

“¿Son el condroma polipoide y la metaplasia cartilaginosa un mismo diagnóstico en el contexto de patología inflamatoria crónica nasosinusal?”

F. ORTIZ BISH*, H. GALERA RUIZ*, E. GÓMEZ ALDAZ*, A. MARTÍN MALAGÓN**, A.I. MARTÍN HERRERA** Y F. MUÑOZ BORGE *

*SERVICIO DE O.R.L., HOSP. UNIV. “VIRGEN MACARENA”, SEVILLA

**DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA, HOSP. UNIV. DE CANARIAS, LA LAGUNA, TENERIFE

Resumen

¿Son el Condroma polipoide y la metaplasia cartilaginosa un mismo diagnóstico en el contexto de patología inflamatoria crónica nasosinusal?

Las lesiones condromatosas benignas de las fosas nasales son extremadamente raras. El gran parecido histológico que existe entre la metaplasia cartilaginosa que habita en el seno de pólipos inflamatorios crónicos, y el condroma polipoide, podría indicar que estos hallazgos histológicos en las fosas nasales se correspondieran con una misma enfermedad en distintos estadios evolutivos. Se presenta un caso clínico de condroma polipoide de fosas nasales, y se revisa y discute la bibliografía.

Palabras clave: Condroma; tumores de cabeza y cuello; fosas nasales; metaplasia cartilaginosa

Summary

¿Are polypoid chondroma and cartilaginous metaplasia the same diagnosis in the event of chronic inflammatory sinonasal disease?

Presentado en el XXI Congreso de la Sociedad Andaluza de Otorrinolaringología. Jaén, 5-8 de octubre de 2000.

Fecha de recepción del artículo: 14 de abril de 2001

Benign chondromatous lesions of the nasal fossae are extremely rare. Histologically, there is great resemblance between cellular metaplasia within chronic inflammatory polyps and polypoid chondroma, which seems to point out that it might be a same disease at different stages. This is a case report of polypoid chondroma of nasal fossae, with revision and discussion of the literature.

Key words: Chondroma; head and neck tumors; nasal fossae; cartilaginous metaplasia

Introducción

El condroma es una tumoración benigna que con frecuencia asienta en la metáfisis de huesos largos (pelvis, esternón y escápula), si bien, cuando se origina en la región de la cabeza y cuello, laringe, maxila y base de cráneo, suelen ser las localizaciones más habituales (1,2). En el area rinosinusal el etmoides es la localización más frecuente (3). Por otro lado, de manera incidental se han identificado islas de cartílago y hueso metaplásicos en el seno de pólipos inflamatorios crónicos, muy similares en su configuración histológica a los condromas (4). La etiología es aún desconocida, existiendo varias teorías que los relacionan con la herencia, traumatismos, o restos cartilaginosos embrionarios de los nucleos de osificación (5). También es difícil el diagnóstico histológico entre condromas y condrosarcomas de bajo grado con clínica similar. ¿Sería posible que el anatomopatólogo estuviese informando la misma patología en diferentes estadios evolutivos?

Caso clínico

Paciente mujer de 46 años de edad sin antecedentes personales de interés que refiere clínica de obstrucción nasal unilateral y rinorrea acuosa perenne de meses de evolución. En la rinoscopía anterior se aprecian dos formaciones polipoides, no ulceradas, de coloración pardusco-grisáceas y consistencia firme, que se muestran retráctiles con la aplicación de vasoconstrictores tópicos. El estudio radiológico convencional demuestra ocupación de la fosa nasal derecha sin afectación del resto de cavidades nasosinusales. Se practica biopsia excisional en quirófano bajo anestesia local que se envía para estudio anatomo-patológico. No existe evidencia de recidiva tres años después de la cirugía.

