

# ENCONDROMA O CONDROMATOSIS SINOVIAL EN EL SENO DEL TARSO

HOSPITAL GENERAL  
DE LA SEGURIDAD SOCIAL  
Servicio de Traumatología y Cirugía  
Ortopédica  
Jefe de Servicio  
DR. DON EDUARDO JORDA LÓPEZ  
PALMA DE MALLORCA

Dr. ESPINAR SALOM, ELOY  
Dr. JORDA LÓPEZ, EDUARDO  
Dr. GARCÍAS BATLE, JUAN  
Dr. MIR UMBERT, MIGUEL

## RESUMEN

*Los autores presentan un caso de tumoración de consistencia dura a nivel del seno del tarso, haciendo un completo diagnóstico diferencial entre las múltiples posibilidades patológicas, tanto a la vista de la radiología como del estudio histológico.*

Los problemas que plantea habitualmente el Seno del Tarso se alejan de todo aquello que no sea consecuencia de traumatismos complejos ocurridos en la eversión-inversión del pie o tobillo. Es habitual que una vez resuelto el problema, la causa traumática, el enfermo aqueje con cierta frecuencia molestias difusas de difícil interpretación referidas al seno del tarso.

Estas lesiones son habitualmente difíciles de tratar. Son infrecuentes otras

patologías en dicho canal y ello es debido a su anatomía. Conviene recordarla aunque sea sucintamente. El seno del tarso constituye un embudo que divide en dos partes la articulación subastragalina. Su orificio externo se abre de manera amplia unos milímetros delante del maleolo peroneo, mientras que su orificio interno, mucho más pequeño se sitúa por detrás del sustentaculum tali. Tal disposición hace que se sitúe oblicuamente de atrás adelante y de dentro afuera. Este seno se halla ocupado por el poderoso ligamento en Y. Sus láminas fibrosas están entremezcladas con elementos adiposos, aunque en realidad lo que ocurre es que este tejido cello-grasoso separa los dos planos en que ambas fibras están dispuestas. La Sinovial es *doble, una para cada una de las subastragalinas, y se hallan separadas por estos ligamentos y la grasa que a su vez los separa.*

En ocasiones no es infrecuente que la sinovial subastragalina posterior se comunique con la del tobillo por detrás. En cambio *la sinovial de la articulación subastragalina anterior es común a la de la astrágalo-escafoidea.*

Como vemos pues, tal anatomía condiciona mucho el tipo de patología que allí puede asentarse.

Nuestro trabajo se refiere a una tumoración ósea, múltiple, osteocartilaginosa, situada en el seno del tarso de etiología y diagnóstico de difícil etiquetación.

## RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Varón de once años de edad, que desde hace tres años viene notando dolor en el borde externo del pie derecho, al mismo tiempo que va creciendo paulatinamente. Practica deporte escolar, sin recordar traumatismos graves ni violentos en la región, ni esguinces.

La exploración del pie derecho demuestra la existencia de un bultoma del tamaño de una cereza en el seno del tarso, si bien el examen detallado sugiere que puedan ser varias. Están fijas, no rodaderas. El dolor provocado es discreto en la región y la movilidad del pie es normal. Los movimientos de la subastragalina están tan limitados que da la impresión de bloqueo de la misma.

La analítica es normal no existiendo anomalía alguna en su crisis sanguínea.

## EXPLORACIÓN RADIOLÓGICA

Se practicó un estudio radiológico estándar de frente y perfil con carga en ambos pies, con fotopodograma, además de proyecciones oblicuas para visualizar mejor la subastragalina. Estas

exploraciones demostraron en principio la existencia EN EL SENO DEL TARSO de unas MASAS ÓSEAS que ocupan la casi totalidad de dicho espacio. La proyección frontal permitió observar que se trataba de VARIAS MASAS de tamaño diferente y que se excluían del mismo seno.

El informe radiológico incluía en el diagnóstico diferencial la siguiente variedad de posibilidades teóricas:

- a. Miositis Osificante Post-Traumática.
- b. Condromatosis Sinovial.
- c. Formación Exofítica ósea Atípica Condral.
- d. Osteoma osteoide.

