

# Condroma nasal. Comunicación de un caso

Francisco Manuel Sánchez Ortega,\* Adriana C. Abarca Villegas\*\*

## Resumen

Se reporta el caso de un paciente con condroma nasal (tumor cartilaginoso benigno) con invasión al cráneo y destrucción ósea, que en ocasiones produce comportamiento agresivo. Es poco común su aparición en la cabeza y el cuello y aún más en la nariz y los senos paranasales. Se trata de un niño de 11 años de edad que acudió a consulta externa con un cuadro de seis meses de evolución caracterizado por obstrucción nasal progresiva bilateral de predominio derecho y rinorrea posterior. La exploración física reveló tumoración en la fosa nasal derecha de coloración rosada no sangrante, de aspecto rugoso proveniente del techo nasal, que ocupaba 80% de la luz. En la tomografía computada se observó imagen hipodensa que no reforzaba con el medio de contraste y que ocupaba la fosa nasal derecha, con destrucción de la lámina papyrácea e invasión a la fosa craneal anterior; en su interior se visualizaban imágenes redondeadas de densidad cálcica. El diagnóstico histopatológico obtenido de la biopsia incisional fue de condroma. La resección se realizó mediante un abordaje conjunto con los servicios de neurocirugía, oncología quirúrgica y oftalmología. En el diagnóstico diferencial de tumores sinonasales benignos y malignos se sospecha en contadas ocasiones que sea condroma nasal debido su frecuencia poco común. Sin embargo, este caso comparte las características clínicas, tomográficas e histopatológicas típicas de los condromas mencionadas en la literatura médica, de manera que nos muestra que, a pesar de su escasa incidencia, puede ser adecuadamente diagnosticado y tratado.

**Palabras clave:** condroma nasal.

## Abstract

It is presented a case report of a patient with nasal chondroma, benign cartilaginous tumor, that sometimes presents aggressive behavior with invasion to skull and bone destruction, its presentation is uncommon in head and neck as well as in nose and paranasal sinus. An 11-year-old male patient was attended in external consultation by presenting pathology of 6 months evolution characterized by bilateral progressive nasal obstruction of right predominance and posterior rinorrhea, the physical exploration revealed tumor in right nasal cavity, of rose color, non bleeding, rough aspect originated from the nasal roof occupying the 80% of the nasal fosse. In the computerized tomography a hypodense image was observed which did not improve by using contrast agent and occupied the right nasal cavity, with bone destruction of the lamina papyracea and invasion to anterior cranial cavity, cleared images of calcic density in their interior were observed. The histopathologic diagnosis of the incisional biopsy revealed chondroma. The surgical procedure was carried out by the multidisciplinary approach of the neurosurgery, surgical oncology and ophthalmology services. In the differential diagnosis of benign and malignant sinonasal tumours, nasal chondroma is poorly suspected by its uncommon frequency. Nevertheless, the case reported in the present study establishes no differences about typical tomographic and histopathologic clinical characteristics of condromas mentioned in medical literature. This paper teaches us that in spite of its low incidence, chondroma can be rightly diagnosed and treated.

**Key words:** nasal chondroma.

Los condromas son neoplasias benignas que se originan a partir de cualquier cartílago. El condroma nasal lo describió Morgan en 1842, desde entonces y hasta 1983 se habían reportado sólo 131 casos en la literatura médica mundial. Se cree que su origen se debe a restos de células cartilaginosas embrionarias que evaden la resorción durante la endcondro- osificación y dan origen a estos tumores.<sup>1</sup> Son poco comunes en la cabeza y el cuello, con una ocurrencia estimada de 10%.<sup>2</sup> En la nariz y los senos paranasales su origen es más frecuente

en la cavidad nasal y el etmoides (50%), siguen en orden de frecuencia la maxila (18%), el septum nasal (17%), el paladar duro y la nasofaringe (incluido el seno esfenoidal, 7%) y el cartílago alar (3%).<sup>1</sup>

Los condrosarcomas en esta región son aún menos comunes,<sup>3</sup> y representan el principal diagnóstico diferencial. Hasta 1983, se habían reportado 14 casos en la literatura médica inglesa y 7 en la japonesa, de estos 21 casos, cuatro se interpretaron originalmente como condromas.

