

# Fractura de osteocondroma pediculado

Ezequiel Rombolá, Agustín Marrero, Diego Kallsten

## Resumen

El osteocondroma es un tumor óseo benigno de fácil diagnóstico imagenológico que suele aparecer en adolescentes y adultos jóvenes en forma subclínica. Las presentaciones sintomáticas son menos frecuentes y se asocian a las complicaciones. Se presenta el caso de una fractura traumática de un osteocondroma pediculado humeral con desplazamiento.

**Palabras clave:** Humeral. Tumor. Osteocondroma. Fractura.

## Abstract

### *Fracture of pedunculated osteochondroma*

*The osteochondroma is a benign bone tumor, which can be easily diagnosed by imaging techniques. It usually occurs in adolescents and young adults without clinical manifestation. Symptomatic presentation is less frequent and when it happens is associated to complications.*

*We present a case of a humeral pedunculated osteochondroma with traumatic fracture and displacement.*

**Key words:** Humeral. Tumor. Osteochondroma. Fracture.

## INTRODUCCIÓN

El osteocondroma solitario constituye un tumor óseo benigno relativamente frecuente con crecimiento endocondral en las metáfisis de los huesos largos. Puede presentarse de forma sésil o pediculada y ser único o múltiple <sup>(1-5)</sup>.

El diagnóstico suele realizarse de forma incidental en la radiografía simple. Las complicaciones son poco frecuentes, pero sintomáticas <sup>(6,7)</sup>.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 23 años de edad que consultó por intenso dolor agudo progresivo de 24 horas de evolución en el brazo izquierdo luego de realizar un tackle en un partido de rugby recreacional.

Se le solicitó una radiografía del hombro y del brazo, sin visualizarse lesiones óseas traumáticas en el húmero, aunque sí se observó gran exostosis del tercio superior de la diáfisis, compatible con osteocondroma pediculado. La evaluación detallada del cuello de la lesión evidenció una desalineación en el eje longitudinal, lo que condujo a plantearse el diagnóstico de fractura (Fig. 1, 2, 3).

Se solicitó un estudio de resonancia magnética (RM), el que confirmó el diagnóstico radiológico y mostró el edema de los tejidos blandos, evidenciando el cuadro agudo (Fig. 4, 5, 6).

## DISCUSIÓN

Los osteocondromas son tumores óseos benignos que tienen mayor prevalencia en adolescentes y en adultos jóvenes. La relación hombre - mujer es de 2/1 y representan el 45% de los tumores óseos benignos y el 12% de todos los tumores óseos. Crecen lentamente en la superficie ósea cercana a las metáfisis de los huesos largos. Están formados por médula ósea central y corteza compacta, que se continúan con las del hueso, hallándose a su vez recubiertos por una cápsula de cartílago hialino. La mayoría de ellos son solitarios, con predilección por el fémur, la tibia y el húmero. Con menor frecuencia se los encuentra en forma múltiple, recibiendo en este caso el nombre de osteocondromatosis múltiple congénita, la que se caracteriza por exostosis en varios huesos con una herencia autosómica dominante.

No suelen causar síntomas y constituyen, generalmente, hallazgos radiológicos incidentales. Cuando se hacen sintomáticos es debido a irritación mecánica por compresión de los nervios o de los vasos adyacentes.

Su crecimiento puede ser sésil o pediculado con crecimiento hacia las diáfisis.

La radiografía permite cuantificar y evaluar las lesiones. La tomografía computada (TC) puede demostrar la continuidad de la cortical y la médula ósea de la lesión. La resonancia magnética (RM) posee alta sensibilidad para representar los componentes del osteocondroma, además de demostrar la continui-

**Cuadro 1:** Complicaciones de los osteocondromas.

Osteoarticulares intrínsecas	Osteoarticulares extrínsecas	Vasculares	Nerviosas
Alteraciones del crecimiento del hueso	Bursitis	Desplazamientos	Radiculopatías
Fractura	Tenosinovitis	Estenosis	Neuropatías
Malignización	Lesiones musculares		
	Compresión de órganos		



Fig. 1. Radiografía de frente del húmero izquierdo con exostosis de la epífisis superior.



Fig. 3. Imagen digital magnificada del osteocondroma pediculado con desalineación del eje longitudinal.



Fig. 2. Radiografía de perfil del húmero izquierdo con probable solución de continuidad en el cuello de la exostosis.

dad de la cortical exostósica y de la médula ósea con las del hueso original e identificar el capuchón cartilagenoso.

Las complicaciones más frecuentes se producen por efecto irritativo o mecánico y pueden ser osteoarticulares (intrínsecas o extrínsecas), vasculares o nerviosas (7).

Las fracturas de los osteocondromas no son frecuentes y ocurren en los pediculados, ya sea por traumatismo directo o de forma indirecta por contracción de la musculatura. Es una de las causas de aparición de dolor en la tumoración, junto con la bursitis y la malignización. Estas fracturas suelen consolidar sin complicaciones pero pueden evolucionar a la pseudoartrosis.