Anatomía patológica

- Macroscópicamente, la pieza quirúrgica comprende 2 fragmentos tisulares, de 3.5 x 2.4 x 0.6 cm. y de 0.9 x 0.8 x 0.4 cm de tamaño, de aspecto polipoide y superficies lisas blanco-parduscas.
- El estudio histológico demuestra mucosa de tipo respiratorio y morfología polipoidea con estroma laxo que incluye numerosos lóbulos conectados de cartílago hialino delimitados por tejido fibrovascular (Fig. 1). Los nidos cartilagosos, de sustancia fundamental basófila, contienen células condrocitarias aisladas o en pequeños grupos dentro de condroblastos con escasas variaciones citológicas (Fig. 2). El epitelio de superficie presenta invaginaciones en el estroma laxo con infiltrados inflamatorios mononucleares (Fig. 3a y 3b).
- Diagnóstico anatomopatológico: Cambios inflamatorios crónicos con componente de metaplasia cartilaginosa vs. condroma polipoide.

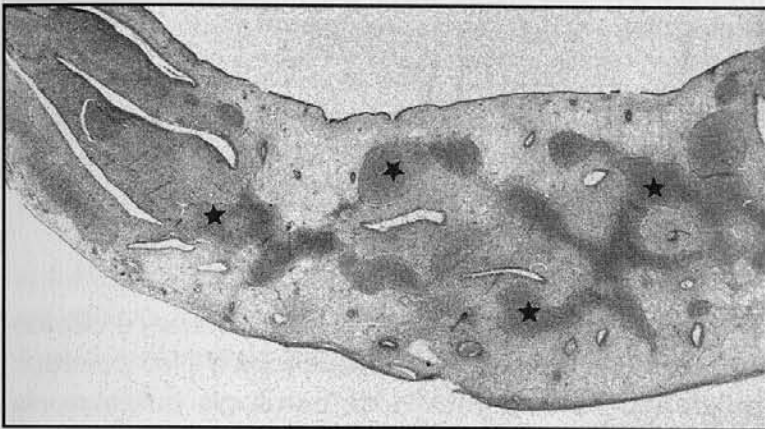
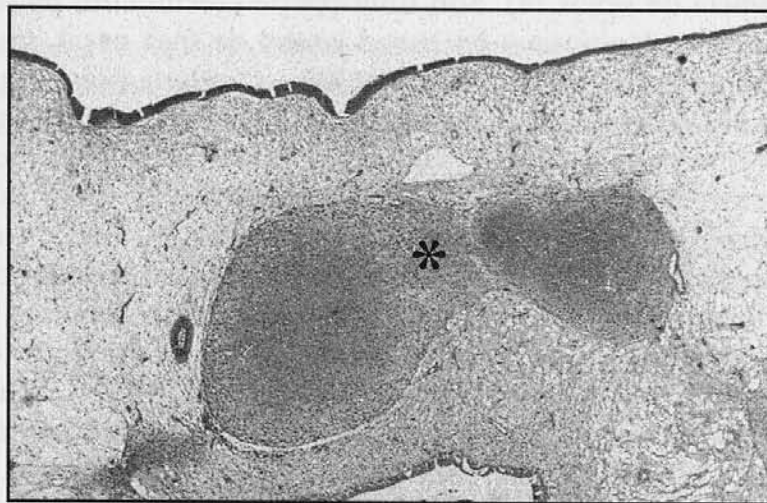


Figura 1. Imagen histológica a bajo aumento de todo el grueso del pólipo cortado longitudinalmente. Se aprecia cartílago con asentamiento multifocal (Δ), (H&E, x2).

Figura 2. Espacios glandulares y un gran nicho de cartílago central (*), (H&E, x10).



