



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. abril-jun. 1999; 3(1):49-54

PRESENTACIÓN DE CASO

Osteocondroma del cuello del fémur. Presentación de un caso

Osteochondroma of the femur head. A case report

Ramón Suárez Junco¹, Andrés J. Marín Ortega², Mario Mesa Martí³, Armando Vilela Díaz⁴.

¹Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología. Asistente. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico.»León Cuervo Rubio». Pinar del Río.

²Especialista de II Grado en Ortopedia y Traumatología. Asistente. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico.»León Cuervo Rubio». Pinar del Río.

³Especialista de II Grado en Ortopedia y Traumatología. Profesor Auxiliar. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico.»León Cuervo Rubio». Pinar del Río.

⁴Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología. Instructor. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico.»León Cuervo Rubio». Pinar del Río.

RESUMEN

Se presenta la Historia Clínica de una paciente que presenta un dolor en la cadera derecha de 6 años de evolución. La cual es intervenida quirúrgicamente por Cadera en Resorte. La sintomatología se mantiene, por lo que estudiada a profundidad se llega al diagnóstico de un osteocondroma del cuello del fémur. Ante este diagnóstico se realiza revisión de la bibliografía, siendo una enfermedad poco frecuente en cuanto a esta localización anatómica, por lo que hacemos el presente reporte al no encontrar caso similar.

DeCS: OSTEOCONDROMA

ABSTRACT

A medical record of a patient suffering from right hip pain of six years of evolution is presented; patient's surgical intervention was carried out because of a presuntive diagnosis of snapping hip. The persistence of symptoms leads to the diagnosis of osteochondroma of femoral neck. This case is not common due to the anatomical location of the osteochondroma, that's why we decided to perform a bibliography review not founding any other similar case.

DeCS: OSTEOCHONDROMA

INTRODUCCIÓN

El tema de los tumores óseos ha sido desde hace tiempo un típico de gran interés para los ortopedicos. En este trabajo nos referimos a una de las tumoraciones benignas del hueso de más común tratamiento en el servicio de Ortopedia, el Osteocondroma.^{1,2}

A diferencia con las neoplasias verdaderas su crecimiento suele recordar con el crecimiento de paciente y se suele detener cuando se alcanza la madurez esquelética. Gran cantidad de estas lesiones se descubren durante el período de crecimiento acelerado del esqueleto. La mayor parte de estas cursan asintomáticas y se descubren por casualidad, algunos suscitan dolor irritando a los elementos circundante y es raro que se fracturen y los rasgos físicos suelen consistir en el bulto palpable.

Las lesiones consisten en una masa ósea muchas veces pediculares que se forman por osificación endondral progresiva de un casquete cartilaginoso que crece.¹⁻⁵

Es probable que sean malformaciones del desarrollo y no neoplasias verdaderas, hay trastornos en el modelaje del hueso, lo que contribuye al ensanchamiento y acortamiento de los artífices afectados. Por su aspecto radiográfico y microscópico se clasifican en 2 tipos los pediculados y los de base ancha o sésiles. Los tumores pediculares son más comunes y el pedicuro siempre esta orientado en dirección contraria a la placa epifisiaria en la cual se origina la lesión, está cubierta por un casquete cartilaginoso que muchas veces es irregular y no se ve en las radiografías,

en varios casos el diagnóstico no se puede hacer con las radiografías y está indicada la biopsia. Aunque la malignización de un osteocondroma solitario es muy rara, se debe sospechar cuando en un adulto una lesión que antes se mantenía invariable empieza a crecer con rapidez. La malignización suele adoptar la forma de un condrosarcoma.

Los osteocondromas pueden ocurrir en cualquier hueso preformador en cartílago, pero son comunes en la metáfisis de un hueso largo, de la placa epifisaria, viéndose con mayor frecuencia en el fémur distal, tibia proximal y húmero proximal, es muy rara su formación en una articulación.¹⁻⁵

El tratamiento está indicado cuando el tamaño de la lesión es tal que resulta antiestético o produce síntomas por comprimir elementos circundantes. cuando sus rasgos radiográficos sugieren malignidad o cuando se registra su crecimiento acelerado reciente.

Su tratamiento debe ser la escisión, si es posible se debe realizar una resección en bloque, es decir, de una sola pieza del osteocondroma junto con una orla de hueso normal en torno a su base pedicular y toda la bolsa que lo cubre, las recidivas son raras y se plantea son producto a la no extirpación de todo el casquete cartilaginoso.^{1,2}

El hallazgo de una tumoración con localización poco frecuente en los cuellos del fémur y con sintomatología debutante similar a una cadera en resorte la cual fue intervenida quirúrgicamente en 2 ocasiones con dicho diagnóstico, fue la motivación para la realización del presente trabajo con el objetivo de eliminar futuras iatrogenias con esta experiencia.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente A.D.C. con historia clínica # 52204 de 20 años de edad, sexo femenino y raza blanca, con antecedentes de salud anterior, que hace 6 años comenzó a presentar dolor en la cadera a los grandes esfuerzos y crepitación a dicho nivel, concurriendo a la consulta de ortopedia donde se le realizó el diagnóstico de cadera derecha en resorte, indicándose estudio pre-operatorio y se ingresa en el Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico de Pinar del Río donde se interviene quirúrgicamente.

