

## Manejo de lesiones óseas: osteocodroma

Miguel Ángel Sáez Moreno<sup>a</sup>, Jesús López-Torres Hidalgo<sup>b</sup> y Francisca González González<sup>c</sup>.

a Residente de primer año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona VIII. Albacete. España.  
b Médico de Familia. Centro de Salud Zona VIII. Albacete. España.  
c Médico de Familia. Centro de Salud Zona IV. Albacete. España.

Correspondencia: Miguel Ángel Sáez Moreno.  
Correo electrónico: miguelsaezmoreno@gmail.com

Recibido el 29 de diciembre de 2016.  
Aceptado para su publicación el 12 de febrero de 2017.

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



### RESUMEN

Presentamos el caso clínico de un varón de 30 años que presentaba un osteocondroma a nivel del cuello femoral, una localización poco habitual de asentamiento de este tipo de tumores. A pesar de ser un tumor relativamente frecuente, nuestro objetivo es describir las principales características de diferentes lesiones óseas, sean o no de origen tumoral, independientemente de que se descubran de manera casual o a raíz de un síntoma, como el dolor articular en este caso.

**PALABRAS CLAVE:** Osteocondroma. Neoplasias Óseas. Cuello Femoral.

### ABSTRACT

#### Management of bone lesions: osteochondroma

We present the case of a 30-year-old male with an osteochondroma at the femoral neck, an unusual location for this type of tumor. In spite of being a relatively frequent tumor, our objective is to describe the main characteristics of different bone lesions, whether they are tumor-derived or not, regardless of whether they are discovered incidentally or due to a symptom, such as joint pain in this case.

**KEY WORDS:** Osteochondroma. Bone Neoplasms. Femur Neck..

### INTRODUCCIÓN

El osteocondroma es el tumor óseo benigno más frecuente (30 % de los tumores óseos benignos)<sup>1</sup>. Representa hasta un 15 % de los tumores óseos<sup>2</sup> y es hallado en un 1-2 % de la población general<sup>3</sup>. Es un tumor cartilaginoso cuyas localizaciones más habituales son la metáfisis y diáfisis del fémur y la tibia. Este tumor se proyecta hacia el exterior del hueso subyacente, por tanto su diagnóstico no entraña mucha dificultad. La clave diagnóstica es la continuidad de la capa cortical del osteocondroma con la cortical ósea<sup>4</sup>. La capa cartilaginosa es el sitio de crecimiento, que se osifica al final del período de crecimiento con cierre epifisario.

Para su diagnóstico se emplea la radiografía simple, a excepción de los casos de ausencia de mineralización, en los que hay que recurrir a la tomografía axial computerizada (TAC) o a la resonancia magnética nuclear (RMN). Esta última proporciona una excelente demostración del compromiso arterial y venoso, en caso de haberlo. El tratamiento es quirúrgico si el tumor presenta síntomas

### CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 30 años que consultó a su médico de familia por dolor con la deambulación en el miembro inferior derecho a nivel de la articulación coxofemoral, resultando anodina la exploración física. Fue tratado con antiinflamatorios sin objetivarse mejoría clínica. Tras el fracaso terapéutico, se decidió solicitar una radiografía simple de pelvis en la cual se objetivó una lesión excrecente a nivel del cuello femoral izquierdo cuya cortical se continuaba con la cortical femoral normal (Figura 1).

Ante esta lesión el paciente fue derivado a Traumatología, donde se realizó una TAC, apreciándose en la cara medial y posterior del cuello femoral izquierdo, por encima del trocánter menor, una lesión excrescente con una parte proximal más densa y cuya cortical y medular se continuaban con la del hueso, así como una porción distal menos densa, lobulada, con alguna calcificación de aspecto condral. La lesión estaba rodeada en su parte distal por una pequeña cantidad de líquido loculado, en cuyo interior se objetivaron pequeños fragmentos adyacentes de aspecto osteocondral. También se evidenció un marcado engrosamiento de la cortical y un ensanchamiento del cuello femoral. En el espesor del engrosamiento cortical, en su parte más craneal, parecía existir una lesión lítica de aproximadamente 6 mm.

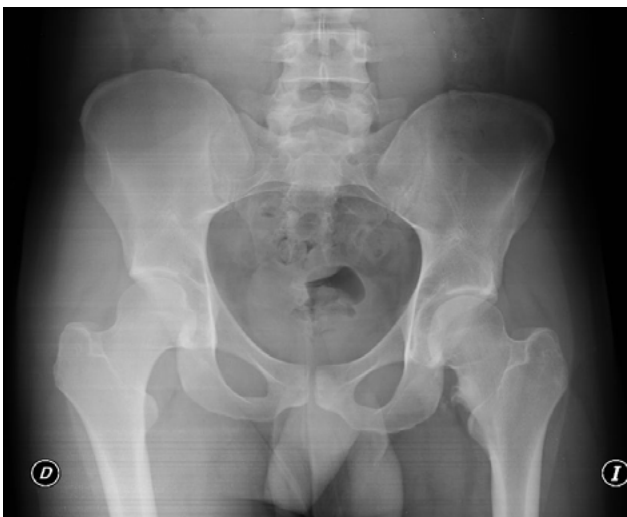
Este comportamiento radiológico planteó dos posibles diagnósticos: que el engrosamiento cortical con la zona radioluciente fuese un osteoma osteoide o que la lesión excrescente fuese un osteocodroma o exostosis sobreañadidos a una pequeña bursa y osteocondromatosis sinovial asociada.