Nosotros, dado que la exploración clínica nos indicaba la posibilidad de un bloqueo subastragalino y aunque no tenía las otras características propias del pie contracto, añadimos otra posibilidad teórica:

- e. Sincondrosis.

La exploración radiológica se complementó con una T. A. C.; ésta demostró y puso en evidencia alguna de las características de la tumoración, en algunos de sus cortes. Así vemos que:

- 1° En el Scan 11

Destaca la existencia de una esclerosis en la parte calcánea del seno, incluyendo en ella una pequeña imagen quística de unos cuatro mm de diámetro.

- 2° En el Scan 12

Esta pequeña formación aparece ya excluida de su aparente nido.

- 3° En el Scan 13

Se muestra ya situada entre astrágalo y calcáneo, semejando una sinosto-

sis, al mismo tiempo que en la base tálica se insinúa la formación de un nuevo quiste.

Se trata de una formación ósea.

Al mismo tiempo, una formación de CARACTERÍSTICAS OSTEOCARTILAGINOSAS aflora por fuera del seno.

### TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Se procedió al acto quirúrgico, en el cual, mediante una incisión de Ollier, se levantó la inserción del Pedio, rebatiéndola distalmente apareciendo en el seno del tarso dos formaciones libres blancas, nacaradas, del tamaño de una fresa, redondas, sin espículas, duras al tacto.

Debajo, en su base calcánea, se localizó una nueva tumoración algo mayor adherida dentro de una cavidad, de la cual fue fácil desprender.

Encima ocurrió exactamente lo mismo; desprendiendo del techo del seno otra formación osteocartilaginosa del tamaño de un garbanzo.

### INFORME ANATOMOPATOLÓGICO

En un primer informe los patólogos nos indicaron dos posibilidades:

A. ENCONDROMA

B. CONDROMATOSIS SINOVIAL

Explican así las dos formaciones que han hallado, que si bien son diferentes entre sí, pueden tener una etiología común.

### DISCUSIÓN

La posibilidad del osteoma osteoide fue descartada rápidamente: ni la imagen de la TAC ni la Anatomía Patológica

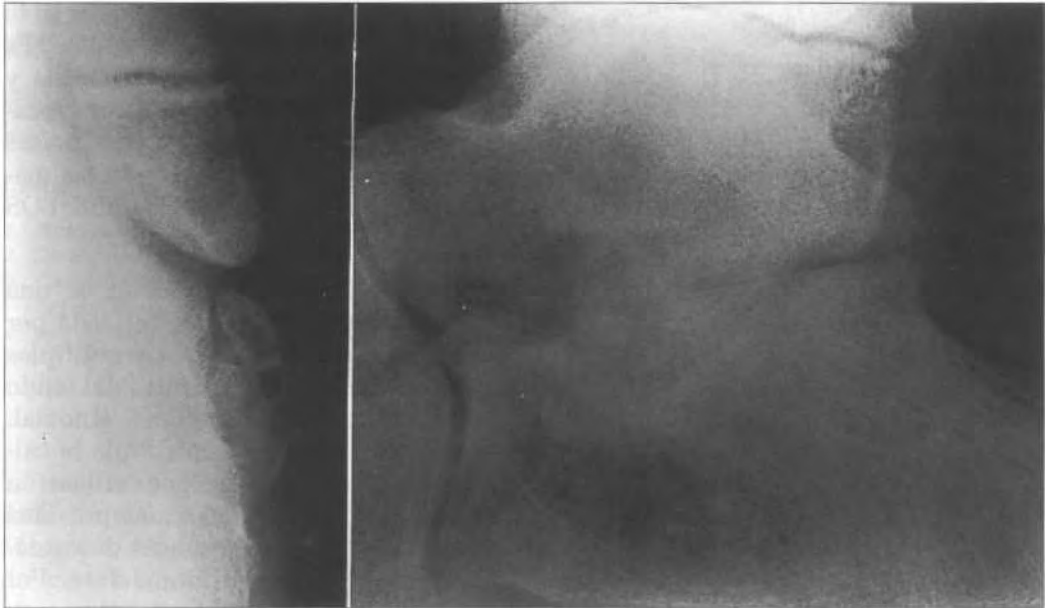


Fig. 1. Rx. Perfil Pie + Frente Tobillo.  
EL SENO DEL TARSO ESTÁ OCUPADO POR PEQUEÑAS MASAS ÓSEAS.

ca dan la imagen de semejante formación benigna puramente ósea. La carencia de tejido osteoide es definitiva.