Plantea la paciente que posterior al tratamiento quirúrgico continua con igual sintomatología por lo que concurre nuevamente a su médico, donde se diagnostica una recidiva de la cadera en resorte, indicándose nuevamente su ingreso, siendo reintervenida nuevamente por el mismo diagnóstico el día 12/2/87. se aplica la técnica anteriormente utilizada y el 13/2/87 se egresa la paciente del centro.

Concurre a nuestra consulta 3 meses posteriores a su último tratamiento manifestando continuar con igual sintomatología y aumento del dolor a nivel de la cadera y dificultad relativa para la marcha. En el examen físico se observa las 2 cicatrices quirúrgicas, limitación para la rotación externa y abducción de la cadera, así como contractura de los abductores y dolor a la movilidad de la articulación de la cadera derecha.

Se le indica Rayos X comparativos de ambas caderas donde se observa un ensanchamiento del cuello del fémur derecho y una zona con pérdida de continuidad a nivel del trocánter menor de dicha cadera. Se decide realizar vistas de rotación y axial de la cadera donde se observa una tumoración en la región del cuello y trocánter menor del fémur derecho con desplazamiento posterior.

Complementarios clínicos normales.

Survey óseo normal.

Se discute el caso en el servicio de ortopedia y se ingresa la paciente, realizándose un abordaje posterior de Moore el día 28/5/87 donde se observa una tumoración sésil localizada en la cara posterior del cuello del fémur y trocánter menor, haciéndose la escisión de toda la tumoración como está descrita en esta patología, la cual midió 3.5 cms. de base y 2.5 cms. en su altura mayor, el estudio anatomopatológico correspondió a un osteocondroma del cuello del fémur derecho, se da alta hospitalaria a la paciente el día 30/5/87, sin ninguna complicación en el post operatorio.

Después de 1 mes de intervenida se le realiza Rayos X donde no se observa la tumoración y al examen físico había desaparecido toda la sintomatología. A los 2 meses de evolución se incorpora a su vida laboral activa, pues es vaquera de rodeos, actualmente goza de perfecta salud, sin ninguna sintomatología clínica, ni radiológica.

COMENTARIO DEL CASO

Revisando la bibliografía de diferentes autores, encontramos que esta localización del osteocondroma es poco frecuente y más aun la sintomatología similar a una cadena en resorte, la cual provoca que la paciente haya sido sometida en 2 ocasiones a intervenciones quirúrgicas, las cuales no resolvieron la patología tumoral.⁶

Valdespino Gómez en México, estudio 1,200 casos de tumores en el Hosp. de Ortopedia Magdalena de las Salinas del Instituto Mexicano del Seguro Social, donde el 66.7% son tumores benignos, siendo el más frecuente el osteocondroma, pero ninguno de ellos en el cuello femoral.⁷

Carbalho, también estudia en Bolivia tumores del año 1972 a 1986, en cuyo estudio no localiza ningún tumor en el 1/3 superior del fémur.⁸

Solamente en toda la bibliografía revisada encontramos en un estudio sobre osteocondromatosis múltiple en el curso de una de ellas un osteocondroma en la articulación de la cadera, pero intracapsular, por lo que podemos afirmar que esta presentación es un caso muy poco frecuente, ya que no encontramos reportes al respecto.⁹

Hay que destacar que se debe imponer ante un paciente portador de una cadera en resorte patología a nivel de las caderas, el estudio radiográfico como está establecido y un examen físico exhaustivo para eliminar otra patología que curse con igual sintomatología y evitar una iatrogenia al paciente con el consiguiente riesgo que somete en este tipo de tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carnesale PG, Pitcock JA. Tumores. In Edmonson AS, Cresnhaw AH. Cirugía Ortopédica. Ciudad de la Habana: Editorial Científico-técnica, 1981. pag. 1267-1360.

2. Valls O. Tumores Óseos. Ciudad de la Habana: Editorial Científico-técnica: 1970. Pag 3-8.

3. Fielding JW, Rataan S. Osteocondroma of the cervical Spind. J. Bone Joint Surg. 1983; 55 A: 640-4.
4. Gormley RK. Osteochondromata of the pelvis bones. J. Bone Surg. 1986; 28; 40-5.
5. Hersbey SL, Lansden FT. Osteochondroma as a cause of false popliteal aneurysms: Review of the literature and report of two cases. J. Bone Joint surg. 1992; 54A: 1765-1776.
6. Arnabio P, Oliveira W, Ramos CC. Osteocondroma solitario. Ar Bras Dermatol 1986;61 (5): 251-3.
7. Valdespino V. Cintra E, Figueroa M. Tumores Óseos. Prevalencia Gac. Med. Mex 1994; 126 (4): 235-34.
8. Carbalho D. Tumores y Pseudotumores de hueso. Salud Bolivia, 1987; 5 (1): 51 - 8.
9. Poster G, Allardo J. Wavy pelvis sign in case of multiple hereditary osteochondromatosis. J. Comput Assist Tomogr 1992 ; 16 (1): 126-8.

Recibido: 9 de diciembre de 1995
Aprobado: 1 de febrero de 1999

Dr. Ramón Suárez Junco. Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología.
Asistente. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico. «León Cuervo Rubio» .
Pinar del Río. Carretera Central y Entronque a Carretera de Viñales. Pinar del Río.
Cuba.