\* Jefe del servicio de otorrinolaringología.

\*\* Médica otorrinolaringóloga.

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE.

Correspondencia: Dr. Francisco Manuel Sánchez Ortega, Av. Coyoacán esquina Félix Cuevas, Col. Del Valle, CP 03100. Tel.: 5200-3506, fax 5200-5003.

## Caso clínico

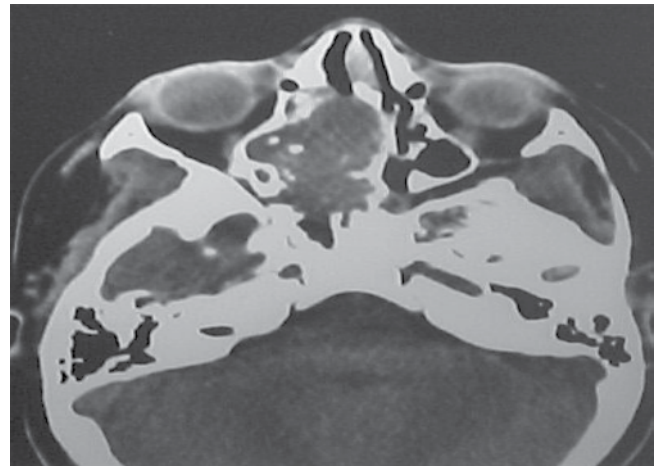
Paciente masculino de 11 años de edad originario de México, DF, residente del Estado de México; religión católica, estudiante de quinto grado de primaria.

Acudió a consulta con un cuadro clínico de seis meses de evolución, caracterizado por obstrucción nasal bilateral de predominio derecho, progresiva y constante, sin fenómenos que la exacerbaran o atenuaran, concomitante con respiración oral y ronquido nocturno. Después del primer mes evolucionó a obstrucción nasal total bilateral que no cedió con tratamiento médico. Subsiguientemente a rinorrea anterior y posterior blanquecina progresiva, constante, que se exacerbó con cuadros infecciosos agudos de las vías aéreas superiores y que mostró mejoría parcial ante tratamiento médico con antibióticos descongestivos y mucolíticos. Durante la exploración física se determinó que la edad del paciente era, en apariencia, menor a la cronológica: se encontró bien conformado, consciente y orientado. En la exploración otorrinolaringológica manifestó: otoscopía con los pabellones auriculares normoimplantados, con los conductos auditivos externos permeables, las membranas timpánicas íntegras sin alteraciones transtimpánicas y la membrana timpánica derecha hipomóvil a la otoscopía neumática, se descartaron retracciones y abombamientos; nariz con pirámide central dorso regular, rinoscopía anterior con tumoración en la fosa nasal derecha proveniente del techo nasal, que ocupaba 80% de la luz, de coloración rosada, no friable, rugosa, bien delimitada y septum con desviación en bloque izquierdo contactante con la pared lateral; la orofaringe con ligero abombamiento del paladar blando del lado derecho, sin cambios en la mucosa, amígdalas grado II izquierda y III derecha sin caseum, criptas abiertas, pared posterior de orofaringe normocrómica y descarga retranasal blanquecina, y el cuello cilíndrico con la tráquea central desplazable, no se palparon masas ni adenomegalias.

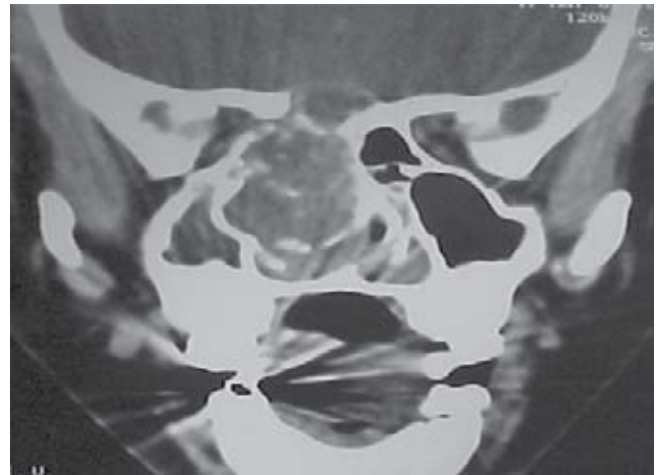
En la tomografía computada se observó una lesión hipodensa en relación con el músculo, la cual no reforzó con medio de contraste y ocupaba la fosa nasal derecha (figura 1), con desplazamiento del septum y la pared lateral derecha, de manera que colapsaba el seno maxilar derecho, con destrucción de la lámina papirácea y el piso de la base anterior del cráneo (figura 2). Se detectaron imágenes con bordes redondeados con densidad cálcica en su interior.

