



Página del residente. Soluciones

Condroma extraesquelético: lingual

Extraskeletal chondroma: Lingual



Fátima Martínez Pérez^{a,*}, Ignacio Arribas García^a,
 Modesto Álvarez Flórez^a y Hugo Álvarez Argüelle^b

^a Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España

El resultado anatomopatológico de la biopsia fue informado como condroma lingual puro (fig. 1).

El diagnóstico diferencial se debe realizar con una amplia variedad de patologías. Como opciones de carácter benigno debemos pensar en una hiperplasia epitelial, glositis rómbica, papilomatosis, tumor de Abrikossoff o adenoma pleoformo de glándula salival menor. No se debe descartar la posibilidad de una malignidad, incluyendo en el diagnóstico diferencial los condrosarcomas.

Discusión

Los condromas son tumores benignos de origen conectivo, compuestos de cartilago maduro. Se localizan con mayor frecuencia en los huesos largos de las extremidades. Se trata de una enfermedad rara en la cavidad oral¹, y se presenta con mayor frecuencia a nivel lingual². Se han descrito casos con las siguientes localizaciones a nivel del territorio maxilofacial: en el maxilar, en la mejilla³, en la región palatina⁴ o en la región labial. Actualmente solo han sido publicados en la literatura aproximadamente 60 casos, dicha recopilación se registra parcialmente en la revisión realizada por Toshihiro et al.¹. Suelen componerse no solo de tejido cartilaginoso sino asociado a tejido fibroso, adiposo u óseo⁵. Los casos descritos compuestos exclusivamente por tejido condromatoso puro son excepcionales⁶.

Como posible mecanismo de la etiopatogénesis de la formación de cartilago heterotópico⁷ se postulan 2 teorías^{2,8,9}. La persistencia de remanentes embrionarios de los 4 primeros arcos branquiales y la metaplasia tisular¹ secundaria a microtraumatismos de repetición, inflamación crónica o la exposición a radiación. Se ha propuesto incluso la persistencia del tejido cartilaginoso del tabique lingual^{3,8}, dicho cartilago está presente en la etapa fetal y en la infancia, pero se va reabsorbiendo con el transcurso de la edad adulta.

El diagnóstico definitivo es anatomopatológico, como herramienta diagnóstica tenemos la tinción del antígeno nuclear de células en proliferación nuclear (PCNA)⁶, que se acumula durante las fases G1 y S del ciclo celular, objetivando una reacción intensamente positiva en los núcleos de los condrocitos y en la capa basal del epitelio de la mucosa oral, ello sugiere un alto nivel de proliferación. En el estudio inmunohistoquímico presenta positividad para S-100 y vimentina, y negatividad para citoqueratinas como AE1/AE3, alfa-SMA y factor VIII^{1,10}.

En un pequeño porcentaje se han descrito casos de degeneración maligna, por lo que el tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica completa y revisiones sucesivas. No se han descrito casos de recidiva¹ en la literatura revisada, pese a que los condromas intraóseos son muy agresivos localmente y presentan una elevada tasa de recidiva.

Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2014.04.007>.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fatimamartinezp@gmail.com (F. Martínez Pérez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2014.07.004>

1130-0558/© 2014 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

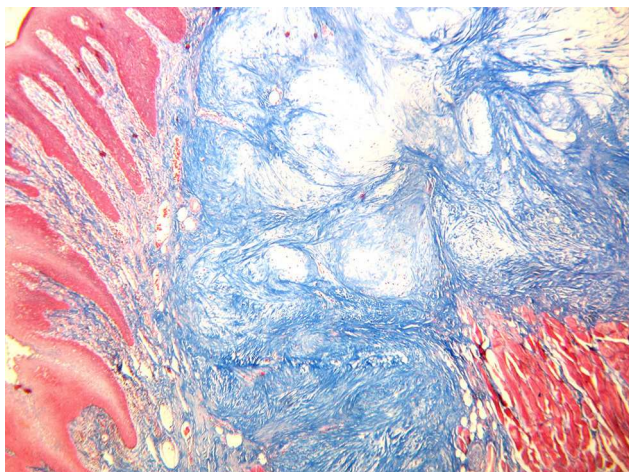


Figura 1 – Lesión exofítica en borde lingual.

Presentamos un caso de condroma lingual, enfermedad muy poco frecuente, y más raro aun compuesto exclusivamente por cartílago, presenta un curso clínico benigno y se procede a la escisión quirúrgica completa de la lesión sin signos de recidiva tras 15 meses de seguimiento en consultas externas. Es de vital relevancia descartar enfermedad sarcomatosa mediante su correcto estudio histológico e índice mitótico.

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.

BIBLIOGRAFÍA

1. Toshihiro K, Souichi Y, Goro K, Akio M, Shuichi F, Tohru I. Soft tissue chondroma of the hard palate: A case report. *J Oral Maxillofac Surg Med Pathol.* 2011;23:92-5.
2. Mosqueda-Taylor A, González-Guevara M, de la Piedra-Garza JM, Díaz-Franco MA, Toscano-García I, Cruz-León A. Cartilaginous choristomas of the tongue: Review of the literature and report of three cases. *J Oral Pathol Med.* 1998;27:283-6.
3. Takeda Y. Cartilaginous metaplasia of the human aponeurosis linguae: Histologic and ultrastructural study. *J Oral Med.* 1987;42:35-7.
4. Ide F. Chondromyxoid tumor of palate. *J Oral Pathol Med.* 2006;35:523-4.
5. Scivetti M, Maiorano E, Pilolli GP, Corvaglia S, Cimmino MA, Lucchese A, et al. Chondroma of the tongue. *Clin Exp Dermatol.* 2008;33:460-2.
6. Sera H, Shimoda T, Ozeki S, Honda T. A case of chondroma of the tongue. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2005;34:99-100.
7. Chou L, Hansen LS, Daniels TE. Choristoma of the oral cavity: A review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1991;72:584-93.
8. Takeda Y, Shimanaka T, Suzuki A. Pathological study on cartilaginous tissues in human tongue, so-called Knorpelinsel. *Dent J Iwate Med Univ.* 1984;9:63-9.
9. Moore K, Worthington P, Campbell RL. Firm mass of the tongue. *J Oral Maxillofac Surg.* 1990;48:1206-10.
10. Onodera K, Xu H, Kimizuka S, Echigo S, Ooya K. Chondroma of the cheek: A case report. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2005;34:924-6.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2014.07.004>