

Condrosarcoma del hioídes: hallazgos en tomografía computarizada

Julio Sáez • Juan Antonio Gallego • María José Fuster

Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital General Universitario de Elche. Alicante.

La afectación del hioídes por un condrosarcoma es excepcional, habiéndose descrito únicamente 10 casos en la bibliografía. El caso que presentamos se trata de un varón de 24 años que consultó por odinofagia progresiva y masa cervical anterior. La tomografía computarizada mostró una masa de bajo coeficiente de atenuación que dependía del asta izquierda del hioídes. Se realizó exéresis de la lesión, siendo catalogada como un condrosarcoma grado II. El paciente permanece asintomático a los 10 años de la intervención.

Palabras clave: Condrosarcoma. Hueso hioídes. Tumores óseos.

El condrosarcoma constituye el 10% de los tumores malignos óseos, localizándose con mayor frecuencia en los huesos largos, la pelvis y las costillas. La afectación de cabeza y cuello constituye el 10% del total de los condrosarcomas, dependiendo fundamentalmente de la base del cráneo, de la mandíbula y de la laringe (1). La afectación del hioídes es excepcional, habiéndose descrito 10 casos en la literatura médica. Presentamos un nuevo caso, con énfasis en los hallazgos radiológicos, de un condrosarcoma del hioídes.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 24 años de edad que acudió a nuestro Hospital refiriendo odinofagia progresiva. En la laringoscopia se apreció una tumoración quística en la vallécula y el surco glosoepiglótico izquierdo.

En la radiología simple se identificó una masa que se extendía desde la base de la lengua hasta la epiglótis, imprimiendo severamente la luz aérea. Los hallazgos de la TC (Figs. 1A y 1B) mostraron una masa lobulada, bien delimitada, de 3 x 3 x 2,5 cm. La lesión ocupaba la vallécula izquierda y presentaba una clara dependencia con la cortical interna del asta izquierda del hioídes (Fig. 2), la cual presentaba una esclerosis reactiva. La tumoración era predominantemente hipodensa (10-15 UH), identificando algunos septos en su interior, alguno de los cuales conte-

Sáez J, Gallego JA, Fuster MJ. Condrosarcoma del hioídes: hallazgos en tomografía computarizada. Radiología 2001;43(1):42-45.

Correspondencia:

JULIO SÁEZ CASTÁN. Meliana, 36. Urbanización La portalada. 03203 Elche (Alicante).

Recibido: 16-X-2000.

Aceptado: 11-I-2001.

Chondrosarcoma of the hyoid bone: computed tomography findings

Chondrosarcoma of the hyoid bone is a rare entity, only 10 cases of which have been reported in the literature to date. The case we present involved a 24-year-old man who complained of progressive odynophagia and a mass in anterior neck. Computed tomography revealed a low-attenuation mass attached to the left horn of the hyoid bone. The lesion was excised and was diagnosed as a grade II chondrosarcoma. The patient remains asymptomatic 10 years after the operation.

Key words: Chondrosarcoma. Hyoid bone. Bone tumors.

nía acúmulos de calcio. Tras la administración del contraste i.v. se apreció únicamente realce de la cápsula y de los septos.

Se realizó una cervicotomía lateral izquierda, disecando una tumoración redondeada que englobaba el asta izquierda del hioídes, con buen plano de disección con la vallécula y la base de la lengua. El informe de anatomía patológica describe una lesión sólida y encapsulada, blanquecina y de cierto aspecto nodular con áreas mixoides y microcalcificaciones focales, reconociendo las células neoplásicas como condroides y apreciando atípica y anisocariosis, siendo diagnosticado de condrosarcoma del hioídes tipo II.

DISCUSIÓN

El condrosarcoma es el segundo tumor maligno primario del hueso, con una frecuencia de un 10% del total de tumores óseos malignos. Presenta un crecimiento lento, pero localmente agresivo, con tendencia a la recurrencia local. La mayoría de ellos aparecen entre los 30-60 años, afectando fundamentalmente a la pelvis, el fémur, el húmero, la escápula y las costillas. Sólo un 10% del total de los condrosarcomas afecta a la región de la cabeza y cuello. Su edad de presentación es menor que la de los condrosarcomas de otras áreas anatómicas (4.^a-5.^a década frente a 6.^a-7.^a década). No obstante, los condrosarcomas de laringe suponen una excepción y normalmente se presentan de la sexta a la séptima década (2). Los lugares más afectados son la laringe, mandíbula y base del cráneo. De los tumores que afectan a la laringe, el cricoides es el más afectado con un 70% de los casos seguido del cartílago tiroideo, la epiglótis y los aritenoides (1).

