

Condroma de la glándula parótida

Parotid gland chondroma

Dr. Yorgel Reyes Álvarez,^I Dr. Jorge Luis Cabrera,^{II} Dra. Wilma Barroso Martínez,^{III} Mirna Yalis Borges Ledea^{IV}

^I Hospital Universitario "Comandante Manuel Fajardo". La Habana, Cuba.

^{II} Hospital Universitario "General Calixto García Íñiguez". La Habana, Cuba.

^{III} Hospital Pediátrico "Juan Manuel Márquez". La Habana, Cuba.

^{IV} Clínica Estomatológica "Enrique Saínz Casado". La Habana, Cuba.

RESUMEN

El condroma es una neoplasia benigna, de origen mesenquimatoso, constituida por tejido cartilaginoso, que en el área maxilofacial es rara. Su sitio más frecuente en el complejo craneofacial es la estructura ósea maxilar o mandibular, aunque también se han descrito condromas de los tejidos blandos. Clínicamente se presenta como una lesión de crecimiento lento, asintomático, no dolorosa, de consistencia duro elástica, con una gradual expansión. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica. Se tuvo como objetivo publicar esta infrecuente ubicación de la neoplasia por la dificultad que se presenta al diagnóstico diferencial. Presentamos un caso clínico de un tumor localizado en el lóbulo profundo de la glándula parótida, cuyo diagnóstico inicial, tras la citología por aspiración con aguja fina, fue de adenoma pleomorfo, lo que se comprobó luego por examen histopatológico de la pieza quirúrgica que se trataba de un condroma. Se concluye que ante una tumoración de parótida, siempre debe tenerse en cuenta el condroma en el diagnóstico diferencial.

Palabras clave: condroma, tumor en glándula parótida, tumor cartilaginoso en tejido blando.

ABSTRACT

The chondroma is a benign tumor of mesenchymal origin, consisted of a cartilaginous tissue, and occurs rarely in the maxillofacial area. Its most frequent

site in the craniofacial complex is the maxillary bony structure, although chondromas of the soft tissues have also been described in the literature. From the clinical viewpoint, it appears as a painless, hard elastic lesion of slow asymptomatic growth, with gradual expansion. The treatment of choice is surgery. This paper presented a clinical case of a tumor located in the deep lobe of the parotid gland. The initial diagnosis, after the fine needle aspiration test, was pleomorphic adenoma, which was then subjected to histopathologic testing to obtain the final diagnosis of chondroma. Concluding that although uncommon in this localization, it should always be kept in mind as possible diagnosis. It was concluded that when facing an uncommon parotid tumor, one must take into account the possibility of a chondroma in the differential diagnosis.

Key words: chondroma, parotid gland tumor, soft tissue tumor.

INTRODUCCIÓN

El condroma es una neoplasia benigna, de origen mesenquimatoso, constituida por tejido cartilaginoso, que en el área maxilofacial es rara. Se manifiesta de forma muy variada (encondroma, condroblastoma benigno, osteocondroma, fibrocondroma, mixocondroma y sus variantes) en su expresión clínica y radiológica, por lo que resulta necesario conocer sus características para de esta manera diferenciarlo de otras lesiones más frecuentes y llevar a cabo un tratamiento efectivo.¹⁻⁵ Suelen ser únicos o múltiples como en el Síndrome de *Olliver y Maffucci*. En el caso de los condromas múltiples o condromatosis se conoce como enfermedad de *Olliver*, si esta se asocia a hemangiomas en los tejidos blandos el trastorno se denomina Síndrome de *Maffucci*.⁴

El condroma formado por cartílago hialino se observa comúnmente en los tejidos duros (cartílagos y huesos), en donde se plantea que puede derivarse de la cavidad medular, conocido como encondroma, o en la superficie del hueso, donde se llaman subperiósticos o yuxtacorticales cuando se desarrollan hacia afuera.⁶ Se han descritos unos pocos en los tejidos blandos, surge así la teoría de un origen a partir de células mesodérmicas que sufren un proceso de transformación metaplásica.^{6,7}

Dentro de las neoplasias en glándulas salivales no se describen los condromas,⁸ incluso cuando las distintas clasificaciones existentes, incluyen dentro de otros tumores encontrados en la parótida, a los hemangiomas, schwannomas, neurofibromas y lipomas.^{8,9} El adenoma pleomorfo, por mucho el más frecuente en esta área, presenta un amplio espectro morfológico con células epiteliales y elementos mesenquimatosos de tipo cartilaginoso, rodeado por una cápsula fibrosa de espesor variable.⁹