Se realizó biopsia incisional con diagnóstico histopatológico de condroma.

Se decidió realizar un abordaje conjunto en el que participaron los servicios de neurocirugía, oncología quirúrgica y oftalmología. Se practicó resección extensa mediante abordaje biparietal, sección bilateral de los nervios olfatorios, resección de la tróclea derecha, etmoidectomía, resección de la pared interna de la órbita derecha, resección parcial del septum nasal y resección de la tumoración en el



**Figura 1.** Tomografía axial computada con ventana ósea: imagen hipodensa al músculo que ocupa la fosa nasal derecha y etmoides, con calcificaciones en su interior y comportamiento expansivo que desplaza el septum.



**Figura 2.** Tomografía computada coronal con ventana ósea que muestra la destrucción ósea y expansión a la base anterior del cráneo.

antro maxilar derecho con aplicación de malla en la pared interna de la órbita y reconstrucción del piso anterior del cráneo con craneoplastic e injerto autólogo del muslo derecho de grasa, músculo y fascia.

## Discusión

El condroma nasal es un tumor de escasa aparición, por lo que generalmente no se sospecha de primera intención. Característicamente son masas lisas, firmes, lobuladas y de lento crecimiento.<sup>4</sup> La mayor parte de los condromas reportados miden de 1 a 3 cm, mientras que la mayor parte de los condrosarcomas miden más de 5.5 cm,<sup>5</sup> aunque en la literatura médica se han reportado condromas de partes blandas que exceden los 10 cm.<sup>6</sup>

En las radiografías se encuentran masas de densidad de tejidos blandos con calcificaciones en el interior de la masa en 75% de las lesiones, los patrones de calcificación comprenden

discretas áreas de osificación curvas o lineales, y las lesiones son de comportamiento expansivo más que invasor.<sup>7,8</sup>

En la literatura médica se describe ampliamente la dificultad para establecer la diferencia entre los condromas de los condrosarcomas de bajo grado durante la evaluación histopatológica. Esto es consecuencia de la falta de criterios citológicos,<sup>9</sup> y de que muchas de las características estructurales de las células del condrosarcoma de bajo grado se encuentran también en las células del cartílago hialino normal. Los condrosarcomas difieren en que contienen células que se tiñen con mayor intensidad y, en ocasiones, son binucleadas o multinucleadas; los tumores de medio y alto grado tienen incremento de células y figuras mitóticas.<sup>10</sup> Evans clasificó los condrosarcomas en cuatro tipos según el patrón histológico y número de mitosis e incluyó en el tipo 1 al condroma. No obstante la apariencia histológica, es difícil predecir el comportamiento clínico de estos tumores. Muchos de ellos, a pesar de sus características histológicas benignas, se comportan clínicamente como malignos.<sup>3</sup> Esto sucedió en el presente caso, donde el tumor tuvo un comportamiento agresivo con destrucción ósea y crecimiento relativamente rápido. Como consecuencia de esta evolución, se decidió realizar una resección extensa.

