

Acta Ortopédica Mexicana

Volumen
Volume **18**

Número
Number **4**

Julio-Agosto
July-August **2004**

Artículo:

Encondroma protuberans de mano.
Informe de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Sociedad Mexicana de Ortopedia, AC

Otras secciones de
este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Reporte de caso

Encondroma protuberans de mano. Informe de un caso

Juan Manuel Fernández Vázquez,*,** Javier Camacho Galindo,* Jorge López Curto,*
Carlos S. Juárez Rojas*

American British Cowdray Medical Center, IAP

RESUMEN. El encondroma protuberans es un encondroma exofítico de los huesos largos, este tipo de tumor es poco frecuente, sólo existen 7 casos reportados en la literatura y de éstos, 2 en la mano. Se informa un caso de encondroma protuberans en la falange media del dedo meñique izquierdo tratado con resección marginal, y curetaje de la cavidad intramedular. El diagnóstico se hace mediante el examen clínico, rayos X y resonancia magnética.

Palabras clave: encondroma, tumores, mano.

SUMMARY. Enchondroma protuberans is an exophytic enchondroma of the long bones, is a rare condition. There are 7 reports in the world literature with only 2 hand cases. We report an Enchondroma protuberans of the little finger middle phalanx of the left hand 8th in the literature and 3rd in the hand treated with marginal resection and intramedullary curettage. The diagnosis is based on the clinical assessment, X-rays and magnetic resonance.

Key words: enchondroma, hand, tumors.

Introducción

El encondroma protuberans es un tumor óseo benigno de origen condral, poco frecuente, que difiere del encondroma en que su comportamiento es exofítico de los huesos largos. Se origina a partir de la cavidad medular y crece hacia la cortical, formando una prominencia en la superficie del hueso.¹⁰ Se han reportado 7 casos en la literatura, de los cuales únicamente 2 están localizados en la mano.^{3-5,7,9,10} Se reporta el caso de un encondroma protuberans en la falange media del dedo meñique izquierdo, 8° en la literatura y 3° en la mano.

Caso clínico

Femenino de 42 años de edad quien inició con una protuberancia en el dedo meñique izquierdo de 1 año de evolución, acompañado de dolor ocasional de intensidad

leve a moderada, sin patrón específico y de crecimiento progresivo. A la exploración física se observó aumento de volumen en la superficie dorso-cubital proximal de la falange media, de aproximadamente 10 mm x 9 mm, de consistencia dura, unida a planos profundos, no dolorosa a la palpación, arcos de movilidad de las articulaciones interfalángicas proximal y distal completos, estado neuровascular distal del dedo normal (*Figura 1*). Las radiografías simples anteroposterior y oblicua de mano mostraron una lesión exofítica metafisio-epifisaria proximal en el borde cubital de la falange media del dedo con adelgazamiento de la cortical y una imagen radiolúcida intraósea con pequeñas calcificaciones adyacente a la lesión exofítica en la metáfisis. Los estudios de laboratorio en cifras normales (*Figura 2*).

Se decidió tratamiento quirúrgico y a través de un abordaje longitudinal medio-lateral cubital del dedo, se identificó la tumoración, la cual se resecó, encontrando un defecto intramedular de aproximadamente 5 mm de diámetro al que se realizó curetaje extrayendo tejido blanco nacarado de superficie irregular y consistencia dura, incluido en una cápsula fibrosa (*Figura 3*). Se dejó una férula palmar por 2 semanas y luego se inició con hidroterapia en casa y a las 7 semanas tenía arcos de movimiento completos.

El estudio de patología mostró tejido cartilaginoso compatible con encondroma sin evidencia de malignidad y que corresponde a encondroma protuberans (*Figura 4*).

* Cirujano Ortopedista del American British Cowdray Medical Center, IAP.

** Profesor Titular del Curso de Ortopedia del Centro Médico ABC.

Dirección para correspondencia:

Dr. Juan Manuel Fernández Vázquez FACS. Hospital ABC. Consultorio 205, Sur 136, Col. Las Américas. Del. Álvaro Obregón, México, D. F.. Tels: 5272 2505 y 5272-3182. Fax: 5516-8973
E-mail:fernandezvazquez@yahoo.com



Figura 1. Fotografía clínica de la lesión en el dedo meñique izquierdo.

