

PRESENTACIÓN DE CASOS

Osteocondroma de acetábulo en un paciente adulto

DANIEL A. BERARDINELLI

Consultorio Médico Privado de Traumatología, San Miguel de Tucumán, Tucumán

Caso clínico

Un paciente de 42 años consulta el 20 de septiembre de 2002 por un dolor leve en la región inguinal y en la parte anterior del muslo derecho. En el examen físico presenta una tumoración de consistencia dura, fija, que despierta dolor leve a la palpación; además, tiene dificultad en la movilidad de la cadera derecha con limitación de la flexión y de la rotación interna.

La tumoración era de crecimiento lento y en los dos últimos años aumentó de tamaño, lo que le produjo la sintomatología actual.

Se solicitan estudios de laboratorio cuyo resultado es normal; radiografía panorámica de pelvis, alar, obturatriz y tomografía computarizada 3D. Estos estudios muestran una tumoración ósea tipo exostósica de base ancha bien delimitada, localizada en el pilar anterior y el techo del acetábulo derecho que se extiende a distal pasando por delante del cuello femoral, de un tamaño aproximado de 7 a 8 cm de largo. No se observa infiltración de planos ni imágenes que sugieran malignidad (Figs. 1 y 2).

Se sospecha, por la expresión clínica y los estudios por imágenes, un osteocondroma solitario grande.

Debido al dolor y la dificultad que produce en la movilidad de la articulación de la cadera se decide realizar la extirpación quirúrgica y el estudio histopatológico, teniendo presentes las siguientes consideraciones.

- Sospecha de tumor benigno.
- Paciente en buen estado clínico, adulto en actividad laboral plena.
- Se indica cirugía por dolor y dificultad en la movilidad de la cadera.

Esto nos condiciona a realizar una cirugía que permita reseca el tumor por una vía de abordaje que no deje se-

cuelas y que la recuperación posoperatoria sea lo más rápida posible, dando una función adecuada a la articulación de la cadera.

El 11 de noviembre se realiza la operación por abordaje anterior entre los músculos sartorio, recto anterior por dentro y tensor de la fascia lata por fuera, teniendo cuidado con el nervio femorocutáneo y el crural. Se llega a la base del tumor con buen plano de clivaje y se decide resecarlo sin dañar el techo ni el pilar anterior del acetábulo. Se deja drenaje espirativo por 48 horas y se comienza con movilización activa (Fig. 3). La pieza operatoria (Fig. 4) se envía a estudio histopatológico. El resultado es osteocondroma.

El paciente recuperó la movilidad completa de la articulación de la cadera, el dolor desapareció y quedó como única complicación una hipoestesia en el territorio del nervio femorocutáneo que se recuperó en el término de seis meses.



Figura 1. Radiografía de frente preoperatoria.



Figura 2. TC 3D.

Recibido el 17-5-2005. Aceptado luego de la evaluación el 1-9-2005.

Correspondencia:

Dr. DANIEL A. BERARDINELLI
Rivadavia 597
(4000) - San Miguel de Tucumán, Tucumán
Tel.: 0381-4300486
consmpp@intramed.net.ar



Figura 3. Control al quinto día posoperatorio.

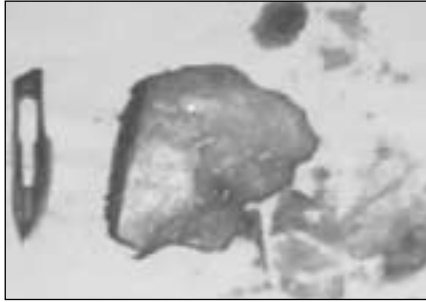


Figura 4. Pieza operatoria.

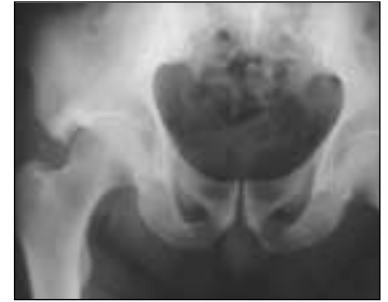


Figura 5. Control a los 20 meses.

La radiografía actual (Fig. 5) no muestra recidivas del tumor, que sería una de las complicaciones posibles.

Discusión

Son raros y hay pocos casos informados en la bibliografía de osteocondromas localizados en la pelvis y el acetábulo que hayan requerido indicación de cirugía.

Cerca del 8% de los tumores óseos benignos se localizan en la cadera y son más frecuentes los condrogénicos que los osteogénicos.

No se ve ninguna razón para realizar sistemáticamente una biopsia en los tumores benignos, ya que el seguimiento clínico y radiológico es suficiente y pueden observarse por tiempo indefinido sin necesidad de operarlos, salvo en raros casos, como en los osteocondromas, que por su evolución presenten complicaciones como dolor y compresión vasculonerviosa, y que dificulten la fusión articular o que sufran cambios que sugieran malignidad.^{3,4}

El osteocondroma es un tumor benigno del tejido óseo esponjoso que se origina en una capa de tejido cartilaginosa. El tumor crece como una excreción ósea a partir de

la capa de cartílago que conserva siempre en su extremo. Suele localizarse en las metafisis fértiles proximales a la rodilla y las que se alejan del codo. Terminan de crecer al cerrarse el cartílago de crecimiento.

Las localizaciones en la pelvis y la escápula son menos frecuentes y tienden a la malignización. Esta situación es más común (15%) cuando son múltiples y es rara en los solitarios. Si se presenta malignización es más frecuente el condrosarcoma, pero se informaron casos de osteosarcoma y de fibrosarcoma. Los cambios que sugieren malignidad son aumento del tamaño y dolor profundo, sobre todo si se presentan en adultos.^{1,5-7}

Se han informado casos de regresión espontánea y casos ubicados en la pelvis que dieron sintomatología de compresión de las raíces nerviosas lumbares.^{2,8}

La importancia de la presentación de este caso se debe a:

- Osteocondroma de localización en el acetábulo (infrecuente).
- Se presenta en un adulto con crecimiento lento.
- Produce trastornos en la movilidad de la articulación de la cadera.
- Su indicación quirúrgica se debió a la clínica.
- No hay casos publicados con estas características.

Referencias bibliográficas

1. Anderson RL Jr, Popowitz L, Li JK. An unusual sarcoma arising in a solitary osteochondroma. *J Bone Joint Surg Am*; 51(6):1199-1204;1969.
2. Copeland RL, Meehan PL, Morrissy RT. Spontaneous regression of osteochondromas. Two case reports. *J Bone Joint Surg Am*;67(6):971-973;1985.
3. Chrisman OD, Goldenberg RR. Untreated solitary osteochondroma. Report of two cases. *J Bone Joint Surg Am*;50(3):508-512;1968.
4. Krieg JC, Buckwalter JA, Peterson KK, et al. Extensive growth of an osteochondroma in a skeletally mature patient. A case report. *J Bone Joint Surg Am*;77(2):269-273;1995.
5. Milgram JW. The origins of osteochondromas and enchondromas. A histopathologic study. *Clin Orthop*;(174):264-284;1983.
6. Nojima T, Yamashiro K, Fujita M, et al. A case of osteosarcoma arising in a solitary osteochondroma. *Acta Orthop Scand*;62(3):290-292;1991.
7. Stelling FH. The hip in heritable conditions of connective tissue. *Clin Orthop*;(90):33-49;1973.
8. Trotter D, Zindrick M, Ibrahim K. An unusual presentation of an osteochondroma. Report of a case. *J Bone Joint Surg Am*; 66(2):299-301;1984.