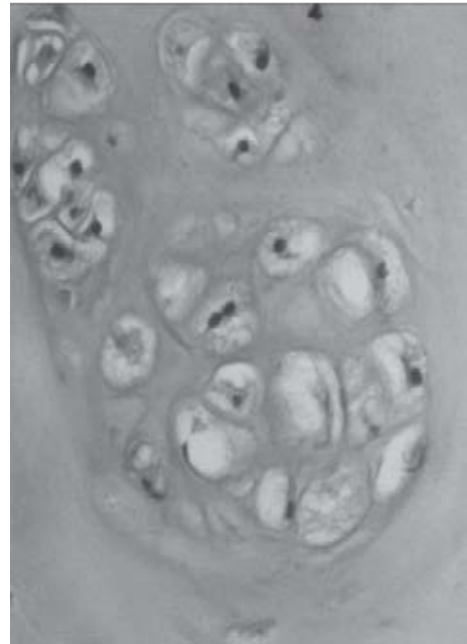
La cavidad nasal posterior, la nasofaringe y el seno esfenoidal son los sitios con pronóstico más desfavorable, ya que tienden a ser más extensos cuando se detectan y suelen invadir la base del cráneo.<sup>3</sup>

En nuestro caso fue difícil determinar el origen de la tumoración por su extensión y destrucción ósea. Sin embargo, el origen más probable en esta zona es el etmoides, debido a su localización y a la frecuencia con la que aparecen.

La tomografía mostró las características típicas de un condroma con calcificaciones en su interior y comportamiento expansivo. La medida del tumor excedía los 3 cm, lo cual supone mayor probabilidad de malignidad. Además, en el sitio donde apareció (cavidad nasal posterior, nasofaringe y seno esfenoidal) tiende a manifestar este tipo de comportamiento más agresivo con invasión hacia la base del cráneo y, en este caso, a la órbita, como se ha descrito en la literatura médica.<sup>9</sup>

Las características histológicas del caso son típicamente benignas; la organización celular es en forma de islotes, como la del cartílago normal; no se encuentra pleomorfismo, células binucleadas o hiperchromatismo (figura 3).

El tratamiento de elección es la remoción quirúrgica completa con el adecuado margen de tejido normal para prevenir la recurrencia y posible degeneración maligna, que se ha descrito aproximadamente en 7% de los casos. Mientras que la mayor parte de los tumores no responden a la radioterapia, la escisión local es curativa en un gran número de casos.<sup>11,12</sup> La aparición de un condrosarcoma en el sitio de escisión de un condroma puede representar ya sea un cambio en la histología del tumor o una clasificación incorrecta del tumor original.<sup>7</sup>



**Figura 3.** Corte histológico que muestra el cartílago maduro con tejido conectivo interlobular altamente vascularizado.

## Referencias bibliográficas

1. Morus H. Cartilaginous tumors of the head and neck. *J Laryngol Otol* 1973;87:135-51.
2. Kilby D, Ambegaokar AG. Nasal chondroma: two case reports and survey of the literature. *J Laryngol Otol* 1977;91:415-26.
3. Murthy DP, Gupia AC. Nasal cartilaginous tumor. *J Laryngol Otol* 1991;105:670-2.
4. Kurozumi N, Kamishi H. Nasal chondroma: a case report. *Br J Plastic Surg* 1984;37:247-9.
5. Nakagawa Y, Ishibashi K, Asada K, Sugawara N. Chondroma of the hyoid bone: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999;88:333-6.
6. Chung EB, Enzinger FM. Chondroma of soft parts. *Cancer* 1978;41:1414-24.
7. Chiu LD, Rasgon BM. Laryngeal chondroma: a benign process with long-term clinical implications. *Ear Nose Throat J* 1996;75:540-9.
8. De-hiu W. Soft tissue chondroma of the parapharyngeal space: a case report. *J Laryngol Otol* 1998;112:294-5.
9. Vesin L, Rochwerger A, Bouvier C, et al. Chondroma and grade I chondrosarcoma: analysis of aggressive criteria. *J Bone Joint Surg Br* 2001;83-B(sup11)43.
10. Wang SL, Borges A, Lufkin B, et al. Chondroid tumors of the larynx: computed tomography findings. *Am J Otolaryngol* 1999;20(6):379-82.
11. Takoudes TG, Haddad J, Feldstein NA. Pediatric ethmoid chondroma incidentally found during evaluation of a third cranial nerve palsy. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1999;108:1177-80.
12. Huizenga C, Balogh K. Cartilaginous tumors of the Larinx: a clinicopathologic study of 10 new cases and a review of the literature. *Cancer* 1970;3:201-10.