La afectación del hioídes por condrosarcoma es excepcional, siendo el aquí presentado el undécimo caso de los descritos. En la tabla I se exponen los datos clínicos y radiológicos más relevantes de los casos publicados. Únicamente en seis de los casos se hace referencia a los hallazgos radiológicos. La edad media de presentación es de 47 años (rango 24-82) presentándose con

A

Fig. 1 A y B.—TC cervical con contraste. Masa hipodensa de 10-15 UH, con mínimo realce periférico y calcificaciones puntiformes en su interior. La lesión muestra una clara dependencia con el asta izquierda del hioídes.

B

Fig. 2.—TC cervical a través del hueso hioídes (algoritmo de reconstrucción ósea). Detalle del hueso hioídes en el que se aprecia la afectación lítica del asta izquierda del mismo.

mayor frecuencia en la 4.^a década y afectando de forma predominante al sexo masculino (8/3).

Los condrosarcomas se clasifican histológicamente basándose en la tasa de mitosis, celularidad y tamaño nuclear en: grado I (bajo grado), grado II (grado medio) y grado III (alto grado) (3). De los 11 casos de condrosarcoma del hioídes ocho fueron de grado I mientras que los tres restantes fueron diagnosticados de grado II. Las lesiones de bajo grado muestran a menudo una apariencia histológica benigna o «borderline» lo que supone un problema para el diagnóstico anatomo-patológico entre condrosarcoma y condroma. El diagnóstico de malignidad de estas lesiones de bajo grado se apoya a menudo en hallazgos radiológicos (remodelación o ruptura de la cortical). Aunque el grado histológico tiene un factor pronóstico importante, son más importantes la localización y resecabilidad de la lesión (3).

La radiología simple puede detectar la masa de tejidos blandos y el compromiso de la luz aérea. Únicamente en uno de los casos

descritos (caso n.^o 5) se describe la afectación lítica del hioídes en la radiología simple. La valoración radiológica se realiza mejor mediante tomografía computarizada (Figs. 1A, 1B y 2) que suele mostrar una lesión sólida, de bajo coeficiente de atenuación y destrucción irregular del hueso. La lesión suele mostrar un realce moderado y predominantemente periférico. En cinco de los seis casos en que se describen los hallazgos radiológicos se identifican calcificaciones intrínsecas, descritas como de tipo nodular o grumoso. Únicamente en dos de los casos se realizó RM, describiéndose en ambos una masa de baja intensidad de señal en secuencias T1 con realce periférico tras la administración de Gadolinio. Las calcificaciones se muestran como áreas de vacío de señal (5).

Las lesiones primarias del hioídes son muy raras. El diagnóstico diferencial debe plantearse fundamentalmente con el condroma (6), describiéndose en éste un menor componente de partes blandas. Se han descrito otras entidades, igualmente excepcionales, que afectan al hioídes: plasmocitoma (7), condromatosis sinovial (6), metástasis (8) e invasión regional de un carcinoma epidermoide (9).

La tasa de recurrencia local para los condrosarcomas de la cabeza y el cuello es del 85% mientras que para los condrosarcomas localizados en otras regiones del cuerpo es de un 15% (4). En 6 de los 11 casos de condrosarcoma del hioídes se ha descrito una recurrencia de la lesión, que suele producirse antes del primer año tras su presentación clínica (cuatro casos). En los otros dos casos la recurrencia se produjo a los 8 y a los 10 años. En el resto de los casos no se objetivó recidiva durante el periodo de seguimiento, siendo éste el caso en el que tras un mayor periodo de tiempo (10 años) no se ha registrado recidiva de la lesión.

La escisión quirúrgica es el tratamiento de elección, empleándose la radioterapia como tratamiento adyuvante para los tumores recurrentes o en aquellos casos que no han podido ser resecados en su totalidad (1).

En conclusión, aportamos un nuevo caso de condrosarcoma del hioídes, el cual muestra un comportamiento radiológico similar a los casos descritos, presentándose como una masa con dependencia ósea, calcificaciones en su interior y bajo coeficiente de atenuación.