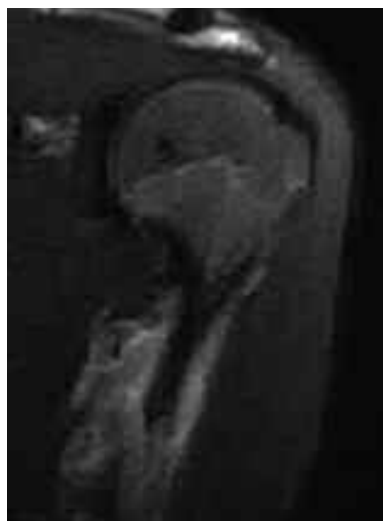


Fig. 4. RM coronal STIR del hombro con edema de los tejidos blandos, en relación con el osteocondroma visualizado en la radiografía.

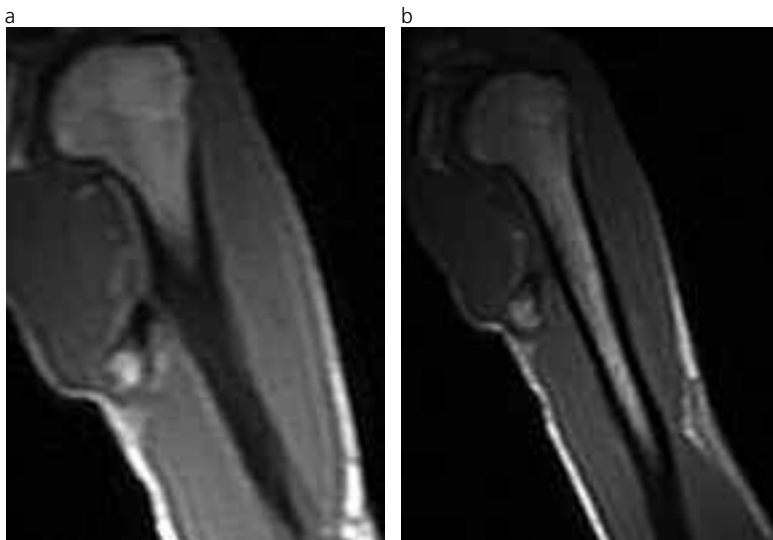


Fig. 6. a) y b): RM coronal T1 SE que evidencia la solución de continuidad del cuello del osteocondroma.

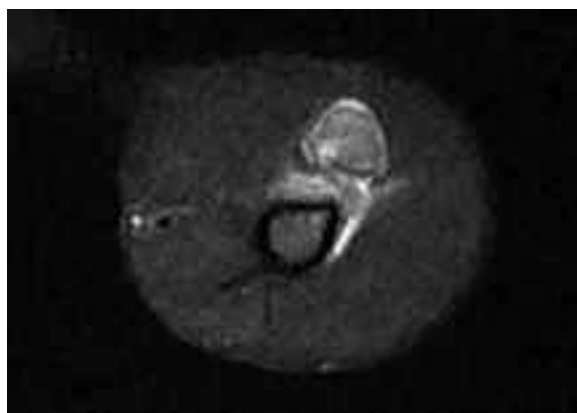


Fig. 5. RM axial STIR del hombro con edema de la médula ósea del osteocondroma.

La malignización representa el 1% de las exostosis solitarias y entre el 1% a 25% de las exostosis múltiples. Ocurre a partir de los 40 años y degeneran a condrosarcoma, siendo más frecuente en las exostosis sésiles.

El tratamiento de los osteocondromas sintomáticos es la extirpación quirúrgica, con una recidiva menor al 2%<sup>(8)</sup>.

## Referencias

1. Mirra JM. Benign cartilaginous exostoses: osteochondroma and osteochondromatosis. In: Mirra JM, editor. Bone tumors: clinical, radiologic, and pathologic correlations. Vol. 2. Philadelphia, Pa: Lea & Febiger; 1989. p. 1626-1659.
2. Firooznia H, Golimbu C, Rafia M, Rauschnig W, Weinreb J, editores. Imágenes por RM y TC del sistema musculoesquelético. Madrid: Mosby Editores; 1993. p. 357-358.
3. Carpintero P, del Fresno J, Carpintero R, Gálvez M, Marín M. Complicaciones de los osteocondromas. Revista Española de Cirugía Osteoarticular 2009;237(44):22-28.
4. Resnick D, Kyriakos M, Greenway GD. Osteochondroma. In: Resnick D, editor. Diagnosis of bone and joint disorders. 3rd ed. Vol 5. Philadelphia, Pa: Saunders; 1995. p. 3725-3746.
5. Stoller DW, Tirman PFJ, Bredella MA. Serie radiológica clínica. Los cien diagnósticos principales en sistema musculoesquelético. Madrid: Elsevier España S.A.; 2004. p. 234-236
6. Ogawa K, Yoshida A, Ui M. Symptomatic osteochondroma of the clavicle. A report of two cases. J. Bone Joint Surg Am 1999;81:404-8.
7. Jalón P, Holguín J, Campero A, González Abbati S, Mezzadri JJ, Carrizo A. Osteochondroma dorsal solitario: una causa inusual de compresión medular. Rev Argent Neuroc 2005;19(2):89-93.
8. Ábalo ED, Ayerza MA, Aponte-Tinao LA, Muscolo DL. Resección artroscópica de osteocondroma en la rodilla. Rev Argent Artrosc 2005;15(1):64.