

TUMORES BENIGNOS DE HUESO

Paredes Vera Vanessa Michelle¹
Mg.Sc. Dra. Bustamante Cabrera Gladys²

RESUMEN

Los tumores benignos de hueso son enfermedades que afectan preferentemente a la edad media de la vida, provocando alteraciones estéticas en los lugares donde se asientan. Sin embargo, estos tumores se caracterizan por mantener una estructura histológica similar a la del hueso, respetando la estructura del área donde se localiza, mostrando límites definidos y encapsulamiento lo que facilitará la escisión en el momento del abordaje quirúrgico, cuando éste es requerido.

Estas lesiones se caracterizan por la presencia de dolor leve a moderado, que no compromete el estado general del paciente, ocasionalmente, por el tamaño del mismo, puede provocar compresión de estructuras adyacentes, sin invasión de los tejidos circundantes, que provocan molestias al portador del cuadro.

El diagnóstico clínico, y sobretodo radiográfico hace más precisa, la delimitación sobre el tipo de tumor, y la extensión del mismo, permitiendo su diferenciación con lesiones malignas, que aportan datos característicos para su sospecha.

La biopsia, será el estudio orientador sobre la estirpe celular del tumor y su agresividad, por lo que su aplicación es obligatoria ante la sospecha de un probable proceso maligno.

PALABRAS CLAVE

Tumor benigno de hueso. Osteblastoma, Tumor Osteoide.

INTRODUCCION

Los tumores benignos de hueso, se constituyen en una serie de entidades, que varían en tamaño, localización y agresividad. Si bien la benignidad del mismo se encuentra establecida por patrones histológicos particulares, su potencial para convertirse en una lesión maligna es alto, desarrollando posteriormente metástasis que comprometen la vida del paciente.

Un tumor benigno de hueso, generalmente tiene una evolución lenta y larvada y se localiza preferentemente en la región de las metáfisis, pudiendo ser epifisarios como ocurre en el tumor de células gigantes y el condroblastoma. Entretanto, los tumores de la columna tienden a mostrarse como dilataciones aneurismáticas a manera de quistes, mientras que los tumores dependientes de la superficie del hueso como el quiste óseo aneurismático perióstico, el condroma perióstico y el desmoide, se localizan a manera de elevaciones localizadas sin compromiso óseo.¹

Los tumores benignos tienen características histológicas similares a las de un hueso normal, son circunscritos, encapsulados y no invaden estructuras vecinas, además de ello no cambian el aspecto de la piel que los recubre, ni comprometen la salud y vida del paciente.²

¹ Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA

² Médico Internista. Docente Emérito Facultad de Odontología UMSA. Mg.Sc. Psicopedagogía y Educación Superior. Mgs. Planificación, Gestión, y Evaluación de proyectos. MBL. Dirección de Desarrollo Local.

CLASIFICACION DE LOS TUMORES BENIGNOS

La OMS, ha propuesto la siguiente clasificación:

a) *Osteoblásticos benignos:* caracterizado por la presencia de osteoblastos con núcleos sin mitosis.

a. Osteomas: con tejido óseo maduro trabecular, que puede presentarse como lesión parostal o yuxtacortical, además de una forma endostal y el osteoma clásico.³

b. Osteoma osteoide: tumor de mayor agresividad que el primero, ya que forma un nido de aproximadamente 2 cms. , altamente vascularizado, con actividad osteolítica, rodeado de una neoformación ósea con esclerosis. Estas lesiones pueden localizarse en la cortical, esponjosa y la región yuxtacortical del hueso.

c. *Osteoblastoma:* que presenta un nido mayor al del osteoma osteoide con reacción periférica menor.³

b) *Formadores de cartílago: donde se encuentran:*

a. Condroma, considerado por algunos autores como el tumor óseo benigno más frecuente, correspondiendo al 10-.25% de los hallazgos. Estos tumores tienen una matriz cartilaginosa no mineralizada o mineralizada , con alguna conducta expansiva a huesos cortos

b. Osteocondroma, u exostosis osteocartilaginosa, con

exostosis planas o pediculadas.

c. Condroblastoma: es una neoplasia de hueso con matriz condroide, que pueden ser agresivos y frecuentemente fueron asociados a los tumores de células gigantes.

d. Fibroma condromixoide, es un tumor raro, que presenta lóbulos condroides, zonas fibrosas y áreas mixoides.

c) *Fibrosos y fibrohistiocíticos:* como el fibroma desmoide y el lipoma.

d) *De células redondas y vasculares:* como el hemangioma, linfangioma, y tumor glómico.

e) *Musculares y neurales:* como el mioma, neuroglioma, neuroblastoma.

