

## Condroma intra-articular de la rodilla: informe de un caso

Juan Manuel Fernández Vázquez F.A.C.S.,\* Luis Justino Fernández Palomo,\*\*  
Sergio Abush T\*\*\*

Hospital American British Cowdray. Ciudad de México

**RESUMEN.** Los condromas intra-articulares son tumores benignos de baja incidencia. Se han reportado 13 casos de condromas de rodilla en la literatura. Los autores presentan el informe de un caso de condroma infrapatelar en rodilla derecha. Esta condición patológica debe ser diferenciada de la condromatosis sinovial así como de lesiones calcáreas intra-articulares. El tratamiento consiste en la escisión completa del condroma. La recurrencia de estas tumoraciones es muy rara.

**Palabras clave:** condroma, rodilla.

**SUMMARY.** Intra-articular chondromas are rare tumours. To our knowledge, only 13 cases of chondroma in the knee have been previously described in the literature. Authors present a case of an infrapatellar chondroma of the right knee. The differential diagnosis for this condition is synovial chondromatosis as well as intra-articular calcified lesions. The treatment of choice is complete excision of the chondroma. Recurrence of these tumours is rare.

**Key words:** chondroma, knee.

El condroma articular o encondroma difuso es un tumor de baja incidencia. Se origina de la cápsula articular o del tejido conectivo extracapsular. En la literatura médica, se han reportado 20 casos de condromas articulares. La distribución anatómica de éstos es la siguiente: Codo (un caso), cadera (un caso) y rodilla (18 casos). De los 18 casos de condroma en rodillas, cinco fueron extracapsulares. Por lo tanto se documentan únicamente 13 casos de condroma intra-articular en rodilla (*Tabla 1*).<sup>5-7,9,11-13,17,18</sup>

En este trabajo se presenta el informe de un caso de condroma intraarticular de la rodilla, el decimocuarto de la literatura. Así mismo, se analizan los casos reportados anteriormente y se discute el diagnóstico diferencial de las lesiones y tumoraciones cartilaginosas intraarticulares en la rodilla.

### Caso clínico

L.J. paciente masculino de 27 años de edad con antecedente de múltiples traumatismos en la rodilla derecha durante la práctica de fútbol soccer, ninguno de los cuales ameritó tratamiento médico. Seis meses antes de la consul-

ta inició con dolor, al subir y bajar escaleras así como aumento progresivo del volumen en la superficie medial, sin evidencia de bloqueo articular. A la exploración física, la rodilla no presentaba inestabilidad durante la marcha ni salto en la mesa de exploración. La rodilla presentaba en la superficie medial, aumento de volumen duro, no movable y sin evidencia de hirsutismo. El arco de movimiento era de menos 20° de extensión a 100° de flexión. El signo de aprehensión era positivo y no había evidencia de "cepilleo" femoropatelar (*Figura 1*).

Las radiografías, anteroposterior y lateral, mostraron una tumoración de apariencia cartilaginosa en el área infrapatelar (*Figura 2*). Los estudios de laboratorio no mostraron ninguna alteración.

El paciente fue intervenido quirúrgicamente, bajo anestesia por bloqueo peridural. Se aplicó torniquete neumático y éste fue inflado a 350 mmHg. Previa asepsia y antisepsia con iodine se practicó incisión pararrotruliana medial de la rodilla derecha. Se identificó tumoración libre intra-articular que medía 3.5 x 3 cm. La tumoración fue extirpada. Se efectuó exéresis parcial de la bolsa seroadiposa de Hoffa (*Figuras 3 y 4*).

En el menisco medial se identificaron áreas de fibrilación y erosión. Se practicó meniscectomía medial. El menisco lateral así como los ligamentos cruzados, se encontraron sin alteraciones. Se aproximó la herida y se aplicó vendaje de Robert Jones.

El estudio histopatológico demostró cartílago con calcificación focal, sin formación de hueso. El diagnóstico fue condroma intra-articular. El paciente evolucionó satisfactoriamente y fue dado de alta 24 horas después de la cirugía, deambulando con apoyo completo. Dos semanas después de la cirugía, se retiraron las suturas y el paciente ini-

\* Profesor Titular del Curso de Ortopedia y Traumatología. Hospital American British Cowdray (ABC). México D.F.

\*\* Cirujano Ortopedista. Hospital ABC. México D.F.

\*\*\* Jefe del Departamento de Ortopedia y Traumatología Hospital ABC. México D.F.

Dirección para correspondencia:

Dr. Juan Manuel Fernández Vázquez. Consultorio 205  
Torre de Consultorios Hospital ABC. Sur 136 esq. Observatorio, Col.  
Las Américas, Delegación Álvaro Obregón, México D.F.

**Tabla 1. Condromas intra-articulares de rodilla reportados.<sup>16</sup>**

Caso	Edad	Sexo	Lado afectado	Localización
1	35	F	Izquierda	Infrapatelar
2	69	M	Derecha	Infrapatelar
3	49	F	Izquierda	Infrapatelar
4	51	F	Izquierda	Infrapatelar
5	47	M	Izquierda	Infrapatelar
6	23	F	Derecha	Infrapatelar
7	66	M	Izquierda	Infrapatelar
8	59	M	Izquierda	Comp. medial
9	29	M	Derecha	Infrapatelar
10	63	F	Izquierda	Infrapatelar
11	66	F	Derecha	Infrapatelar
12	65	M	Derecha	Infrapatelar
13	66	F	Izquierda	Infrapatelar



**Figura 1.** Aumento de volumen en región medial derecha.

ció ejercicios de flexión-extensión y de fortalecimiento del cuádriceps. El arco de movimiento era de 5° de extensión a 130° de flexión. Dos años después de la cirugía, el paciente tenía arco de movimiento completo, la deambulación era normal, únicamente se quejaba de dolor mínimo después de caminata prolongada; sin limitación para subir y bajar escaleras, ni para actividades deportivas.

