



Sociedad Española
de Reumatología -
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Reumatología Clínica en imágenes

¿Otro tofo gotoso? Las múltiples caras del encondroma

Another gouty tophus? The many faces of the enchondroma

Ismael Calero-Paniagua^{a,b,*}, Julio Alberto Vicente-Rodrigo^a, Daniel Soliva-Martínez^c
y Francisco Torrecillas-Fernández^d

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital General Virgen de la Luz, Cuenca, España

^b Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL), Salamanca, España

^c Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital General Virgen de la Luz, Cuenca, España

^d Servicio de Anatomía Patológica, Hospital General Virgen de la Luz, Cuenca, España



INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de octubre de 2016

Aceptado el 7 de enero de 2017

On-line el 24 de febrero de 2017

Los tumores óseos primarios de las manos son raros (2-5%), siendo el más frecuente el encondroma^{1,2}. Los encondromas suelen aparecer en la segunda década de la vida, pero pueden hacerlo a cualquier edad. El 50% se localiza en las falanges proximales, seguidas en frecuencia por los huesos metacarpianos y las falanges medias. Los pacientes suelen permanecer asintomáticos, aunque en ocasiones pueden presentar aumento de volumen y deformidad de los dedos, dolor o sufrir fracturas patológicas secundarias a la expansión y remodelado de la lesión. La presentación de múltiples encondromas se conoce como enfermedad de Ollier^{3,4}.

Varón de 82 años diagnosticado de gota, consulta por tumoralización en la segunda falange del tercer dedo de la mano izquierda de meses de evolución (fig. 1A y B). Dada la rareza de un tofo gotoso en dicha localización, se realizó radiografía simple (fig. 1C y D), objetivándose una lesión lítica expansiva. Posteriormente, se solicitó resonancia magnética nuclear (RMN), cuyos hallazgos eran

sugestivos de malignidad (fig. 2A-C). Finalmente, se realizó biopsia, siendo diagnóstica de encondroma (fig. 2D).

El diagnóstico diferencial de una lesión en la mano como la que presentamos incluye, además del tofo gotoso intraóseo (descrito hasta en el 13,3% en artropatía úrica evolucionada)^{5,6} y del encondroma, otros tumores óseos como el condrosarcoma⁷, el condroblastoma de bajo grado, el fibroma mixoide, los quistes epidermoides, los fibromas no osificantes, la displasia fibrosa y el tumor de células gigantes⁸. Otras entidades a descartar serían los infartos óseos, los tumores pardos del hiperparatiroidismo⁹, los xantomas, los nódulos reumatoides y los granulomas sarcoideos¹⁰ o los relacionados con infecciones (sífilis, *Borrelia*, micobacterias)⁸.

En la radiografía, los encondromas se observan como lesiones redondeadas bien definidas con radiolucidez central en la diáfisis o la metáfisis. Pueden tener contorno lobulado, calcificaciones puntiformes e incluso festoneado del endostio, adelgazamiento cortical y fracturas patológicas cuando hay expansión importante².

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ismaelcaleropaniagua@yahoo.es (I. Calero-Paniagua).



Figura 1. A y B) Tumoración multilobulada en la segunda falange del tercer dedo de la mano izquierda. C y D) Radiografía PA y lateral del tercer dedo de la mano izquierda; se visualiza una lesión lítica expansiva de gran tamaño, que insufla, adelgaza y destruye la cortical.