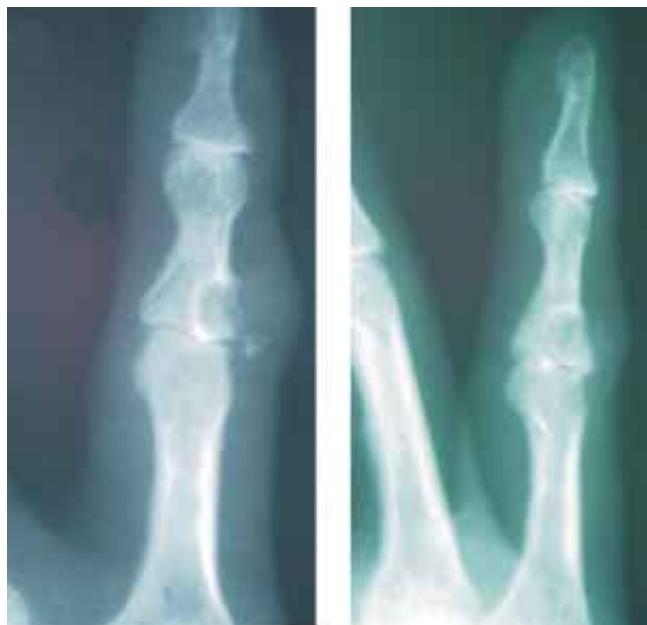


Figura 2. Radiografías simples anteroposterior y oblicua del meñique izquierdo que muestra la lesión en la falange media.



Figura 3. Fotografía de la pieza quirúrgica exofítica.

Discusión

El encondroma es uno de los tumores primarios de hueso más comunes, se presenta entre la segunda y cuarta década de la vida. Se origina a partir de restos de cartílago de la placa fisaria que no se calcificaron normalmente, y que migran con la fisis conforme el hueso crece longitudinalmente, situándose en la metáfisis o en la diáfisis. Los encondromas tienen varias formas radiográficas de presentación que fueron clasificadas por Takigawa⁶ en: central (el más común 58%), excéntrico (19%), combinado (21%), policéntrico (11%) y gigante (3%) (*Figura 5*). El encondroma protuberans es otra variante de presentación del encondroma que bien podría entrar como un nuevo tipo en esta clasificación.

De los 7 casos reportados con este tipo de encondroma, 3 fueron en húmero,^{3,4} 2 en costillas^{7,9} y 2 en mano, 1 en un metacarpiano⁵ y otro en la falange media.¹⁰

El diagnóstico diferencial debe hacerse con el osteocondroma periosteal y el condrosarcoma.^{1,10} El tratamiento es la resección en bloque del tumor, no se recomienda la biopsia en ninguno de los casos.^{1,5} Se recomienda el curetaje del defecto intramedular que puede dejarse sin llenar¹ y se ha reportado el llenado de la cavidad con tejido óseo,⁶ cemento de hueso,^{2,8} cemento con fosfato de calcio^{5,7,10} o proteína morfogenética,¹¹ todos con un porcentaje bajo de recidivas.

El encondroma protuberans es una lesión benigna, el diagnóstico debe realizarse en base a la historia clínica y al comportamiento radiológico no agresivo de la lesión. La resonancia magnética descarta otro tipo de neoplasias posibles y confirma el diagnóstico de encondroma protuberans. Recomendamos la resección en bloque y el curetaje de la cavidad intramedular.

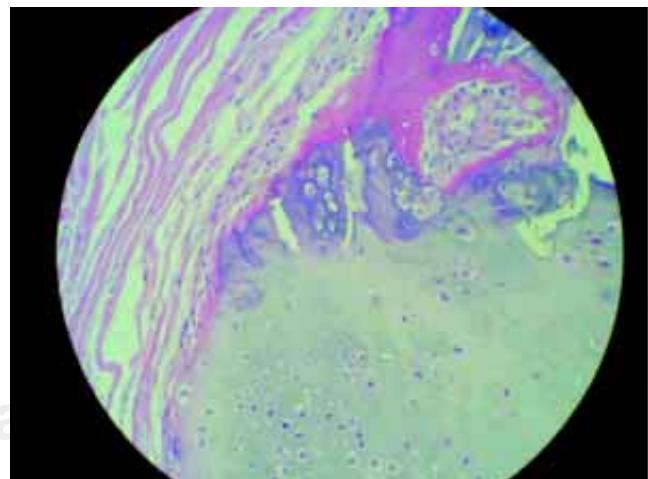


Figura 4. Microfotografía del encondroma protuberans. Tinción hematoxilina-eosina que muestra tejido condral normal limitado por tejido óseo.