Para confirmar alguna de estas posibilidades y efectuar una valoración más completa, se realizó

una RMN complementaria sin contraste, en la que se apreció únicamente la lesión excrescente descrita, que se continuaba con la cortical y medular del hueso subyacente y en cuyo extremo lobulado se apreciaba una pequeña banda hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 en relación con el capuchón cartilaginoso. Así mismo se describió la bursa que rodeaba a esta lesión con los fragmentos de aspecto osteocondral en su interior.

Por todo ello, se concluyó que la lesión correspondía a un osteocodroma o exostosis con una pequeña bursa y osteocondromatosis sinovial asociada sin evidencia de otras lesiones. A continuación se decidió la exéresis de la lesión. Tras un mes de la intervención quirúrgica, se realizó una radiografía simple de control en la que no se observaron alteraciones (Figura 2).

A los dos años el paciente acudió de nuevo a la consulta de su médico de familia por molestias a dicho nivel. De nuevo se derivó a traumatología donde se le realizó una TAC, identificándose un engrosamiento y esclerosis de la cortical ósea, de superficie lisa y sin signos de recidiva de osteocodroma o líneas de fractura asociadas.



**Figura 1.** Imagen radiológica de osteocodroma localizada en el cuello femoral



**Figura 2.** Imagen radiológica tras la exéresis del osteocodroma en el cuello femoral izquierdo

## DISCUSIÓN

El interés de este caso reside en el necesario diagnóstico diferencial de las lesiones óseas, sean o no de origen tumoral, independientemente de que se descubran de manera casual o a raíz de un síntoma, como el dolor articular en este caso.

Los tumores benignos del hueso pueden aparecer en cualquier localización y pueden ser peligrosos por compresión de tejido sano. Su incidencia depende del tipo de tumor y es más frecuente que aparezcan en edades comprendidas entre 10 y 30 años<sup>2</sup>, siendo el más frecuente el osteocondroma.

En general, ocho tipos de tumores óseos de carácter benigno pueden ser distinguidos en función del tipo de matriz ósea que las células tumorales producen: osteocondroma, osteoma, osteoma osteoide, osteoblastoma, tumor de células gigantes, quiste óseo aneurismático, displasia fibrosa y econdroma. Todos ellos pueden plantear dudas diagnósticas y es esencial conocer sus características principales para tomar decisiones correctas.

El osteoma, tumor de hueso membranoso, es encontrado con más frecuencia en senos paranasales, cráneo y huesos largos. Presenta un borde bien definido, sin irregularidades en la superficie ni lesiones satélites. Sin síntomas es difícil diagnosticar. Se piensa que subyace un mecanismo inflamatorio en su patogenia. El osteoma solitario suele ser inofensivo; sin embargo, múltiples tumores están relacionados con ciertos síndromes, como el síndrome de Gardner<sup>1</sup>.

El osteoma osteoide está compuesto de osteoide y tejido óseo. En la mitad de las ocasiones, aparece en la corteza de la tibia o el peroné. La esclerosis densa, fusiforme y reactiva es característica, así como el cese del dolor con ácido acetilsalicílico. Es frecuente en hombres menores de 40 años.

La displasia fibrosa está formada por lesiones fibrosas en la cavidad medular del hueso. El diagnóstico es más fácil cuando la lesión es multicéntrica. El tejido fibroso está más o menos calcificado. La destrucción completa de la cortical es muy rara. La clave es que puede haber componente cartilaginoso dentro de la lesión (16 % de casos)<sup>5</sup>, incluso sin transformación en condrosarcoma.

El condroma o econdroma (llamado así si se localiza en hueso central) es un tumor cartilaginoso,

a menudo descubierto en RMN realizadas por lesiones traumáticas o degenerativas del hombro o rodilla. Las imágenes de patrón lobular, nódulos separados por grasa y alta señal en T2 son muy típicos. En ausencia de signos de agresividad, no es necesaria la biopsia ni el seguimiento<sup>5</sup>.

La enfermedad de Paget también puede formar parte del diagnóstico diferencial. Suele tener un diagnóstico fácil, con lesiones en el adulto que implican el extremo de los huesos, con la corteza lamelar gruesa y huesos engrosados. En los casos difíciles, la detección de grasa dentro de la lesión en la TAC o RMN es un signo muy útil.

La proliferación osteocondromatosa parostal atípica o enfermedad de Nora es una rara enfermedad de la que solo hay pocos cientos de casos descritos en la literatura. Consiste en un crecimiento exofítico de la superficie cortical que consiste en hueso, cartílago y tejido fibroso. Afecta normalmente a las falanges proximal y distal, en huesos metacarpianos o metatarsianos, siendo las manos cuatro veces más afectadas que los pies<sup>6</sup>. Lo más llamativo es la falta de correlación entre el curso de benignidad o la recaída local, sin enfermedad metastásica, así como la atipia de los tejidos cartilaginosos, óseos y fibroblásticos observados al microscopio<sup>7</sup>.