Estos últimos al no ser tumores formadores de hueso no serán objeto de estudio de este artículo, haciendo mención a la clasificación, sólo con fines didácticos.

CUADRO CLINICO

El cuadro clínico se presenta en función al tipo de tumor encontrado, de esta manera se pueden mencionar que en el grupo:

a) Osteoblástico benigno: se encuentra típicamente el

a. *Osteoma:* presente en personas de cualquier edad y sexo. Es un tipo de tumor que se asocia frecuentemente al Síndrome de Gardner, con la presencia de lesiones tumorales, preferentemente localizadas en cráneo y pueden

corresponden a fibromas cutáneos o tumores desmoides. Ocasionalmente se localizan en huesos largos, como las costillas y en pelvis. Se caracterizan por ser masas densas, esclerosantes, de bordes mal definidos.³

- b. *Osteoma osteoide*: Presente en personas entre 10-35 años de edad, afectando con mayor frecuencia a individuos del sexo masculino. La lesión se localiza principalmente en huesos largos y presenta dolor intenso, predominantemente nocturno. La palpación despierta fácilmente el dolor, al cual se asocia atrofia muscular de la zona lesionada.
- c. *Osteoblastoma*: presente en personas entre los 10 y 30 años de edad, preferentemente de sexo masculino. Su localización radica en la columna vertebral, fémur, tibia, y menos frecuentemente en húmero y mano. Pueden presentar dolor de mediana intensidad, siendo el aumento de volumen de la región afectada, lo que lleva a la consulta con el profesional en salud.^{3,4}

b) Tumores formadores de cartílago: donde se encuentra el:

- a. *Condroma*: presente en articulaciones de los dedos, generalmente indoloros y tienen el antecedente de una lesión previa por fractura.⁵

b. *Osteocondroma*: Lesión frecuente en menores de 20 años, predominantemente de sexo masculino, cuya localización se encuentra en la región metafisaria de los huesos largos y se caracteriza por la presencia del efecto compresivo del tumor sobre estructuras vecinas. Puede presentar dolor intenso cuando se produce una fractura en su pedículo.^{6,9}

c. *Condroblastoma*: Es un tumor que se presenta con preferencia en el sexo masculino, entre la segunda y cuarta década de la vida y se localiza principalmente en las epífisis de los huesos, caracterizándose por dolor intenso, además de sensación de debilidad y rigidez de la articulación comprometida, que se incrementan con el tiempo.^{7,9}

d. *Fibroma condromixoide*: Lesión que afecta predominantemente al sexo masculino, presente entre los 10-20 años de edad, localizado preferentemente en las metáfisis de los huesos largos, y caracterizado por dolor crónico y presencia de masa tumoral.⁸

DIAGNOSTICO

El diagnóstico clínico inicial demostrará la presencia de una masa dura, dependiente de hueso, que no se desplaza, y en ocasiones no presenta dolor, mismo que generalmente se debe a distensión de los tejidos blandos de la zona, como efecto de la lesión.¹⁻²

El diagnóstico radiográfico en dos planos, permite localizar con exactitud el lugar donde se asienta la neoformación.

Los parámetros de evaluación deben permitir identificar la presencia o ausencia de destrucción de la corteza y la consiguiente expansión desplazando tejidos blandos, observando simultáneamente si el hueso ha presentado alguna reacción al tumor.

Se debe observar de igual forma, la capacidad de mineralización al interior del tumor, de esta manera, un tumor benigno no genera la destrucción del hueso, a diferencia de uno maligno, que además de la destrucción ósea, puede presentar calcificación u osificación de la matriz tumoral.

Otro aspecto a ser observado es el margen entre hueso y tumor, el cual se presenta en forma afilada y geográfica en el caso de los tumores benignos, mientras que la destrucción progresiva con zonas de transición graduales, son características de los tumores malignos.

