

Osteocondroma de localización atípica.

Marta Juncal Barrio Velasco*, **Lino Hernández Hernández ****, **Nerea Vega Martínez***, **Pedro Luis Vaca Fernández***

* MIR. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

** LES. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

Correspondencia: Marta Juncal Barrio Velasco. martabarriov@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El osteocondroma es el tumor óseo benigno más frecuente en nuestro medio, el cual se presenta de manera solitaria en la mayoría de los casos. Asientan preferentemente en huesos largos, siendo el fémur en miembro inferior y el húmero en miembro superior los más frecuentemente afectados. Su diagnóstico se realiza con imagen a través de la radiología simple principalmente. En la mayoría de los casos son asintomáticos y no requieren tratamiento. En el caso de síntomas o interferencia en la vida cotidiana estos precisarán de resección tumoral de la lesión

Objetivos: Presentar una lesión tumoral frecuente de características benignas en una localización atípica y cómo diagnosticar y tratar la misma.

Presentación del caso: Se expone el caso de una mujer de 68 que presenta una lesión en la falange distal del 5º dedo de la mano de crecimiento progresivo en los últimos años que actualmente manifiesta limitación funcional.

Discusión: Los osteocondromas son los tumores óseos benignos más frecuentes, sin embargo solamente representan el 1% del total aquellos que asientan en manos y pies. En este tipo de lesiones es importante realizar un correcto diagnóstico diferencial con otras más frecuentes, y llevar a cabo la escisión del mismo en casos sintomáticos, tanto para completar el estudio y descartar malignidad, como para tratamiento definitivo de la lesión incluyendo el curetaje óseo que minimizará el riesgo de recidiva.

PALABRAS CLAVE

Osteocondroma, tumor benigno, mano, tratamiento.

CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN

Los osteocondromas son los tumores óseos benignos más frecuentes, constituyendo entre el 20% y el 50% del total de tumores óseos benignos y en torno al 10% del total de tumores óseos. Este tipo de lesiones se caracterizan por ser lesiones compuestas de hueso tanto cortical como medular las cuales se rodean de un casquete de cartilago hialino. Este tipo de lesiones pueden ser solitarias o múltiples, pudiendo asociarse en este último caso exostosis hereditarias múltiples. [1]

La presentación de este tipo de lesiones tiene lugar en el 62% de los casos en hombres, aunque no hay estudios suficientes en la literatura que indiquen la predilección de estas lesiones por uno u otro sexo. Los osteocondromas suelen presentarse en las dos primeras décadas de la vida; sin embargo, en una serie de casos de la Clínica Mayo se describió que hasta el 49% de las escisiones de este tipo de tumores tenían lugar más allá de la segunda década. [2].

La aparición de este tipo de tumores tiene lugar con más frecuencia en los huesos largos (50%), siendo el miembro inferior la localización más común donde predominan el extremo distal del fémur (30% de los

casos) y proximal de la tibia (20%) como puntos óseos más afectados. A estas dos localizaciones les sigue el húmero (10%). Menos frecuente es su aparición en escápula, pelvis, columna vertebral, costillas, huesos de las manos y los pies. Más rara aún es su aparición en la articulación temporomandibular o tejidos blandos como la grasa de Hoffa. [1,3]

Los osteocondromas se presentan más frecuentemente de manera solitaria, como una tumoración palpable de crecimiento lento que en la mayoría de los casos es asintomática y por lo tanto descubierta de manera incidental. Las complicaciones que pueden desarrollar este tipo de lesiones incluyen las deformidades óseas, las fracturas, la formación de bursas, y la presencia de compromiso vascular y/o neurológico.

La malignización de este tipo de lesiones no es frecuente y se trata de la complicación más grave que se puede presentar. Esta malignización consiste en la transformación del casquete de cartílago hialino que rodea a la lesión hacia un condrosarcoma, siendo esta transformación rara y más susceptible de aparecer en aquellas lesiones asentadas en pelvis, caderas y hombros. [4].

