

FIBROMA CONDROMIXOIDE DE LOCALIZACIÓN PÉLVICA

INTRODUCCIÓN

El **fibroma condromixoide (FCM)** es un tumor **óseo primario benigno de estirpe cartilaginosa**, poco frecuente, con una **incidencia inferior al 1%**. Presenta un pico de incidencia entre la segunda y tercera década de la vida, sin predominio de sexo. ^{1,2}

Se localiza de manera más común en la **región metafisaria de los huesos largos**. Su localización más habitual es la tibia proximal, seguida en frecuencia por la porción distal del fémur, el peroné y huesos pequeños como metatarsianos, falanges y huesos del retropié. El miembro superior se afecta en el 10 % de los casos. La localización en huesos planos, como la pelvis, se ve con mayor frecuencia en pacientes de mayor edad. **No se ha demostrado la existencia de lesiones metastásicas.** ³

MATERIAL Y MÉTODO

Presentamos el caso de una paciente de 34 años con **tumoración en pala ilíaca izquierda asociada a dolor lumbar** ipsilateral e irradiación a miembro inferior sin clínica neurológica.

Se realiza radiografía (Rx) y resonancia magnética (RM) que identifican una **lesión lítica en cresta iliaca izquierda** de 5.4x2.3cm de diámetro que plantea el diagnóstico diferencial entre hemangioma y encondroma, siendo conveniente la realización de una tomografía computarizada (TC) para valorar la lesión.

Las mágenes obtenidas mediante TC orientan hacia una lesión de **estirpe cartilaginosa, debiendo descartar un condrosarcoma**.

Se realiza un rastreo corporal completo mediante ^{99m}Tc -difosfonatos que descarta lesiones a distancia.

Se biopsia la lesión que aporta el **diagnóstico definitivo de fibroma condromixoide (FCM)**.



Radiografía de pelvis tras biopsia

RESULTADO

La paciente fue intervenida mediante **resección de la lesión y sustitución del defecto por aloinjerto** estructural de hueso iliaco izquierdo fijado con tres tornillos.

La paciente no presentó complicaciones en el postoperatorio inmediato.

A los 9 años tras la intervención, la paciente se encuentra **asintomática y sin signos de recidiva tumoral**, presentando únicamente leves molestias locales con la práctica deportiva.



Rx en el postoperatorio inmediato.



Rx a los 3 años de seguimiento.

CONCLUSIÓN

El FCM plantea un reto diagnóstico por su **similitud radiológica e histológica con otros tumores**. Se debe realizar diagnóstico diferencial con el quiste óseo aneurismático, tumor de células gigantes, condroblastoma, displasia fibrosa, condrosarcoma y osteosacroma.

En localización pélvica es de especial interés **diferenciarlo del condrosarcoma** ya que se han descrito diagnósticos erróneos en la literatura. 4

El tratamiento de elección es la **resección de la lesión o curetaje de la misma, junto a sustitución o relleno del defecto con injerto óseo**.

El curetaje de la lesión sin más gestos añadidos presenta mayores tasas de recidiva que cuando se realiza junto a sustitución del defecto óseo. 5

BIBLIOGRAFÍA

1. Ali HM. Huge chondromyxoid fibroma of the right iliac wing with tremendous soft tissue extensions. BJR Case Rep 2017; 4: 20170014
2. Martínez-Rosales O, Gutierrez-Calero Y, Oliver-Martín AE, Fernández-Valle O. Fibroma condromixóide diafisario de tibia. Rev Cubana Ortop Traumatol 2006;20(2).
3. Benedito-Pérez de Inestrosa T, Vallecillos-Pérez MM, Fernández-Martín E. Fibroma condromixóide. Med Gen y Fam (digital) 2014;3(6):164-165.
4. Jamshidi K, Najd Mazhar F, Jafari D. Chondromyxoid Fibroma of Pelvis, Surgical Management of 8 Cases. Arch Iran Med. 2015 Jun;18(6):367-70.
5. Lersundi A, Mankin HJ, Mourikis A, Hornicek FJ. Chondromyxoid Fibroma A Rarely Encountered and Puzzling Tumor. Clin Orthop Relat Res. 2005 Oct;439:171-5.