Se presenta un caso de un condroma encontrado en el lóbulo profundo de la parótida, con un origen aparente de los tejidos blandos (vainas tendinosas o extracapsular) de la región. Por la infrecuente presentación en este sitio y la dificultad diagnóstica preoperatoria que conlleva en el área, nos propusimos publicar este estudio, con el interés de proporcionar un caso más a la literatura científica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Previo consentimiento informado aprobado, se presenta la paciente femenina de 38 años de edad, color de la piel blanca, con antecedentes de salud anterior que acudió a consulta de Cirugía Maxilofacial del Hospital Universitario "Comandante Manuel Fajardo" por aumento de volumen en la hemicara derecha, sin otra sintomatología acompañante. Relató que se notó el aumento de volumen hacía aproximadamente 3 años y que este había crecido gradualmente en el tiempo de forma muy lenta (Fig. 1).



Fig. 1. Paciente femenina, con aumento de volumen en región parotídea derecha.

Mediante examen físico se observó asimetría facial dada por ligero aumento de volumen en región preauricular derecha en relación con la glándula parótida. A la palpación se constató un nódulo de consistencia duroelástica, homogéneo, no fijo a piel la cual estaba normo coloreada, no doloroso, de 2 cm de diámetro. Las articulaciones temporomandibulares derecha e izquierda eran asintomáticas. El resto del examen físico fue negativo.



Fig. 2. Ultrasonograma de la parótida derecha, donde se observa nódulo de alta ecogenicidad bien delimitado.

Los complementarios hematológicos, serológicos y cardiológicos estaban dentro de límites normales. El ultrasonido informó imagen de gran ecogenicidad que parecía

un nódulo sólido, en lóbulo profundo de la parótida derecha, bien delimitado, de 16,7 × 14,8 mm, redondeado, sin adenopatías asociadas (Fig. 2). Se realizó una citología por aspiración con aguja fina (CAAF), la cual informaba un extendido de aspecto condromatoso y mixoide compatible con adenoma pleomorfo de parótida derecha.

Con este diagnóstico se planificó, bajo anestesia general orotraqueal, una parotidectomía total con disección y conservación del nervio facial. Durante el proceder quirúrgico luego de extraer el lóbulo superficial, se observó que la masa tumoral estaba bien delimitada con una apariencia encapsulada, nodular, redondeada, de un aspecto externo blanco nácar, la cual fue extraída junto al lóbulo profundo.

La pieza se envió para examen histológico al laboratorio de anatomía patológica que informó un condroma con límites de sección quirúrgicos libres de lesión, completamente resecado, y en la cual se describe una masa tumoral bien circunscrita compuesta por una matriz de cartílago hialino maduro con condrocitos neoplásicos uniformes con núcleos pequeños citológicamente benignos (Fig. 3). La paciente ha sido vista regularmente en consulta de seguimiento sin recurrencia en un año.

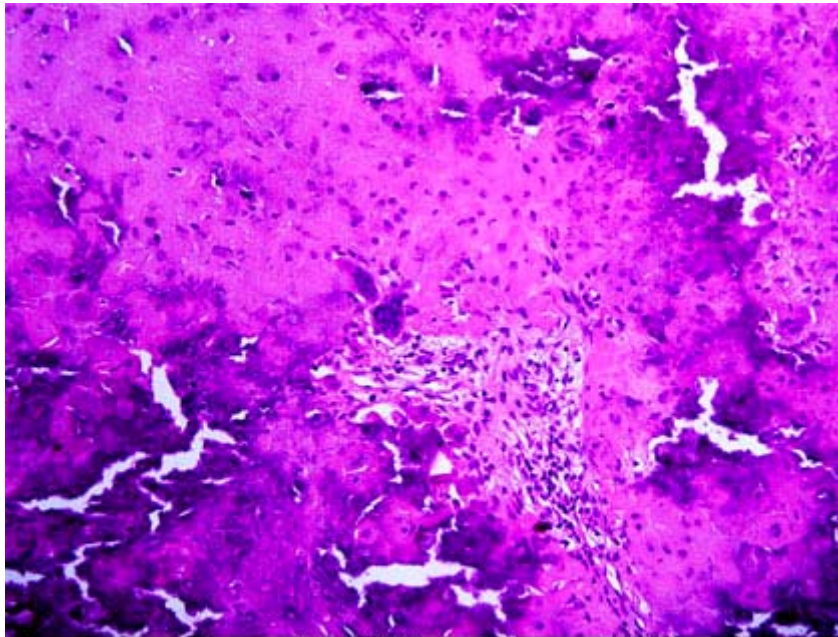


Fig. 3. Matriz de cartílago hialino maduro, condrocitos neoplásicos uniformes con núcleos pequeños citológicamente benignos, en correspondencia con el diagnóstico de condroma H/E X10.

