

Encondroma osificado en fémur. Una localización atípica. A propósito de un caso

Blanca Sánchez Galindo^a, Francisco José Sánchez Galindo^b y Lamberto Landete Martín^a

^aCentro de Salud Zona VIII. Albacete (España)

^bCentro de Salud Abanilla. Murcia (España)

Correspondencia:

Blanca Sánchez Galindo. C/ Graduados, s/n. 02006 Albacete (España).

Correo electrónico:

bsgalindo@sescam.jccm.es

Recibido el 14 de enero del 2022.
Aceptado para su publicación el 19 de julio de 2022

RESUMEN

Presentamos el caso de un hombre de 61 años en el que se halló de forma incidental un encondroma a nivel proximal de fémur. Tras seguimiento, se observó la estabilidad de la lesión. El encondroma es un tumor de origen cartilaginoso benigno. Se localiza principalmente en las falanges de las manos y los pies, aunque puede observarse en húmero o fémur. Por lo general, es una lesión asintomática y se halla de manera incidental. En las radiografías suelen verse lesiones redondeadas bien definidas con radiolucidez central. Se recomienda el seguimiento con radiografías seriadas para comprobar la progresión o estabilidad de la lesión y hacer su diagnóstico diferencial con el condrosarcoma.

Palabras clave: encondroma, tumor, benigno.

OSSIFIED ENCHONDROMA IN FEMUR. AN ATYPICAL LOCATION. CASE STUDY

ABSTRACT

We report the case of a 61-year-old man in whom an enchondroma was incidentally detected at the proximal level of the femur. After follow-up the lesion was stable. Enchondroma is a benign cartilaginous tumor. It is located mainly in the phalanges of the hands and feet, although it can be seen in the humerus or femur. It is usually an asymptomatic lesion, found incidentally. On x-rays, well-defined round lesions with central radiolucency are usually observed. Follow-up with serial x-rays is recommended to verify the lesion's course or stability and make its differential diagnosis with chondrosarcoma.

Keywords: Benign, Enchondroma, Tumor.

INTRODUCCIÓN

Los encondromas son tumores benignos relativamente frecuentes que se localizan preferentemente en las falanges de las manos y de los pies, siendo muy rara su localización en el fémur proximal¹. Es una lesión asintomática, que se suele hallar de forma incidental en personas de 20-40 años, sin presentar predilección por el sexo². Se considera que un 2% de la población tiene este tipo de tumoración en el canal medular de sus huesos largos³.

Suelen ser lesiones únicas, pero en caso de hallarse múltiples encondromas se debe hacer diagnóstico diferencial con la enfermedad de Ollier o el síndrome de Maffucci⁴.

En las radiografías, los encondromas se observan como lesiones redondeadas bien definidas con radiolucidez central, pudiendo observarse fracturas patológicas cuando la expansión es importante⁵. Con los años estas lesiones se pueden calcificar y osificar, por lo que en pacientes mayores pueden ser radiodensas³.



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

En los tumores cartilagosos no se ha observado ninguna relación entre los síntomas clínicos y la naturaleza benigna o maligna de la lesión⁶. Se debe hacer el diagnóstico diferencial del encondroma con el condrosarcoma periostal, el tumor de células gigantes, el infarto medular y el condrosarcoma de bajo grado⁷.

Para diagnosticar estas lesiones y comprobar si se mantienen estables o progresan, se recomienda comparar con radiografías anteriores o hacer radiografías seriadas para comprobar su evolución⁵.