Conociendo las características principales de las lesiones descritas, es posible detectar y descartar a tiempo un potencial problema a nivel local o sistémico y así enfocar el tratamiento del paciente de la manera más adecuada.

En el caso del osteocondroma, el 85 % de ellos se presentan como lesiones solitarias, mientras que el 15 % son múltiples y son debidas al síndrome conocido como osteocondromatosis múltiple hereditaria<sup>2</sup>.

Este tumor a menudo se presenta de manera asintomática o es revelado en una radiografía simple en caso de dolor o limitación de la movilidad. El osteocondroma del cuello femoral representa una lesión intraarticular, siendo por tanto una lesión atípica<sup>8</sup>, como en el caso descrito. También, aunque más infrecuentemente, se han descrito casos en la región de la cabeza y cuello, la mayoría de ellos en el cóndilo mandibular.

Esta lesión puede producir compresión neurológica (en menos de un 1 % de los osteocondromas)<sup>8</sup>, formación de una bursa, crecimiento anormal o

degeneración maligna, la cual ocurre en menos de un 4% de los osteocondromas tratados quirúrgicamente y hasta en 1 de cada 10 en los casos de lesiones múltiples<sup>3</sup>.

Debido a la localización y morfología de estos tumores, el contacto continuado de un vaso adyacente sobre un pico óseo puede causar una perforación de la pared arterial, siendo la arteria y el nervio poplíteo las estructuras más frecuentemente afectadas<sup>2</sup>. El pseudoaneurisma, la claudicación, la isquemia aguda y la flebitis son las complicaciones vasculares más comunes del osteocondroma<sup>3</sup>.

Aunque es infrecuente, el mayor peligro del osteocondroma es la malignización a un condrosarcoma secundario. Ante un dolor de nueva aparición, un crecimiento de la lesión en un adulto o un engrosamiento no calcificado de la capa cartilaginosa (más de 3 cm) debemos sospechar una lesión malignizada<sup>5</sup>. Durante la adolescencia, debido al crecimiento, la capa puede engrosarse, pero en este caso no es sospechosa. El médico de familia debe vigilar la aparición de estos síntomas para derivar a tiempo al paciente, pero en ausencia de los mismos también debe ser él quien detecte la lesión ósea y derive para tratamiento si procede. Se han descrito casos de regresión espontánea de este tipo de tumor<sup>9</sup>; sin embargo, no es lo habitual.

La resección quirúrgica de los osteocondromas parece estar indicada si hay proximidad de un vaso, si existe riesgo de interferencia con una articulación, si hay fractura del osteocondroma y si hay sospecha de transformación maligna<sup>3</sup>. En caso

de aquellos localizados intraarticularmente, la resección resulta más complicada porque el acceso es más difícil, sobre todo si son posteriores<sup>10</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hakim DN, Pelly T, Kulendran M, Caris JA. Benign tumours of the bone: A review. *J Bone Oncol*. 2015; 4 (2): 37-41.
2. Kitsoulis P, Galani V, Stefanaki K, Paraskevas G, Karatzias G, Agnantis NJ et al. Osteochondromas: review of the clinical, radiological and pathological features. *In Vivo*. 2008; 22 (5): 633-46.
3. Vasseur MA, Fabre O. Vascular complications of osteochondromas. *J Vasc Surg*. 2000; 31 (3): 532-8.
4. Cañete M, Fontoira E, Gutiérrez B, Mancheva S. Osteocondroma: diagnóstico radiológico, complicaciones y variantes. *Rev. Chil. Radiol*. 2013; 19 (2): 73-81.
5. Vanel D, Ruggieri P, Ferrari S, Picci P, Gambarotti M, Staals E et al. The incidental skeletal lesion: ignore or explore? *Cancer Imaging*. 2009; 9 (Special issue A): S38-S43.
6. Gruber G, Giessauf C, Leithner A, Zacherl M, Clar H, Bodo K et al. Bizarre parosteal osteochondromatous proliferation (Nora lesion): a report of 3 cases and a review of the literature. *Can J Surg*. 2008; 51 (6): 486-9.
7. Espinosa A, Barbosa G. Nora's Disease. Atypical Parosteal Osteochondromatous Proliferation. *Rev Colomb Cancerol*. 2011; 15: 155-60.
8. Yu K, Meehan JP, Fritz A, Jamali AA. Osteochondroma of the femoral neck: a rare cause of sciatic nerve compression. *Orthopedics*. 2010; 33 (8). doi: 10.3928/01477447-20100625-26.
9. Hill CE, Boyce L, van der Ploeg ID. Spontaneous resolution of a solitary osteochondroma of the distal femur: a case report and review of the literature. *J Pediatr Orthop B*. 2014; 23 (1): 73-5.
10. Siebenrock KA, Ganz R. Osteochondroma of the femoral neck. *Clin Orthop Relat Res*. 2002; (394): 211-8.