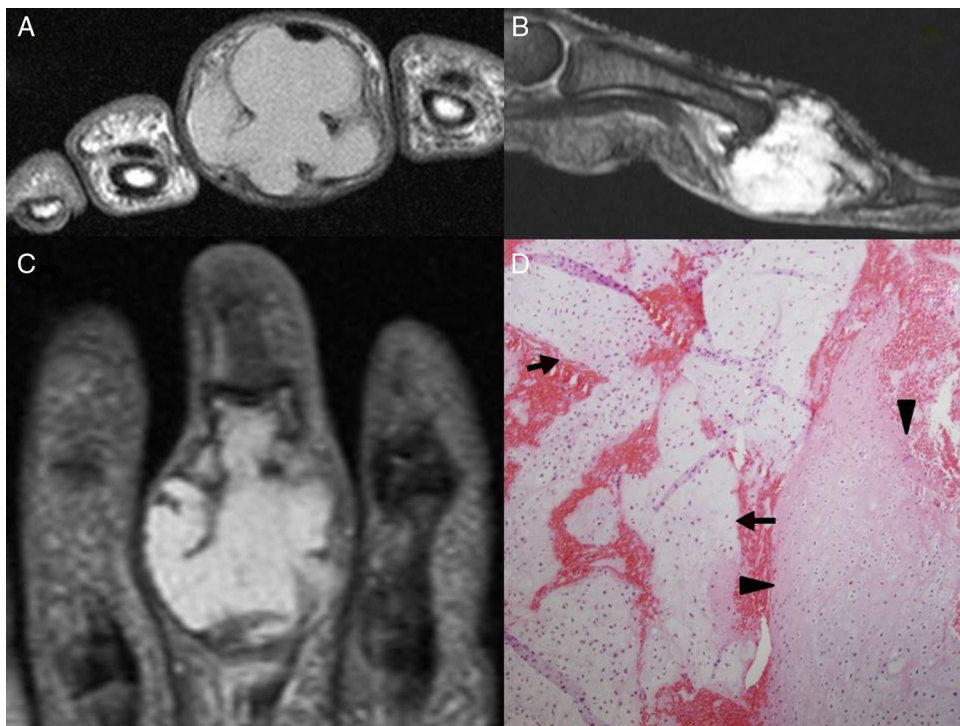


Figura 2. A-C) Imágenes de RMN; lesión expansiva multilobulada que muestra festoneado endóstico y adelgazamiento cortical importante, hipointensa en T1 (corte axial) e hiperintensa en secuencia potenciada en T2 con supresión grasa (corte sagital) y en secuencia STIR (corte coronal). D) Biopsia de la tumoración en la que se visualiza cartílago maduro hialino (flechas), con áreas de degeneración mixoide (cabezas de flechas), compatible con encondroma.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Figl M, Leixnering M. Retrospective review of outcome after surgical treatment of enchondromas in the hand. *Arch Orthop Trauma Surg.* 2009;129:729–34.
2. O'Connor MI, Bancroft LW. Benign and malignant cartilage tumors of the hand. *Hand Clin.* 2004;20:317–23.
3. Hakim DN, Pelly T, Kulendran M, Caris JA. Benign tumours of the bone: A review. *J Bone Oncol.* 2015;4:37–41.
4. Pansuriya TC, Kroon HM, Bovee JV. Enchondromatosis: Insights on the different subtypes. *Int J Clin Exp Pathol.* 2010;3:557–69.
5. Monu JU, Pope TL Jr. Gout: A clinical and radiologic review. *Radiol Clin North Am.* 2004;42:169–84.
6. Ko KH, Hsu YC, Lee HS, Lee CH, Huang GS. Tophaceous gout of the knee: Revisiting MRI patterns in 30 patients. *J Clin Rheumatol.* 2010;16:209–14.
7. Murphey MD, Flemming DJ, Boyea SR, Bojescul JA, Sweet DE, Temple HT. Enchondroma versus chondrosarcoma in the appendicular skeleton: Differentiating features. *Radiographics.* 1998;18:1213–37.
8. Melamud K, Drape JL, Hayashi D, Roemer FW, Zentner J, Guermazi A. Diagnostic imaging of benign and malignant osseous tumors of the fingers. *Radiographics.* 2014;34:1954–67.
9. Chavin HC, Pisarevsky AA, Chavin C, Koll L, Petrucci EA. Brown tumor as the initial manifestation of primary hyperparathyroidism. *Medicina (B Aires).* 2008;68:219–21.
10. Moore SL, Teirstein AE. Musculoskeletal sarcoidosis: Spectrum of appearances at MR imaging. *Radiographics.* 2003;23:1389–99.