CASO CLÍNICO

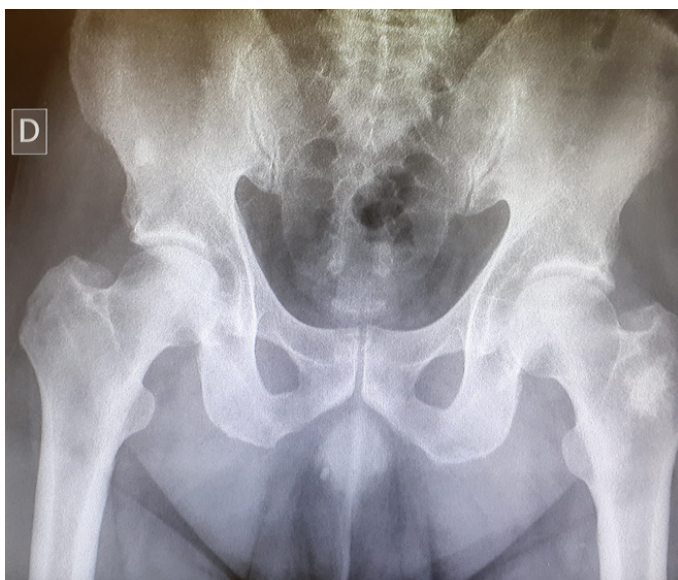
Presentamos el caso de un hombre de 61 años, de raza blanca, que consultó a su médico de familia por dolor inguinal izquierdo de 1 mes de evolución que aumentaba con la deambulacion. Se trata de un paciente fumador de 5 cigarrillos al día que, como antecedentes de interés, presenta hipertensión arterial y sobrepeso, y que tuvo un ictus hace 30 años sin secuelas.

En la exploración física, el paciente presentaba dolor a la palpación del trocánter femoral izquierdo y con las maniobras de abducción de cadera.

Inicialmente se solicitó una radiografía de ambas caderas, observándose una lesión radiodensa de 3 cm de longitud en la región proximal del fémur izquierdo de bordes nítidos, que respeta la cortical (**figura 1**). Posteriormente, se solicitó una tomografía computarizada (TC) de cadera en la que se observó una lesión ósea de bordes geográficos situada en la región intertrocanterea femoral izquierda de 4,2 x 2,2 cm, pero no se pudo precisar si se trataba de un encondroma o de otro tipo de lesión, por lo que se recomendó el seguimiento de la lesión mediante radiografías seriadas para descartar la naturaleza agresiva de la lesión.

Se hizo una segunda radiografía a los 9 meses y no se observaron cambios respecto a la previa. Por lo tanto, ante la estabilidad de la lesión, se diagnosticó de encondroma osificado.

Figura 1. Lesión radiodensa en fémur proximal izquierdo



DISCUSIÓN

El fémur proximal es una localización frecuente de lesiones tumorales y pseudotumorales. Los encondromas, a pesar de ser tumores benignos relativamente comunes, se localizan muy raramente en fémur proximal, como en nuestro caso¹.

El encondroma representa el 10% de todos los tumores óseos benignos y es el segundo en frecuencia después del osteocondroma. Se estima que puede estar hasta en el 2% de la población³. Es una lesión asintomática que suele hallarse de forma incidental, como en nuestro caso. Se localiza típicamente en las falanges de las manos y los pies, aunque también puede aparecer en fémur, húmero, metacarpianos y costillas. La edad de aparición suele ser de 20 a 40 años, sin predilección por el sexo².

Por lo general, son lesiones únicas, como es el caso de nuestro paciente, pero si son múltiples, se debe plantear el diagnóstico diferencial con la enfermedad de Ollier, la cual no presenta riesgo de degeneración maligna. En caso de asociarse a hemangiomas de partes blandas, habría que pensar en la enfermedad de Maffucci, que presenta riesgo de degeneración maligna⁴.

En las radiografías se observan lesiones redondeadas bien definidas con radiolucidez central, en ocasiones presentan contorno lobulado, calcificaciones puntiformes, adelgazamiento de la cortical o fracturas patológicas⁵. A medida que pasan los años, la lesión condroide se calcifica y se osifica, como podemos observar en la radiografía de nuestro paciente. Los encondromas pueden presentar una moderada erosión de la superficie endostal de la cortical, pero no se observa destrucción ni ensanchamiento de esta³.

Los síntomas clínicos son útiles en la evaluación de los pacientes con tumores cartilagosos. Sin embargo, en el estudio llevado a cabo por Geirnaerdt et al.⁶ no se encontró ninguna correlación estadísticamente significativa entre los síntomas clínicos y la naturaleza benigna o maligna del tumor, presentando dolor un 37% de los pacientes con encondroma frente al 58% de pacientes con condrosarcoma de bajo grado. En nuestro caso, el paciente no refirió dolor en la zona de aparición de la lesión.

El diagnóstico de los tumores óseos incluye la valoración clínica, epidemiológica, radiológica y de la anatomía patológica, siendo la biopsia la que define la naturaleza de la lesión⁸. Respecto a las técnicas de imagen, las radiografías simples orientan el diagnóstico, mientras que la TC y la resonancia magnética (RM) ayudan a excluir una lesión maligna⁹.