El concepto sugerido de Formación Exofítica ósea Condral, debe ser interpretado, creemos, dentro de los Osteocondromas, especialmente los pediculados, y éste debe ser descartado por no presentar ninguna de sus características habituales: De localización generalmente metafisaria. No existe reacción osteocondensante en su base.

La Miositis Osificante Postraumática, es por definición de la OMS «Un proceso no neoplásico relacionado a veces con un traumatismo. La lesión puede aparecer sobre la superficie externa de un hueso o desarrollarse en los tejidos blandos a cierta distancia de la superficie perióstica. El tejido patológico se caracteriza por una proliferación de tejido fibroso y por la neoformación de grandes cantidades de hueso. Puede también encontrarse cartílago».

Si bien, esta definición es errónea, en palabras escritas por Schajowicz, porque el músculo no siempre está comprometido y la lesión no es de naturaleza inflamatoria. Se trata de una VERDADERA FORMACIÓN DE HUESO HETEROTÓPICO.

Sus características lo alejan de la lesión que estudiamos. Así vemos que: su localización intramuscular, su aspecto redondeado, ovoide y el ser generalmente única, su localización diafisaria o cerca de las grandes articulaciones, en la vecindad de grandes zonas musculares proclives a los traumatismos, amén de su diferenciación anatomopatológica nos alejan de la descripción de la lesión origen de esta comunicación.

La Sinostosis o Sincondrosis se autolimina a poco que revisemos la embriología del pie. No se halla descrita ninguna SINOSTOSIS EN EL SENO DEL TARSO. Las llamadas Sinostosis

Sincondrosis o coaliciones tarsales ocurren en las articulaciones, y sabido es que el Seno del tarso no: entra en esta definición, y por otro lado, la aparición del Seno del Tarso en el embrión ocurre muy precozmente, al mismo tiempo de la aparición de los cinco radios en la periferia, y en el tarso aparece «talo bien reconocible y separado del calcáneo por un orificio que simula un vasto seno del tarso». Esto ocurre en el estadio de 14 mm y de 43 días. Si las coaliciones se definen como el no desarrollo de la separación de los huesos tarsales, el límite de aparición del seno del Tarso está en este estadio. Ninguna Coalición tarsal alcanza una fase tan precoz de aparición.

Descartados estos tres diagnósticos por sí mismos, debemos evaluar las posibilidades del Encondroma, tumor benigno caracterizado por cartílago maduro pero sin las características histológicas del condrosarcoma, siendo más habitual su localización central, mientras la periférica ha sido denominada «condroma perióstico» o «condroma juxtacortical». Es también un tumor solitario, si bien cuando afecta a varios huesos se le califica como Síndrome de Olier. Es más frecuente en la segunda década y no existe predominio de sexo. Su localización más habitual son los huesos largos, y dentro de ellos los de las manos, SIENDO LOS DE LOS PIES LOS MENOS FRECUENTES.

La Condromatosis Sinovial es una patología infrecuente caracterizada por la formación metaplásica de múltiples nódulos cartilagosos dentro del tejido conectivo de la membrana sinovial. «Conocidos autores aceptan que la calcificación seguida o no por osificación endocondral central no siempre está presente, tratándose entonces de verdaderas «condromatosis sinoviales». Por ser un tumor raro existen ciertas controversias sobre su diagnóstico; para unos como Jaffe y Murphy es esencial