Sin embargo, cuando se aprecia la presencia de un tumor óseo, la realización de exámenes con radioisótopo marcado con tecnecio-99, es obligatoria, para determinar la presencia de uno o más focos tumorales, facilitando la escisión del tumor al delimitar con claridad la zona comprometida.^{2,3}

La Resonancia Magnética Nuclear (RMN), y la Tomografía Axial Computarizada (TAC) se constituyen en estudios, que permiten la localización exacta de la lesión, facilitando el abordaje quirúrgico, al mostrar los límites óseos y de partes blandas en los que se centra el tumor, así como el compromiso neurovascular provocado por compresión de estructuras vecinas.

La biopsia como método diagnóstico permitirá la identificación anatomopatológica de la lesión. De este modo, se podrá recurrir a la biopsia:

- a) Por punción aspiración, útil en caso de tumores homogéneos y poco útil para tumores de cartílago
- b) Por punción trócar, útil en tumores sólidos de fácil acceso, no sangrantes.
- c) Quirúrgica, que a su vez puede ser: 1) incisional, tomando una pequeña fracción de tejido; 2) excisional; cuando se realiza remoción de toda la masa.

TRATAMIENTO

Algunos de estos tumores pueden ser observados sin requerir ningún tipo de intervención, mientras otros requieren escisiones quirúrgicas de diferente complejidad, requiriéndose en ocasiones la reconstrucción parcial o total de la zona afectada.

La evolución lenta, propia de los tumores benignos, permiten al hueso reaccionar a la neoformación, presentando un margen de limitación precisa, densa, asociada a formación de hueso maduro a expensas de la reacción perióstica. Si la imagen alrededor del tumor tiene la forma de "hojas de cebolla" y la presencia del triángulo de Codman (elevación periostal cercana al tumor) se debe sospechar en una rápida evolución de crecimiento tumoral y signo de actividad, que debe orientar hacia la indagación de un potencial proceso de malignización.^{3,4,9}

BIBLIOGRAFIA

1. Maniques A. CTO-AM. Tumores óseos benignos. URL disponible en: http://www.arturomahiques.com/tumores_oseos_benignos_generalidades.

- htm Accedido en fecha: 17 de junio del 2013.
2. Huaroto Rosa Pérez L.J. Cirugía ortopédica y traumatológica. Tumores óseos en general. Tumores benignos de hueso. URL disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_ii/tumores_ose_benig.htm Accedido en fecha: 17 de junio del 2013
3. Wevar O. Tumores benignos formadores de hueso. URL disponible en:
<http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Cursos/3272> Accedido en fecha: 17 de junio del 2013.
4. Baltasar Sánchez A., González Sistal A. Estudio de los tumores óseos mediante el tratamiento de imágenes digitalizadas. Facultad de Medicina Universidad de Barcelona. URL disponible en:
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/161/1/92.pdf> Accedido en fecha: 17 de junio del 2013.
5. Melo G.,Martínez V. Tumores óseos condroides: condromas versus condrosarcomas convencionales. Revista chilena de radiología 2005;(4)11; 1-9.
6. Osteocondroma. (Exostosis osteocartilaginoso) Capitulo 2. URL disponible en:
<http://www.amolca.com.ve/pdf/krishnan-pag12.pdf> Accedido en fecha: 17 de junio del 2013.
7. Condroblastoma benigno. Capitulo 4. URL disponible en:
<http://www.amolca.com.ve/pdf/krishnan-pag44.pdf> Accedido en fecha: 17 de junio del 2013.
8. Moreno Hoyos L.F., Moreno Wright E., Ramírez Valdivia S.O., Tecault Gómez R., Amaya Zepeda R.A.,Morfin Padilla A. Tumores óseos benignos de comportamiento agresivo. Medigraphic Artemisa Ortho-tips 2008;(2)4; 11-127 URL disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/orthotips/ot-2008/ot082g.pdf> Accedido en fecha: 17 de junio del 2013.
9. Carranza Be4ncano A., Sebastián Garrido E. Tumores óseos: Osteocondroma. Departamento de Cirugía. Cátedra de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital Universitario "Virgen del Rocío". URL disponible en:
http://www.cirugiapietobillosevilla.org/documentos/casosclinico/51_OsteocondromaWeb.pdf Accedido en fecha: 17 de junio del 2013.