DISCUSIÓN

El condroma es un tumor benigno de etiología desconocida, compuesto por células de cartílago maduro sin hueso.¹ Se forman a partir de restos del cartílago de la placa de crecimiento que proliferan y aumentan de tamaño lentamente, por lo que se ha postulado un origen hamartomatoso.^{2,3}

Es raramente observado en los maxilares.^{1,5} Su sitio más frecuente en el complejo craneofacial es en la parte anterior del maxilar, a partir de restos cartilagosos vestigiales del *septum* nasal y de los senos etmoidales probablemente. En la mandíbula ocurre en los alveolos anteriores, la sínfisis y la región de molares. Puede afectarse la apófisis coronoides y el cóndilo.⁶ También se han descrito condromas de los tejidos blandos bucales, en la lengua, las mejillas, la superficie nasal del paladar blando y en el tejido hiperplásico del área de soporte de las dentaduras.^{6,10} En estos casos su pronóstico es reservado por la potencialidad de transformación maligna que poseen.^{1,6}

En cuanto a la localización en parótida, encontramos un único trabajo publicado sobre un condroma yuxtaarticular temporomandibular en la región parotídea, en una mujer de 54 años, de 3,5 cm de diámetro y 4 años de evolución, considerado el primer caso presentado en la literatura anglosajona todo lo cual constituye una auténtica curiosidad diagnóstica, según su autor *Vázquez*.¹¹ Nuestro caso, comparado con el estudio de *Vázquez*, evidencia gran similitud, al presentarse en una mujer de 38 años de edad y con 3 años de evolución, de diámetro 1,67 × 1,48 cm y sin provocar signos articulares ninguno, lo que hace que se complique así su diagnóstico.

En una revisión realizada por *Crestanello* y otros,⁶ de 8 542 tumores óseos, los condromas correspondieron al 12 % de los tumores benignos y al 2,8 % de todos los tumores. *Adriane Kamulegeya* y otros,¹² en su estudio retrospectivo de 1963 casos de neoplasias oral y maxilofacial en un período de 10 años entre 1989 y 1999, reportó solo 3 condromas (0,16 %). Estas lesiones afectan por igual a ambos sexos, se presenta en cualquier edad, pero es más común entre los 50 y 60 años,¹⁻⁵ y existe un amplio rango desde la primera hasta la octava década.² En el momento del diagnóstico, la paciente tenía 38 años.

El condroma es usualmente una lesión de crecimiento lento asintomática. Se presenta como un hallazgo clínico de nódulos firmes de superficie lisa. La mucosa o la piel rara vez son involucradas debido a la gradual expansión de la lesión,¹⁻⁶ como sucedió en nuestro caso.

Las características radiográficas, así como las clínicas del condroma no son patognomónicas. Se puede observar una lesión de densidad mixta irregular, la que varía desde un moteado radiopaco, hasta lesiones radiolúcidas bien delimitadas.^{6,7}

Todo condroma se debe diferenciar clínica, radiográfica e histológicamente del condrosarcoma.^{13,14} A menudo, las características clínicas y radiográficas, no ofrecen mucha ayuda para distinguir entre un condroma y un condrosarcoma.⁶ El tamaño de la lesión puede ser de ayuda. La mayoría de los condromas ha sido reportada dentro del rango de 1 a 3 cm, mientras que los condrosarcomas han medido más de 5,5 cm. Alertan sobre la posible malignidad, signos adicionales de dolor persistente y toma de pares craneales, consistencia duro pétrea, crecimiento rápido, junto con una imagen radiográfica de erosión cortical y extensión a los tejidos blandos.^{6,13,14} Histológicamente también, puede ser difícil diferenciar al condroma del condrosarcoma por presentar características superpuestas.⁶ Diferenciarlo de un condrosarcoma de alto grado, no presenta dificultades histológicas. Sin embargo, la distinción de un condrosarcoma de bajo grado está dentro de los problemas más difíciles en anatomía patológica. De forma que se ha propuesto que todas las lesiones cartilagosas sintomáticas sean consideradas y tratadas como condrosarcomas.^{6,13}

Un condroma localizado en el parénquima glandular parotídeo, plantea un serio problema diagnóstico, pues habría que diferenciarlo de los tumores glandulares

salivales, y dentro de estas no está comprendido en ninguna clasificación conocida.^{8,9} El examen preoperatorio frecuente más utilizado para definir a cualquier tumor de glándula parótida, es la CAAF.⁹ Si tenemos en cuenta que la neoplasia más frecuente en la parótida es el adenoma pleomorfo,⁸ el cual posee como dato diagnóstico definitivo durante la realización de esta técnica, la presencia de un material mixoide fibrilar o condroide,⁹ de ahí que el diagnóstico diferencial sea difícil.