La primera prueba diagnóstica a realizar en este tipo de lesiones es la radiografía convencional, en la cual el osteocondroma se presenta como una protuberancia o un tallo que emerge de la superficie ósea. En los casos de ausencia de mineralización recurriremos a la tomografía axial computarizada (TAC) o a la resonancia magnética nuclear (RMN) para su diagnóstico; además, esta última será de gran utilidad en caso de compromiso vascular. [5]

En casos asintomáticos el tratamiento es conservador, con observación periódica de la lesión. En aquellos que presentan sintomatología y/o afecta a la vida diaria del paciente el tratamiento se corresponde con la resección tumoral del mismo. Dicha resección incluye la escisión completa del casquete de cartílago hialino y la resección del hueso subyacente al mismo para evitar recidivas.

El objetivo de nuestro caso es presentar esta tumoración frecuente pero en una localización atípica, haciendo hincapié en el diagnóstico de la misma y cómo se debe tratar y seguir.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se expone el caso de una mujer de 68 años la cual presentaba lesiones en la cara dorsal de la falange distal del quinto dedo de la mano derecha de

crecimiento lento (1), las cuales en los últimos meses asociaban dolor y limitación funcional en el lugar de asiento de las mismas. Dichas lesiones no habían sido precedidas de traumatismo ni sobreesfuerzo. Tampoco estaba referida la fiebre o pérdida de peso asociada.

Inicialmente en el estudio de la paciente se decidió solicitar una analítica y una radiografía de la mano donde asentaba la lesión. En la analítica se encontraron valores dentro de la normalidad y en la radiografía (2) la lesión era sugerente de tumoración ósea, por lo que se decidió completar el estudio con una RMN.

La RMN describió la lesión como una tumoración heterogénea mal definida, la cual se realizaba tras la administración de contraste pero parecía no depender de la estructura ósea (3). Dentro de los posibles diagnósticos diferenciales compatibles con las imágenes descritas se incluyeron la proliferación osteocondromatosa paraostal, el osteocondroma adquirido, un pseudotumor fibroso y con menor probabilidad se incluía en las posibilidades diagnósticas el osteosarcoma paraóseo.

Tras los resultados de las pruebas realizadas a la paciente se decidió la intervención de la lesión para su escisión y estudio anatomopatológico de la misma. Mediante anestesia loco-regional se extirpó la lesión formada por tres nódulos calcificados unidos entre sí formando un conglomerado, cuyo interior presentaba apariencia trabecular que impresionaba de lesión benigna. Se realizó también curetaje de la zona pedicular de la lesión y se envió una muestra de la tumoración al servicio de anatomía patológica para completar estudio. El informe final anatomopatológico refirió que la muestra enviada era compatible con osteocondroma.

En el momento actual la paciente se encuentra asintomática, sin limitación funcional a dicho nivel y no ha presentado hasta la fecha recidiva de la lesión.

DISCUSIÓN

El osteocondroma es el tumor benigno de cartílago óseo más común. Más del 80% de este tipo de tumores se presentan de forma solitaria y son descubiertos principalmente en la segunda década de la vida. La mayoría permanecen asintomáticos y son diagnosticados de forma incidental. En la mano a pesar de suponer el 20% de los tumores óseos solamente un 1% del total de osteocondromas se ubica a este nivel; de manera que nuestro caso se trata de una localización poco frecuente. [1,2,7]

Este tipo de lesiones son asintomáticas en la mayoría de los casos, y su sintomatología cuando está presente es más frecuente en aquellas localizaciones anatómicas donde el tejido subyacente es menor. En nuestro caso, la localización en la falange distal del 5º dedo implica una zona donde el efecto masa es más notorio, provocando además alteraciones en la funcionalidad en nuestra paciente. Otras complicaciones frecuentes como fracturas asociadas o compromiso nervioso y/o vascular no se encontraron en nuestra paciente. [6,7]

Para el diagnóstico del osteocondroma las pruebas de imagen necesarias incluyen en un primer momento la radiografía convencional, donde la capa de cartílago se puede visualizar como áreas de calcificaciones. Dentro de los métodos de imagen utilizados para completar el estudio de este tipo de lesiones la RMN se considera la mejor técnica para la visualización de las estructuras adyacentes a la lesión y su efecto sobre esta, así como la presencia de signos sugerentes de complicación como puede ser la presencia de edema, indicativo de malignización de la lesión hacia condrosarcoma. [4].

