

PRESENTACIÓN DE CASOS

Injerto autólogo en el osteocondroma solitario gigante del cuello del húmero

*OSCAR VARAONA, *LUCIANO A. DELLA ROSA, *DANIEL E. VAINERAS, *MARIO SCHNITMAN, *ANTONIO DI PIETRO
y **EDUARDO SANTINI ARAUJO

*Hospital Interzonal "Eva Perón", San Martín, Buenos Aires y **Laboratorio de Patología Osteoarticular

Caso clínico

Un paciente de 20 años consulta en febrero de 2000 por una tumoración del húmero proximal de 6 meses de evolución con diagnóstico de osteocondroma (punción biopsia 21/10/1999).

En los estudios por imágenes se aprecia: Radiografía: tumoración exofítica de 10 x 8 x 5 cm en el cuello hume-

ral (Fig. 1); centellografía con tecnecio 99 hipercaptante, mayor en la periferia; tomografía computarizada: imagen exofítica que compromete los dos tercios de la circunferencia de la diáfisis humeral; resonancia magnética (RM): lesión comprendida por cortical y medular de 8 x 9 x 3 cm (Fig. 2).

Se practica una biopsia incisional, que confirma el diagnóstico previo (Protocolo n° 051.765).

Se realiza la cirugía: exéresis por doble acceso más injerto inlay de dos costillas más injerto corticoesponjoso de cresta ilíaca más osteosíntesis con fijador externo (Fig. 3).

Se envía a anatomía patológica (Protocolo n° 051.861): segmento de 6 cm de longitud correspondiente al húmero, que presenta formación exofítica osteocartilaginosa multilobulada de 10 cm de diámetro mayor. Osteocon-



Figura 1. Radiografía de húmero proximal izquierdo.

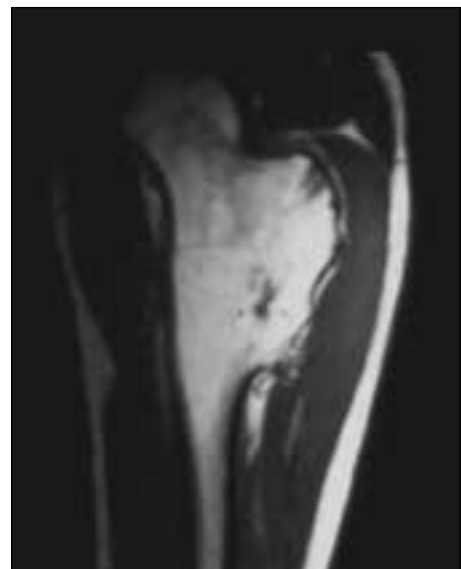


Figura 2. Resonancia magnética (corte frontal).

Recibido el 3-6-2004. Aceptado luego de la evaluación el 22-7-2004.

Correspondencia:

Dr. DANIEL E. VAINERAS
Arcos 1860
(1428) Buenos Aires
Tel.: 4781-5654
dvaineras@intramed.net.ar



Figura 3. Incidencia en la que se aprecia el injerto de esponjosa de cresta ilíaca.



Figura 4. A y B. Radiografías de frente y de perfil. Incorporación de los injertos y consolidación definitiva.

droma (exostosis osteocartilaginosa) de gran tamaño, tipo sésil con importante actividad a nivel de la capa proliferativa condroide y de la interfaz de osificación endcondral (inusual para la edad del paciente). En ciertos sectores puntuales existe marcada bizarría de los elementos celulares, los límites de sección quirúrgica pasan por tejido libre de enfermedad.

Posoperatorio inmediato: neuropraxia del nervio radial, que fue tratada con una ortesis inmovilizadora de muñeca en 10° de flexión dorsal (*cock-up*) y evolucionó favorablemente en forma espontánea.

Consolidada la lesión a los 90 días, se retiró el tutor externo y se colocó una ortesis termoplástica braquial. Al mes se realizó una nueva fijación externa, por fractura del injerto de costillas y se colocó nuevamente un injerto corticoesponjoso de la cresta ilíaca contralateral.

El paciente evolucionó favorablemente hasta la consolidación definitiva (Fig. 4A y B).

Discusión

El osteocondroma solitario, que representa aproximadamente el 20% de los tumores óseos y el 44% de los tumores benignos, tiene una frecuencia de 16% en su localización en el húmero proximal.³

Sus características (asintomático, tamaño pequeño, malignización infrecuente y rareza de recidiva posquirúrgica) obligan a plantear conductas expectantes. La necesidad de cirugía es infrecuente; ésta se indica ante la presencia de bursitis, limitación funcional o compresión de elementos vasculonerviosos.⁵

En caso necesario se practica su resección con márgenes para evitar la recidiva. La resección segmentaria con la utilización de injerto es casi excepcional.¹

Encontramos en la bibliografía publicaciones con la utilización de injertos de peroné² y tibia,⁴ pero no con costillas *inlay*.

Referencias bibliográficas

1. **Enneking WF, Eady JL, Burchardt H.** Autogenous cortical bone grafts in the reconstruction of segmental skeletal defects. *J Bone Joint Surg Am*;62(7):1039-1058;1980.
2. **Gebhart M, Vadoud Seyedi J, Lejeune F.** Giant solitary osteochondroma of the proximal humerus treated by resection and fibular autograft reconstruction. *Acta Orthop Belg*;57(4):447-451;1991.
3. **Schajowicz F.** *Tumores y lesiones pseudotumorales de huesos y articulaciones.* 1ª ed. Buenos Aires: Panamericana; 1991.pp.215-246.
4. **Taminiau AH, Hooning van Duyvenbode JF, Slooff TJ.** Reconstruction of the proximal humerus with tibial autografts after resection of osteochondroma in adolescents. *Clin Orthop*;(201):173-178;1985.
5. **Yamamoto T, Tanaka K, Nagira K, et al.** Intermittent radial nerve palsy caused by a humeral osteochondroma: a case report. *J Shoulder Elbow Surg*;11(1):92-94;2002.