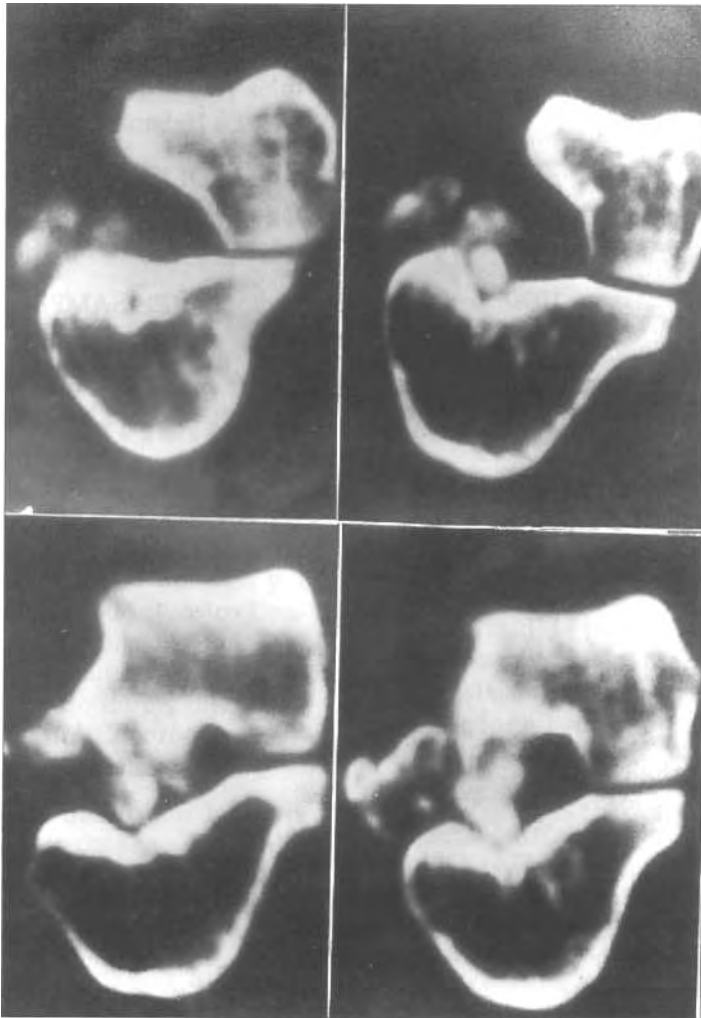


Fig. 2. T. A. C.

*Cuatro cortes sucesivos.*

1. *Parte más anterior del seno. Parece existir un quiste en la parte calcánea de la subastragalina.*
2. *Corte Inmediato. Parece que del seno calcáneo emerge un fragmento de aspecto óseo, cartilaginoso.*
3. *Corte tercero. No indica la participación de la subastragalina posterior, y sobre todo del componente Tálico.*
4. *La enucleación de los fragmentos es una realidad. Parece existir una coalición, que no es real.*

la presencia de cartílago metaplásico intrasinovial, mientras que para Jones, Mussey y Henderson, etc. la presencia de varios nódulos es suficiente para efectuar el diagnóstico aun cuando la membrana no fuese activa en el momento de la extracción de la pieza.

La cuestión más grave que se plantea para el patólogo en este caso, es el poder aceptar que el Seno del tarso sea considerada una articulación. Indudablemente a lo largo de los ligamentos tarsales existe una protección sinovial sumergida en una masa.

## BIBLIOGRAFÍA

1. DUBOIS, J. P. and LEVANE, J. H.: *Anatomie Descriptive Du Pied Humaine*. Ed. Maloine, 1966.

2. DAHLIN, D. C.: *Tumores óseos*, Ed. Toray, Barcelona, 1980.

3. LELIÈVRE, Jean: *Patología del Pie*. Ed. Toray-Masson, 1970.

4. SCHAJOVICZ, Fritz: *Tumores y lesiones seudotumorales de huesos y articulaciones*. Ed. Panamericana, 1980.

5. VALLS, Orlando y MARINELLO, Zoilo: *Tumores y Lesiones Seudotumorales del Esqueleto*. Ed. Científico técnica La Habana, 1979.

6. VOLKOV, M.: *Childhood Osteology. Bone Tumours and Dysplasias*. Ed. Mir Publishers, Moscow, 1972.

7. NÚÑEZ SAMPER, M. y cols.: *Sarcoma sinovial del seno del tarso*, Vol. 10, n° 5, pp. 443-448, Sept.-Octub., 1986.