El diagnóstico diferencial del encondroma se debe hacer con: a) el condrosarcoma periostal, localizado en tronco y zonas proximales de huesos largos; b) el tumor de células gigantes, que suele ser multicéntrico, epifisario y con tendencia a la recidiva; c) el infarto medular, con un mayor número de calcificaciones dispuestas de forma anular y un ribete esclerótico; el quiste óseo aneurismático, típico de huesos trabeculares largos, y c) el condrosarcoma de bajo grado. En este último caso, la biopsia no permite diferenciar ambas entidades. Por ello, en este caso son de especial relevancia los criterios clínico-radiológicos para establecer el diagnóstico diferencial⁷. La localización en esqueleto axial y el tamaño mayor de 5 cm son predictores de condrosarcoma de bajo grado⁶.

Los encondromas no necesitan tratamiento quirúrgico si no presentan datos de malignidad y son asintomáticos, por lo que le planteamos a nuestro paciente hacer radiografías seriadas para comprobar la estabilidad de la lesión. Aproximadamente, el 4% de los encondromas solitarios se transforman en condrosarcoma secundario, siendo necesario su seguimiento¹⁰. Es de gran utilidad disponer de radiografías anteriores para poder comparar o hacer radiografías seriadas cada 3 meses para comprobar si la lesión progresa o se mantiene estable³.

En nuestro caso, al encontrarse el paciente asintomático, y dado que las características radiográficas de la lesión no se asociaban con malignidad, se decidió el manejo expectante y el control de la lesión desde Atención Primaria, haciendo radiografías seriadas y comprobando la benignidad de la lesión, no siendo necesario el tratamiento quirúrgico.

Como conclusión, el encondroma es una tumoración relativamente frecuente que suele ser radiolúcida, aunque en algunos pacientes puede osificarse. Es importante tener presente en la consulta de Atención Primaria el comparar radiografías de estos pacientes para determinar la benignidad de la lesión.

AGRADECIMIENTOS

Se obtuvo el consentimiento escrito del paciente para la publicación del manuscrito.

BIBLIOGRAFÍA

1. Miranda I, Collado A, Gutiérrez M. Encondroma en fémur proximal, una localización poco frecuente. Necesidad de pedir pruebas complementarias ante una fractura patológica de cadera sobre una lesión de apariencia benigna. *Rev Esp Cir Osteoartic.* 2019;279(54):93-8.
2. Babiano MA. Encondroma. *Aten Primaria.* 2019;51(7):456-7.
3. Santini E. Los diagnósticos diferenciales de alto riesgo en ortopedia oncológica. *Rev Asoc Arg Ortop y Traumatol.* 2002;67(1):52-60.
4. Davies AM, Shah A, Shah R, Patel A, James SL, Botchu R. Are the tubular bones of the hand really the commonest site for an enchondroma? *Clin Radiol.* 2020;75:533-7.
5. Calero I, Vicente JA, Soliva D, Torrecillas F. ¿Otro tofo gotoso? Las múltiples caras del encondroma. *Reumatol Clin.* 2018;14(4):239-41.
6. Geirnaerd MJA, Hermans J, Bloem JL, Kroon HM, Pope TL, Taminiu AHM, et al. Usefulness of radiography in differentiating enchondroma from central grade I chondrosarcoma. *AJR.* 1997;169:1097-104.
7. Gutiérrez P, Sastre S, De Anta B. Encondroma solitario en falange distal del cuarto dedo de la mano. Nueva modalidad de tratamiento. A propósito de un caso. *Rev S And Traum y Ort.* 2002;22(2):217-21.
8. Ferrer EM, Ortiz EJ, González JM, Fernández E. Encondroma versus condrosarcoma de bajo grado en el esqueleto apendicular. Criterios clínico-radiológicos. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol.* 2010;54(4):220-6.
9. Leal F, Nellenstejin JM, Frada R, Teixeira J, Queirós C, Padin M, et al. Arthroscopic treatment form femoral neck enchondroma: case report. *J hip preserv surg.* 2015;2(4):428-30.
10. Deckers C, Schreuder BHW, Hannink G, De Roy JWJ, Van Der Geest CM. Radiologic follow-up of untreated enchondroma and atypical cartilaginous tumors in long bones. *J Surg Oncol.* 2016;114:987-91.