Se desconoce la incidencia exacta de malignización de osteocondroma, especialmente en aquellas lesiones que aparecen de manera solitaria, ya que muchas de ellas permanecen asintomáticas y nunca llegan a identificarse. Según la literatura está incidencia oscila entre el 0,4% y el 2%. [2].

Respecto al tratamiento de elección en lesiones sintomáticas o en aquellas con sospecha de malignidad este será quirúrgico e incluirá la resección completa de la lesión empleando preferentemente escoplo y realizando curetaje de las partes adyacentes al hueso, lo cual además de disminuir la tasa de recidiva de la misma nos permitirá limitar el daño al hueso sano y mantener así la máxima funcionalidad. En casos de grandes defectos óseos tras la técnica se podrán emplear cementos, injertos óseo o materiales osteoinductores para suplir los mismos. [7]

En el momento actual los casos de osteocondromas solitarios situados en mano son descritos en la literatura médica son escasos, siendo estos más frecuentes cuando se asocian a exostosis múltiples.

BIBLIOGRAFIA

1. Murphey MD, Choi JJ, Kransdorf MJ, Flemming DJ, Gannon FH. Imaging of osteochondroma: variants and complications with radiologic-pathologic correlation. *Radiographics* 2000 Sep-Oct; 20(5): 1407-1434.
2. Saglik Y, Altay M, Unai VS, Basari K and Yildiz Y: Manifestations and management of osteochondromas: a retrospective analysis of 382 patients. *Acta Orthop Belg* 72: 748-755, 2006.
3. Alabdullrahman LW, Byerly DW. 2020 Oct 9. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan
4. Cañete M, Fontoira E, Gutiérrez B, Mancheva S. Osteocondroma: diagnóstico radiológico, complicaciones y variantes. *Rev. Chil. Radiol.* 2013; 19 (2): 73-81.
5. Sáez Moreno MA, López-Torres Hidalgo J, González González F. Manejo de lesiones óseas: osteocondroma. *Rev. Clín. Med. Fam* 2017; 10(2):154-157.
6. Suster D, Pung Hung Y, Nielsen G. Differential Diagnosis of Cartilaginous Lesions of Bone. *Arch Pathol Lab Med* 2020; 144(1):71-82.
7. Noval-Font C.M, Márquez-Cañada J.M., Tejerina-Botella C, García-Avellana R, Godoy F, Bedoya-Ramírez W.A. Osteocondroma gigante de falange en paciente pediátrico. *Cir. plást. iberolatinoam.* 2014; 40(4): 437-443.

TABLAS Y FIGURAS



Figura 1. Tumoración 5° dedo mano derecha



Figura 2. Radiografía mano derecha con tumoración señalada

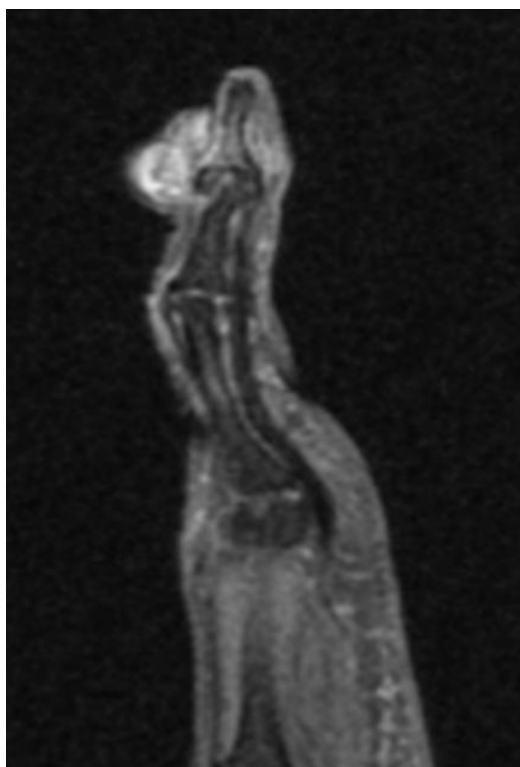


Figura 3. Corte sagital de RNM 5° dedo mano derecha