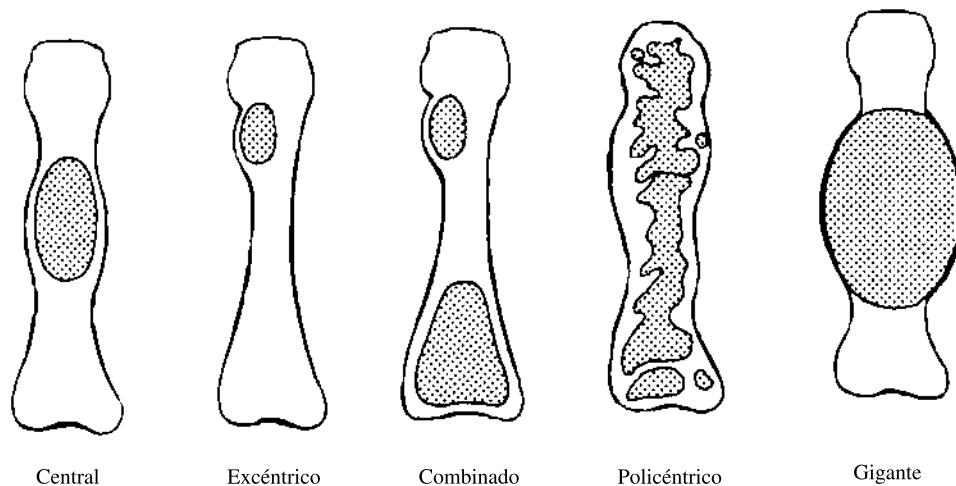


Figura 5. Clasificación de Takigawa.

Bibliografía

1. Bauer HC, Brosjo O, Kreicbergs A, Lindholm J: Low risk of recurrent enchondroma and low-grade chondrosarcoma in extremities. 80 patients followed for 2-25 years. *Acta Orthop Scand* 1995; 66(3): 283-8.
2. Bickels J, Witing JC, Kollender Y, Kellar-Graney K, Mansours KL, Meller I, Mallawer MM: Enchondromas of the hand: Treatment with curettage and cemented internal fixation. *J Hand Surg (Am)* 2002; 27(5): 870-75.
3. Caballes RL: Enchondroma protuberans masquerading as osteochondroma. *Hum Pathol* 1982; 13(8): 734-739.
4. Crim JR, Mirra JM: Enchondroma protuberans. Report of a case and its distinction from chondrosarcoma and osteochondroma adjacent to a enchondroma. *Skeletal Radiol* 1990; 19(6): 431-434.
5. Dagum AB, Sampson SP: Enchondroma protuberans: a case report. *J Hand Surg* 1998; 23(2): 338-341.
6. Glicenstein J, Ohana J, Leclercq C: Chondromas. Tumours of the hand, primera edición. Springer-Verlag. Berlin. 1988: 163-166.
7. Isogami K, Suda H, Ohta T, Matsuura K, Sakuma H: A case of enchondroma protuberans with destroying the rib bone. *J Radiol* 1992; 45(10): 907-909.
8. Joosten U, Joist A, Frebel T, Walter M, Langer M: The use of an *in situ* curing hydroxyapatite cement as an alternative to bone graft following removal of enchondroma of the hand. *J Hand Surg* 2000; 25(3): 288-291.
9. Keating RB, Wright PW, Staple TW: Enchondroma protuberans of the rib. *Skeletal Radiol* 1985; 13(1): 55-58.
10. Kita K, Masada K, Yasuda M, Takeuchi E: Enchondroma protuberans of the phalanx: A case report. *J Hand Surg (Am)* 2003; 28(6): 1052-54.
11. Urist Mr, Kovacs S, Yates KA: Regeneration of an enchondroma defect under the influence of an implant of human bone morphogenetic protein. *J Hand Surg (Am)* 1986;11(3): 417-9.