## Discusión

La etiología del condroma intra-articular no se conoce. Algunos autores han propuesto una metaplasia del cartílago con osificación subsecuente como causa probable.<sup>7,16</sup> En series previas, se han considerado a otros tumores como el osteocondroma u osteoma capsular dentro del grupo de condromas intra-articulares, basándose en el contenido de tejido cartilaginoso del tumor con un mayor grado de osificación.<sup>7,14</sup> Los autores no consideran a esta relación adecuada, ya que éstos son tumores histológicamente distintos; el osteocondroma se une a la cortical por un pedículo, su origen es metafisario y no es intra-articular a pesar de que

alguna parte del mismo puede protruir dentro de la cavidad articular.<sup>14</sup> Por lo tanto, los términos de condroma y osteocondroma no deben confundirse.

El diagnóstico diferencial de condroma intra-articular, se establece con diversos tipos de lesiones osteocartilaginosas que pueden encontrarse cerca de las articulaciones, siendo las más comunes los osteofitos que se forman en la periferia de articulaciones artrósicas. Estos pueden des-



**Figura 2.** Radiografía lateral de rodilla derecha en la que se observa tumor intraarticular infrapatelar con zonas de calcificación.



**Figura 3.** Transoperatorio que muestra abordaje parapatelar medial con exposición del tumor.



**Figura 4.** Tumor extirpado de 3 x 3.5 cm.

prenderse y quedar como cuerpos libres dentro de la articulación y deben diferenciarse de los cuerpos libres con otra etiología como la osteocondritis disecante. La condromatosis sinovial se caracteriza por la presencia de múltiples nódulos intra-articulares originados en la membrana sinovial que, por lo general, no son mayores a 1 cm.

Un conglomerado de nódulos puede presentarse como una masa cartilaginosa única pero con características clínicas e histopatológicas que permiten su diagnóstico específico.<sup>1,15</sup>

El sarcoma sinovial calcificado, es una lesión solitaria originada de la cápsula articular o del tejido conectivo peri-

capsular. Su imagen radiográfica puede confundirse con un condroma intra-articular, sin embargo esta lesión se distingue por una masa circunscrita en la rodilla, generalmente infrapatelar en la que destacan imágenes de calcificación en forma de anillo o de coma, que corresponden a matriz condroide y a trabéculas óseas maduras que se alternan con zonas radiolúcidas.<sup>8,18</sup> El examen macroscópico muestra una lesión multilobulada con un diámetro que varía entre 3 y 10 cm. Los cortes histológicos muestran áreas de cartílago diferenciado con celularidad moderada y zonas de calcificación y osificación.<sup>2-4</sup>

El tratamiento de elección del condroma intra-articular, es la escisión completa de la lesión. En la literatura médica, se ha reportado un caso de recurrencia y no hay reportes de lesiones múltiples ni de transformación maligna.<sup>2,7,16</sup>

### Bibliografía

1. Dunn AW, Whisler JH: Synovial chondromatosis of the knee with associated extracapsular chondromas. *J Bone Joint Surg* 1973; 55A: 1747.
2. Enneking WF: Musculoskeletal tumor surgery. Churchill-Livingstone; 1983: 999.
3. Humphreys S, Pambakian H, McKee PH, Fletcher CD: Soft tissue chondroma. A study of 15 tumours. *Histopathology* 1986; 10: 147.
4. Jaffe HL: Tumours and tumorous conditions of the bones and joints. Philadelphia, Lea & Febiger; 1958: 567-9.
5. Kautz FG: Capsular osteoma of the knee joint. Report of four cases. *Radiology* 1945; 45: 162.
6. Marcial-Seoane RA, Marcial-Seoane MA, Ramos E, Marcial-Rojas RA: Extracapsular chondromas. *Bol Asoc Med P Rico* 1990; 82: 394.
7. Milgram JW, Dunn EJ: Para-articular chondromas and osteochondromas. A report of three cases. *Clin Orthop* 1980; 148: 147.
8. Milgram JW, Jasty M: Case report 238. *Skeletal Radio* 1983; 10: 121.
9. Mosher JF, Kettelkamp DB, Campbell CJ: Intracapsular or para-articular chondroma. A report of three cases. *J Bone Joint Surg* 1966; 48A: 1561.
10. Murphy FP, Dahlin DC, Sullivan C: Articular synovial chondromatosis. *J Bone Joint Surg* 1962; 44A: 77.
11. Nuovo MA, Desai P, Shankman S, Present D: Intracapsular para-articular chondroma of the knee. *Hosp Joint Dis* 1990; 50:189.
12. Robillard GL: Ossification of infrapatellar bursae end fat pad. *Am J Surg* 1941; 51: 442.
13. Roth PB: Ossifying chondroma replacing the infrapatellar pad of fat. *Proc Royal Soc Med* 1994; 37: 279.
14. Sarmiento A, Elkins RW: Giant intra-articular osteochondroma of the knee. A case report. *J Bone Joint Surg* 1975; 57A: 560.
15. Sim FH, Dahlin DC, Ivins JC: Extra-articular synovial chondromatosis. *J Bone Joint Surg* 1997; 59A: 492.
16. Steiner GC, Meushar N, Norman A, Present D: Intracapsular and paraarticular chondromas. *Clin Orthop* 1994; 303: 231-6.
17. Suermondt WF: Tumours of the joint capsule. *Arch Chir Neerlandicum* 1950; 2: 278.
18. Zlatkin MB, Lander PH, Begin LR, Hadjipavlou A: Soft tissue chondromas. *Am J Roentgenol* 1985; 144: 1263.