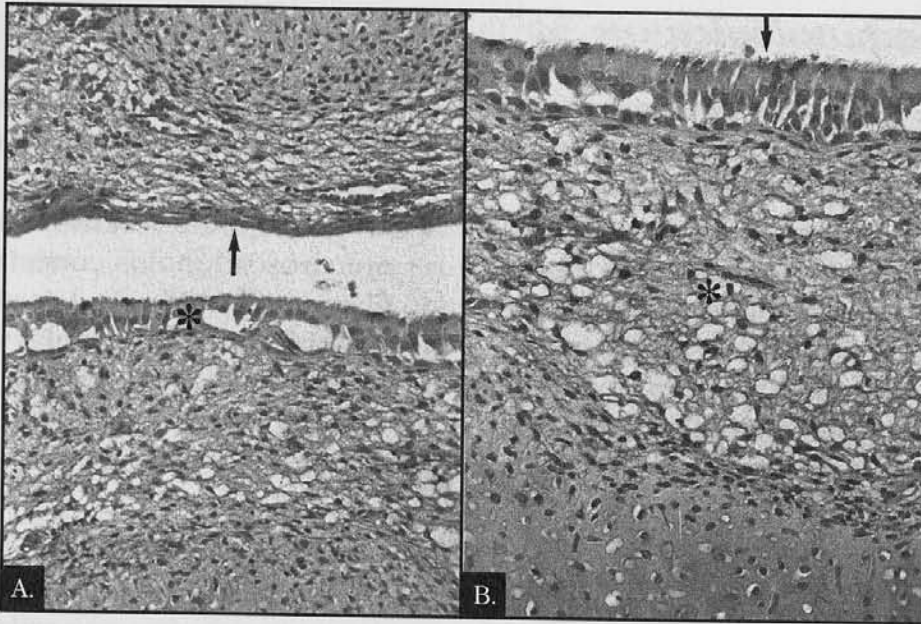


Figura 3. A. Espacio glandular en el que se confrontan dos superficies epiteliales, una de tipo respiratorio (*) y otra que demuestra metaplasia escamosa (‡), (H&E, x20). **B.** Epitelio cilíndrico ciliado pseudoestratificado de tipo respiratorio con abundantes células mucinosas (‡) y estroma con infiltrado linfoplasmocitario inespecífico (*). (H&E, x40).

Discusión

Los condromas nasales son tumoraciones benignas raras, sin cuadro clínico definido, por lo que el diagnóstico es eminentemente histológico y se produce con frecuencia de manera incidental en el contexto de patología inflamatoria crónica nasosinusal (5). Estos tumores se suelen presentar en pacientes jóvenes, el 56% de los casos entre la segunda y cuarta década de la vida, y no existe diferencia de sexos (4). Son tumores de crecimiento lento que se originan en tabique cartilaginoso o en pared lateral de fosa nasal, pudiendo producir obstrucción respiratoria nasal o sinusitis secundaria por bloqueo del drenaje esfenoidal, si bien en la mayoría de los casos la clínica es asintomática (6). El aspecto macroscópico es polipoide o nodular, de superficie lisa y tamaño variable (entre 0.5 y 3.0 cm) (4). Histológicamente, las lesiones se corresponden con cartílago hialino lobulado y bien diferenciado, con escasa atipia nuclear cuando aparece. El tratamiento de elección es la extirpación completa con margen suficiente de tejido sano (1,3-5). Se sabe que un pequeño porcentaje de condromas malignizan hacia condrosarcoma (7,8), por lo que es conveniente hacer un seguimiento a largo plazo tras la exéresis (8). El diagnóstico diferencial es fundamentalmente histológico, al no existir cuadro clínico definido. Hellefinger, y cols., (1976) (9), describieron un subtipo de condroma, de naturaleza más benigna, al que llamaron condroma condroide, que por el elevado componente carti-

laginoso, en ocasiones se confunde con condromas, osteocondromas o condrosarcomas de bajo grado (10). El osteocondroma o exostosis, solo cuando aparece en múltiples localizaciones presenta una incidencia significativa de asociación con condrosarcoma (11). La distinción histológica entre el condrosarcoma de bajo grado y el condroma es extremadamente difícil pues muchas de las características estructurales son las mismas que presenta el cartílago hialino normal (4); tampoco existen diferencias inmunohistoquímicas (12). Estas escasas diferencias histológicas y la elevada tendencia a la recidiva local de los condromas, hacen imprescindible el seguimiento a largo plazo.