TABLA I
CASOS DESCritos DE CONDRosARCOMA DEL HIOIDES

| Caso | Edad | Sexo | Histología | Recurrencia | RX | TC | RM | Seguimiento | Autores | Año |
|------|------|------|------------------|---------------|---|--|--|-------------------------|---------------------------|--------------|
| 1 | 40 | H | Condrosarcoma I | Tras 10 años | | | | | Hoffer y Bascioni | 1959 |
| 2 | 69 | H | Condrosarcoma II | Tras 1 año | | | | | Greer | 1977 |
| 3 | 39 | H | Condrosarcoma I | Tras 1 año | | | | | Murió 10 años después | Greer |
| 4 | 40 | H | Condrosarcoma I | Tras 8 años | | | | | Murió 1 año después | Greer |
| 5 | 31 | H | Condrosarcoma I | Tras 10 meses | | | | | Bien 2 años después | Greer |
| 6 | 66 | H | Condrosarcoma I | | Masa sólida 5 cm Calcificación | T1. Área heterogénea de baja intensidad T2. Área muy heterogénea Área de alta intensidad realizada con Gd | | | Della Palma Itoh et al | 1983 1992 |
| 7 | 82 | M | Condrosarcoma I | Tras 3 años | Masa lobulada Atenuación mixta No calcificación No realce | | | | Heidiger | 1997 |
| 8 | 30 | M | Condrosarcoma II | | Masa de partes blandas Disminución de la luz aérea Destrucción del hiodios | Atenuación mixta Calcificación nodular significativo No realce | | | Hasan S. | 1992 |
| 9 | 45 | M | Condrosarcoma I | | Masa partes blandas | Lesión expansiva con destrucción del hiodios | | | | |
| 10 | 57 | H | Condrosarcoma I | | | Atenuación mixta Calcificación nodular | T1. Señal de baja- intermedia intensidad Calcificación Realce periférico tras Gd | | | |
| 11 | 24 | H | Condrosarcoma II | | Masa de partes blandas Disminución de la luz aérea | | T2. Señal de alta intensidad | | | |
| | | | | | | | | Bien 10 años después | Sáez y Gallego | 2000 |

BIBLIOGRAFÍA

1. Heidiger R, McEniff N, Karmony C, Eustage S. Recurrent chondrosarcoma of the hyoid bone. *Clin Imaging* 1997;27:69-72.
2. Burkay BB, Hoffman HT, Baker SH, Thornton AF, McClatchey KD. Chondrosarcoma of the head and neck. *Laryngoscope* 1990;100:1301-5.
3. Evans H.L, Ayala A.G, Romsdahl M.M. Pronostic factors in chondrosarcoma of bone: a clinicopathologic analysis with emphasis on histologic grading 1977;40:818-31.
4. Itoh K, Nobori T, Fukuda K, Furuta S, Ohyama M. Chondrosarcoma of the hyoid bone. *J Laryngol Otol* 1993;107:642-6.
5. Demeyere A, De Somer F, Perdieu D, Van Den Hauwe L, Lemmens L, Schillebeeckx J. Chondrosarcoma of the hyoid bone. *Eur Radiol* 2000;10:308-9.
6. Nakagawa Y, Ishibashi K, Asada K, Sugawara N. Chondroma of the hyoid bone. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999;88:333-6.
7. Goel S, Moorjani V, Kulkarni P, Patange V, Sharma OP. Plasmacytoma of the hyoid 1994;108:604-6.
8. Jacobson H, Bergstedt HF. Bone imaging of hyoid bone metastasis. *Clin Nucl Med* 1988;14:136-7.
9. Timon CI, Gullane PJ, Brown D, Van Nostrand AW. Hyoid bone involvement by squamous cell carcinoma: clinical and pathological features. *Laryngoscope* 1992;102:515-20.
10. Bough DI, Chiles PJ, Fratalli MA, Vernose G. Laryngeal Chondrosarcoma: Two unusual cases. *Am J Otolaryngol* 1995;16:126-31.
11. Hasan S, Kannan V, Shenoy AM, Nanjundappa, Naresh KN.

Chondrosarcoma of the hyoid. *J Laryngol Otol* 1992;106:273-6.