Dentro de los tratamientos al condroma, el más aconsejable es la escisión amplia, no radical, con un margen de hueso y/o tejido blando normal.¹⁻⁶ Esto se debe a la posible superposición clínica e histológica, y a que casi el 20 % de los condrosarcomas de cabeza y cuello han sido diagnosticados inicialmente como condroma.^{6,13,14} La ablación parcial ha resultado en recurrencia local en un número significativo de casos. La radioterapia está contraindicada porque el tumor no es radio sensible y además por el potencial de transformación maligna.¹³ Es esencial que se realice un seguimiento prolongado de los pacientes. Si ocurre una recurrencia, el diagnóstico inicial debe ser reconsiderado por la posibilidad de una malignidad de bajo grado.^{6,14}

El tumor se ubicó en el lóbulo profundo de la parótida, y sus características clínicas, así como el estudio de la CAAF, hicieron pensar que se trataba de un adenoma pleomorfo. La biopsia excisional confirmó que se trataba de un condroma, por lo que debemos incluirlo en el diagnóstico diferencial en las neoplasias de la parótida. Una vez con el diagnóstico de condroma, la posibilidad de un condrosarcoma de bajo grado, no debe ser descartada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Santana Garay JC. Neoplasias benignas del complejo bucal. En: Atlas de patología del complejo bucal. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. p. 31556.
2. Miloro M, Ghali GE, Larsen PE, Waite PD. Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 2da Edición. London: B C Decker Inc, 2004:6012.
3. Soames JV, Southam JC. Oral Pathology. 4th Ed. New York: Oxford University Press; 2005. p. 220.
4. Regezi AJ, Sciubba JJ, Jordan R. Benign Nonodontogenic Tumors. En: Oral Pathology. Clinical Pathologic correlations. Fourth Edition. St Louis: Editorial Saunders; 2003. p. 298.
5. Horch HH. Cirugía Oral y Máxilo Facial. Tomo II. München: Editorial Masson; 2002. p. 370-2.
6. Crestanello N, Fernández L, Arismendi C. Condroma Maxilar. Rev Esp Cir Oral y Máxilofac (Madrid). 2006;28(5):295-300.
7. Valcárcel Llerandi J, James Pita A, Fernández González MC. Mixoma odontogénico. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2009 Sep [citado 2012 Ago 28];46(3):62-69. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000300007&lng=es

8. Shah J, Patel S. Glándulas salivales. En: Shah J, Patel S. Cirugía y Oncología de Cabeza y Cuello. Elsevier España, SA; 2004,439-73.
9. Amante M F, Analía V F. Anatomía patológica y clasificación de los tumores parotídeos. En: Güerrissi JO, et al. Cirugía de los tumores de la glándula parótida. Amolca; 2007;37-68.
10. Onodera K, Xu H, Kimizuka S, Echigo S, Ooya K. Chondroma of the cheek: A case report. J Oral Maxillofac Surg. 2005;34(8):9246.
11. Vázquez I, López-Cedrún JC, Ferreras J, Lorenzo F Condroma yuxtaarticular temporomandibular. Rev Esp Med oral, patol oral y cir bucal. 2007;12(2):137.
12. Kamulegeya A, Kalyanyama BM. Oral maxillofacial neoplasms in an East African population a 10 year retrospective study of 1863 cases using histopathological reports. BMC Oral Health. 2008;8(19).
13. Álvarez López A, García Lorenzo Y, Casanova Morote C, Muñoz Infante A. Condrosarcoma. Rev Cubana Ortop Traumatol [revista en la Internet]. 2007 Dic [citado 2012 Ago 28];21(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-215X2007000200007&lng=es
14. Fuentes Valdés E, Martín González MA, Venereo Capote P. Condrosarcoma gigante de cartílago cricoides: informe de un caso. Rev Cubana Cir [revista en la Internet]. 2007 Jun [citado 2012 Ago 28];46(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932007000200006&lng=es

Recibido: 24 de agosto de 2012.

Aprobado: 9 de septiembre de 2012.

Dr. Yorgel Reyes Álvarez. Hospital Universitario "Comandante Manuel Fajardo". La Habana, Cuba. Correo electrónico: nyalis@infomed.sld.cu