

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El condroblastoma es un tumor óseo benigno que se caracteriza por la formación de una matriz cartilaginosa rodeada por células poco diferenciadas, siendo mayormente osteoclastos y condroblastos. Es típico de este tumor la presencia de zonas calcificadas.

En cuanto a su epidemiología, son lesiones raras, más frecuentes en menores de 25 años. Se localiza sobre todo en la epífisis de huesos con alto índice de crecimiento, como son las epífisis de la rodilla (fémur distal y tibia proximal) y el extremo proximal de húmero. Con frecuencia alcanza la metáfisis, pero es raro que penetre en la articulación.

La clínica es inespecífica, ocasionando dolor y tumefacción en la región afectada, incluso alteraciones articulares si se encuentra muy próximo a la articulación. En las pruebas de imagen se presenta como una zona osteolítica bien definida localizada de manera excéntrica. Es excepcional su diseminación a distancia.

El diagnóstico diferencial incluye el tumor de células gigantes, el fibroma condromixóide, la necrosis avascular, el quito óseo aneurismático y el absceso de Brodie. No es infrecuente que durante meses el dolor se atribuya a procesos inflamatorios inespecíficos como la sinovitis o meniscopatía, sobre todo en pacientes mayores de 25 años y con radiografías sin lesiones evidentes.

Su tratamiento puede ser conservador al inicio, con controles periódicos. Si es muy sintomática o alcanza un tamaño considerable se debe considerar un tratamiento quirúrgico. Lo más practicado es el curetaje de la lesión y el relleno con injerto óseo (autólogo, de cadáver o sintético). Como alternativa, existen estudios con buenos resultados en tumores pequeños tratados con la ablación percutánea con radiofrecuencia.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un varón de 37 años que es derivado a nuestra consulta por presentar una tumoración ósea en la rodilla izquierda. A la exploración, el aspecto de la rodilla es normal, lo único que refiere el paciente son molestias al cargar peso sobre la pierna afectada, por lo que le limita la deambulación hasta el punto de tener que ayudarse de una muleta para caminar. A la palpación de cara anterolateral de la meseta tibial presenta dolor y ligera tumefacción. Las maniobras meniscales y ligamentosas no demuestran alteraciones.

En la radiografía que aporta de su hospital vemos una lesión osteoblástica, con bordes mal definidos, en región centrolateral de metáfisis proximal de tibia, sin afectar a interlínea articular. Para poder filiar mejor la lesión se decide completar el estudio con nuevas pruebas de imagen (TC y RMN) y biopsia dirigida con control de TC. En la radiografía de tórax no se encontraron anomalías.

Cuando completamos el estudio confirmamos que se trata de un condroblastoma de tibia proximal. Con este diagnóstico, informamos al paciente de que se trata de un tumor benigno, pero recomendamos tratamiento quirúrgico, y se programa para realizar curetaje y relleno con injerto óseo.

### RESULTADOS

En quirófano colocamos al paciente en decúbito supino, con manguito de isquemia en el muslo y localizamos con la escopía la lesión. Realizamos un abordaje lateral de la meseta tibial, abriendo un flap de la musculatura pretibial para luego poder tapar la lesión. La cintilla iliotibial la dejamos posterior. Realizamos algunas perforaciones con una broca de 3.5mm en la zona de la lesión y luego completamos la osteotomía con una lámina. Una vez que ya vemos el interior de la lesión, tomamos muestra para el estudio anatomopatológico, y comenzamos a realizar un curetaje amplio.

Posteriormente rellenamos la cavidad con injerto óseo alógeno, compuesto por chips de esponjosa y matriz ósea desmineralizada. El postoperatorio inmediato transcurre sin incidencias, manteniendo en descarga al paciente durante 3 semanas. A los 4 meses el paciente está asintomático y ha vuelto a su actividad laboral sin problemas.

### COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

En quirófano colocamos al paciente en decúbito supino, con manguito de isquemia en el muslo y localizamos con la escopía la lesión. Realizamos un abordaje lateral de la meseta tibial, abriendo un flap de la musculatura pretibial para luego poder tapar la lesión. La cintilla iliotibial la dejamos posterior. Realizamos algunas perforaciones con una broca de 3.5mm en la zona de la lesión y luego completamos la osteotomía con una lámina. Una vez que ya vemos el interior de la lesión, tomamos muestra para el estudio anatomopatológico, y comenzamos a realizar un curetaje amplio.

Posteriormente rellenamos la cavidad con injerto óseo alógeno, compuesto por chips de esponjosa y matriz ósea desmineralizada. El postoperatorio inmediato transcurre sin incidencias, manteniendo en descarga al paciente durante 3 semanas. A los 4 meses el paciente está asintomático y ha vuelto a su actividad laboral sin problemas.

### AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer a todos los participantes en el trabajo su esfuerzo y dedicación, así como a todo el servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital Virgen de la Arrixaca, ya que sin su ayuda la resolución del caso no hubiera sido posible.

### RX PREOPERATORIA



### TC PREOPERATORIO



### RX POSTOPERATORIA



#### Bibliografía:

1. Morris C, Forsberg J A, Lewis VO. Bone and soft-tissue tumors for the General Orthopedic Surgeon: diagnosis, management and avoiding errors. Instructional Course Lectures. Vol 67. AAOS. 2018.
2. Miller B J, Nystrom L. Benign bone and soft tissue tumors. Orthopaedic Knowledge Update 12. AAOS. 2017.
3. Yang Z, Tao H, Ye Z, Huang X, Lin N, Yang M. The diagnosis and treatment of tibial intercondylar chondroblastoma. Clinics (Sao Paulo). 2018 Nov 29;73:e540. doi: 10.6061/clinics/2018/e540. PMID: 30517285
4. Ramos Pascua LR, Casas Ramos P, Arias Martín F, Izquierdo García FM. Aggressive curettage of a chondroblastoma-like osteosarcoma of the proximal end of the tibia. A case report with seven-year follow-up. Skeletal Radiol. 2018 Jun;47(6):853-857. doi: 10.1007/s00256-017-2860-x. Epub 2018 Jan 6. PMID: 29307095.