Soft Tissues. *J. Bone and Joint Surg.*, 49A, 1487-1507.
10. JEFFREYS, T. E. (1967): Synovial Chondromatosis. *J. Bone and Joint Surg.*, 49 B: 530-534.
11. LICHTENSTEIN, L. and GOLDMAN, R. L. (1964): Cartilage Tumors in Soft tissues, particularly in the Hand and Foot. *Cáncer*, 17: 1203-1208.
12. MILGRAM, J. W. (1977): Synovial Osteochondromatosis. A histopathological Study of thirty cases. *J. Bone and Joint Surg.*, 59 A: 792-801.
13. MILGRAM, J. W. and ADDISON, R. G. (1976): Synovial Osteochondromatosis of the Knee. Chondromatosis recurrence with possible Chondrosarcomatosis degeneration. *J. Bone and Joint Surg.*, 58 A: 264-266.
14. MULLINS, F.; BERARD, C. and EISENBERG, S. (1965): Chondrosarcoma following Synovial Chondromatosis. *Cáncer*, 18: 1180-1188.
15. MURPHY, F. P.; DAHLIN, D. C. and SULLIVAN, C. R. (1962): Articular Synovial Chondromatosis. *J. Bone and Joint Surg.*, 44 A: 77-86.
16. NIXON, J. E.; FRANK, G. R. y CHAMBERS, G. (1960): Synovial Osteochondromatosis: with report of 4 cases, 1 showing malignant change. *U.S. Armed Forces M. J.* 11: 1434-1445.
17. SIM, F. H.; DAHLIN, D. C. and IVINS, J. C. (1977): Extra-articular Synovial Chondromatosis. *J. Bone and Joint Surg.*, 59A: 492-495.
18. SWAW, E. F. and OWENS, W. F. Jr. (1972): Synovial Chondrometaplasia, a case report with spontaneous regression and a review of the literature. *South. Med. J.*, 65: 1496-1500.
19. VELASCO DOMÍNGUEZ, E. y cols. (1979): Condromatosis sinovial, de las vainas tenosinoviales y de las bolsas serosas. *Revista Clínica Española*, 152 (3), 171-175.