Se ha postulado que el origen de los condromas extraosteocartilaginosos reside en la hipertrofia focal de islas heterotópicas de cartílago en la mucosa y lámina propia nasosinusal. Recientemente, se ha cuestionado la naturaleza neoplásica de los condromas desde el punto de vista anatomopatológico, y se piensa que la imagen histológica se pudiera corresponder con un cambio metaplásico de la mucosa nasal en respuesta a agentes etiológicos inespecíficos que actúan con cronicidad (4).

Por otro lado, desde el punto de vista histológico, los pólipos inflamatorios, presentan una superficie compuesta por células mucosas y un estroma mixomatoso con marcado edema fibrilar y ocasionales fibrocitos. El infiltrado inflamatorio es de composición variable (neutrófilos, eosinófilos, mastocitos, etc.). En ocasiones, también se observan áreas de metaplasia escamosa en el epitelio de la mucosa (4) (Fig. 3b). Raramente, se han identificado hueso y/o cartílago metaplásico en pólipos inflamatorios crónicos (4).

En nuestro caso en concreto, la imagen histológica a bajo aumento parece referirse más a la existencia de abundante metaplasia del estroma en el seno de un pólipo inflamatorio inespecífico, que al cuadro histológico característico de los condromas de asiento osteocartilaginoso (4,10) (Fig. 1).

Conclusión

Parece ser que el condroma de asiento extraosteocartilaginoso y la metaplasia cartilaginosa, en las fosas nasales, podrían referirse a una misma entidad, con apreciaciones histopatogénicas distintas, dentro del contexto de poliposis crónica nasosinusal.

Bibliografía

1. Rivas Lacarte MP, Perello Scherdel E, Novell V. Solitary chondroma of the nasal septum. *An Otorrinolaringol Ibero Am* 1996;23:431-434.
2. Batsakis, J.G., Solomon, A.R., and Rice, D.H.. The pathology of head and neck tumors: Neoplasm of cartilage, bone and the notochord. Part 7. *Head Neck Surg* 1980; 3: 43-57.
3. Kilby D, Ambegaokar AG. The nasal chondroma. *J Laryngol Otol* 1977;91:415-426.
4. Hyams VJ, Batsakis JG, Michaels L. Tumors of the upper respiratory tract and ear. En: *Atlas of tumor pathology*. Editorial: Armed Forces Institute of Pathology, Washington, D.C. 1986; pag. 11-14, 163-170.
5. Butugan O, Sanchez TG., Balbani AP, et al. Nasal chondroma: a case report and review of the literature. *Rev. Laryngol Otol Rhinol* 1997; 118:199-201.
6. Goldstein JC, Sisson GA. Tumores de la nariz, senos paranasales y nasofaringe. En: Paparella. *Otorrinolaringología*, Editorial: Panamericana, Buenos Aires 1994; Capítulo 13; pag. 237-271.
7. Kurozumi N, Kamiishi H. Nasal chondroma: a case report. *Br J Plast Surg* 1984;37:247-249.
8. Takimoto T, Miyazaki T, Yoshizaki T, et al. Chondroma of the nasal cavity and nasopharynx—a case of chondroma arising from the nasal septum. *Auris Nasus Larynx* 1987;14:93-96.
9. Heffelfinger MJ, Dahlin DC, MacCarty CS, et al. Chordomas and cartilaginous tumors of the skull base. *Cancer* 1973;32:410.
10. Leroux-Robert J, de Brux J. Tumeurs et dysplasies ostéo-chondromateuses du massif facial. En: Leroux-Robert J, de Brux J. *Histopathologie O.R.L. et Cervico-Faciale*. Editorial: Masson, París 1976. Capítulo IX; pag. 77-97.
11. Unni KK, Dahlin DC. Premalignant tumors and conditions of bone. *Am J Surg Pathol* 1979;3:47-60.
12. Kindblom LG, Angervall L. Histochemical characterization of mucosubstances in bone and soft tissue tumors. *Cancer* 1975;36:95-994.

Dirección para correspondencia:

Dr. Francisco Ortíz Bish
C/ Mairena del Aljarafe 5, 2ºH
41900 Camas (Sevilla)