

PRESENTACIÓN DE CASOS

Encondroma solitario de fémur

Femoral solitary enchondroma

Juan Pablo Restrepo¹, María del Pilar Molina²

Resumen

El encondroma solitario es un tumor cartilaginoso de naturaleza benigna, habitualmente asintomático, que se presenta entre la tercera y cuarta década de la vida. Se reporta a continuación un caso de una mujer de 60 años con encondroma solitario en fémur izquierdo, confirmando su diagnóstico mediante una resonancia nuclear magnética.

Palabras clave: encondroma, fémur, tumores óseos, RNM.

Summary

Solitary enchondroma is a benign cartilaginous tumor, usually asymptomatic, presents between the 3 and 4 decade. We report a 60 years old woman with solitary enchondroma in left femur, confirming the diagnosis with magnetic resonance imaging.

Key words: enchondroma, femur, bone tumors, MRI.

Reporte de caso

Mujer de 60 años quien se encuentra en tratamiento para artritis reumatoide y durante se evolución se tomó radiografía de rodillas (Figura 1), debido a que se quejaba de gonartralgia izquierda de características mecánicas. Valorada inicialmente por ortopedista quien ordena inicialmente TAC y posteriormente RNM. Durante su evolución ha permanecido asintomática de la lesión sin mostrar crecimiento o signos radiológicos de transformación maligna.

Discusión

El encondroma es un tumor solitario cartilaginoso usualmente asintomático que representa el 3% al 10% de todos los tumores óseos.

Ubicado intramedularmente principalmente en los huesos pequeños de la mano y del pie;

otras ubicaciones son hombro, pelvis y huesos largos. No tiene predilección por género y rara vez tiene transformación maligna.

Es un tumor óseo benigno compuesto de lóbulos de cartilago hialino¹. Se cree que se origina de restos de cartilago que quedan atrapados en la metafisis del hueso en crecimiento², el encondroma solitario representa la segunda lesión condroide benigna seguida del osteocondroma, ocurriendo en el 3% al 17% de los casos de tumores óseos primarios.

El encondroma se presenta entre la tercera y cuarta década de la vida, y ocasionalmente da síntomas como fractura patológica y edema doloroso de un dedo.

La localización más común es los huesos de la mano en un 40% a 60%; las falanges proximales en la mitad de los casos, aunque puede afectar

1 Internista- Reumatólogo. Profesor de la Universidad del Quindío.

2 Médica y cirujana. Universidad Libre.

Recibido: Agosto 26 de 2009

Aceptado: Septiembre 18 de 2009



Figura 1. En la rx simple se observó calcificaciones granulares en el interior del fémur con levantamiento del periostio. En la TAC se observó unas imágenes hiperdensas en el interior de la matriz condroide que se comunicaba hasta la cortical y la RNM mostró varias lesiones endósticas de bordes circunscritos en la región metafisiaria del fémur distal.

los metacarpianos y las falanges medias en orden descendente. Las falanges distales rara vez se ven comprometidas. La siguiente ubicación en orden de frecuencia son los huesos tubulares en un

25%³, siendo el fémur el lugar más frecuente seguido del húmero y la tibia. Esta neoplasia se ubica en huesos tubulares de manera central en el 57% de los casos y en el resto excéntricamente⁴.

En las radiografías de huesos largos se encuentra una lesión menor de 6 cm típicamente, pero un tamaño mayor puede ser visto⁵. En el 95% de los casos se observan calcificaciones usualmente lobulares. La TAC es la técnica de elección en caso de lesiones no mineralizadas que infiltren el canal medular sin levantamiento del hueso adyacente, las cuales pueden no ser vistas en la radiografía convencional. La RNM sirve para valorar la extensión en la médula ósea. En T2 puede observarse un aumento de señal debido al alto contenido de agua del cartílago hialino en un 75% a 80%. En T1 la lesión muestra una intensidad de señal igual al músculo esquelético.

Aunque no es necesaria la biopsia para su diagnóstico, la lesión macroscópicamente es azul grisácea con fragmentos amarillos que representan la matriz mineralizada. Microscópicamente se observan lóbulos de cartílago hialino separados por septos finos fibrovasculares.

La complicación más temida del encondroma solitario es la transformación sarcomatosa que ocurre en el 2% a 3% de los casos de afección de huesos largos, pero el riesgo se incrementa al 5% en el caso de lesiones de más de 8 cm de tama-

ño⁶ y se sospecha cuando hay edema medular rodeando la lesión, crecimiento del mismo en la edad adulta o presencia de dolor⁷.

El tratamiento quirúrgico usualmente no es necesario, la técnica con menor número de recaídas es el curetaje y posterior injerto óseo.

Referencias

1. Jaffe H, Lichtenstein L. Solitary benign enchondroma of bone. *Arch Surg* 1943;46:480-493.
2. Flemming D, Murphey M. Enchondroma and chondrosarcoma. *Semin Musc* 2000;4:59-71.
3. Resnick D, Kyriakos M, Greenway D. Tumor and tumor-like lesions. Imaging and pathology of specific lesions. In Resnick D, *Diagnosis of bone and joint disorders*, 3 Ed. Philadelphia: WB Saunders; 1995: 3628-3928.
4. Krandorf M, Peterson J, Bancroft L. MR Imaging of the knee: incidental osseous lesions. *Magn Reson Imaging Clinics* 2007;15:13-24.
5. Murphey M, Flemming D, Bovea S et al. From the archives of the AFIP. Enchondroma versus chondrosarcoma in the appendicular skeleton: differentiating features. *Radiographics* 1998;18:1213-1237.
6. Brien E, Mirra J, Kerr R. Benign and malignant cartilage tumor of bone and joint. Their anatomic and theoretical basis with an emphasis on radiology, pathology, and clinical biology. *The intramedullary tumors. Skeletal Radiol* 1997;26:325-353.
7. Spouge A, Bell R. Magnetic resonance imaging of bone tumours and mimics: pictorial essay. *Can Assoc Radiol J* 2003;54:221-233.