

Osteomielitis crónica y osteocondroma incidental

Chronic osteomyelitis and incidental osteochondroma

Rebeca Mancilla-Pérez⁽¹⁾, Indira Gálvez⁽¹⁾, Iram Alfaro-Ramírez⁽¹⁾.

1. Departamento de Pediatría, Hospital Nacional de Escuintla, Guatemala.

Autor correspondiente: Rebeca Mancilla-Pérez, rebkmancilla13@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.36109/rmg.v161i2.468>

Recibido: 12 de Enero 2022 **Aceptado:** 27 de Marzo 2022

Resumen

El osteocondroma es un tumor benigno formador de cartílago, comúnmente es diagnosticado como hallazgo incidental, ya que no causa dolor. Presentamos el caso de una paciente de 12 años con fractura de fémur secundaria a osteomielitis crónica y hallazgo incidental de osteocondroma epifisiario en fémur.

Palabras clave: Osteocondroma, fractura de fémur, pediatría, Escuintla.

Abstract

Osteochondroma is a benign cartilage-forming tumor, commonly diagnosed as incidental findings, since it does not cause pain. We present the case of a 12-year-old patient with a fracture secondary to chronic osteomyelitis and an incidental finding of epiphyseal osteochondroma in the femur.

Keywords: Osteochondroma, femur fracture, pediatrics, Escuintla.

Introducción

El osteocondroma puede presentarse como lesión solitaria o múltiple hereditario, es el tumor óseo benigno más frecuente, se presenta principalmente en las primeras 2 décadas de la vida y en sexo masculino [1,2]. La mayoría de los osteocondromas son lesiones solitarias y de aparición en los huesos largos del miembro inferior. La mayoría son lesiones asintomáticas y descubiertas incidentalmente; cuando presenta síntomas, el más común es el desarrollo de una lesión de lento crecimiento.

Presentación de caso

Paciente de 12 años de edad quien fue llevada a emergencia por sus familiares, por presentar dolor a nivel de la región distal del muslo izquierdo, el cual dificultaba la marcha. Los síntomas habían iniciado 30 minutos después de una caída de su propia altura. Entre los antecedentes de importancia, la paciente había estado hospitalizada 2 meses previos por osteomielitis en fémur izquierdo, secundaria a celulitis, la cual había sido tratada con vancomicina por 17 días. Al momento del ingreso paciente con estado nutricional normal por índice de masa corporal para la edad.

A la exploración física se detectó aumento del diámetro en la región distal del fémur izquierdo. En las radiografías de miembro inferior izquierdo se observó una fractura oblicua del tercio distal del fémur izquierdo. Los estudios analíticos de ingreso mostraron los siguientes resultados: Recuento leucocitario $10.10 \times 10^3/\text{mm}^3$, plaquetas $495 \times 10^3/\text{mm}^3$, hemoglobina 10.9 gr/dl, hematocrito 35.2%, fosfatasa alcalina 245* uL.

Posterior al diagnóstico, la paciente fue intervenida de forma quirúrgica y fueron colocados tutores externos en miembro inferior izquierdo, se inició tratamiento con ceftriaxona por 10 días 1 gr IV cada 12 horas y analgésicos. Pese a uso de analgésicos paciente se queja de dolor constantemente. Fueron observadas nuevamente las radiografías de miembro inferior y se encontró una masa a 2cm de la fractura (Fig. 1) por lo que se solicitó realizar una resonancia magnética.

La resonancia magnética reportó una fractura patológica en la diáfisis distal femoral, no alineada y lesión exofítica osteolítica altamente sugestiva a osteosarcoma, sin descartar como diagnóstico diferencial sarcoma de Ewing. Los siguientes laboratorios control mostraron: Hemoglobina 10.5 gr/dl, recuento leucocitario $9.9 \times 10^3/\text{mm}^3$, plaquetas $806 \times 10^3/\text{mm}^3$, hematocrito 34%, fosfatasa alcalina 197* uL, deshidrogenasa láctica (LDH) 252* mg/l.

Se realizó una biopsia en bloque la cual evidenció hallazgos morfológicos consistentes con lesión ósea benigna de tipo osteocondroma y osteomielitis crónica.



Fig. 1. Fractura de tercio distal de fémur.

Discusión

El osteocondroma, también denominado exostosis osteocartilaginosa, es una lesión exuberante, una exostosis ósea recubierta de cartílago [3]. Puede ser solitaria o múltiple [1]. Se ubica en la superficie externa del hueso, que crece y se rodea de un capuchón de cartílago. Es asintomática y de hallazgo incidental, como el caso de esta paciente [3]. La ubicación más frecuente es en la rodilla metafisiaria, en fémur distal, pero cuando es pediculado se aleja de la articulación [3]. En general no causa dolor, si lo presentara, las causas de dolor debido a un osteocondroma pueden ser por compresión de nervios o bursitis. La sarcomatización es del 1% en exostosis solitaria y del 10% en la forma múltiple hereditaria [2,3,4]. Se piensa que estas lesiones resultan de la separación de un fragmento del cartílago de crecimiento epifisario, que se va herniando a través del hueso normal que rodea el platillo de crecimiento [4]. El tratamiento del osteocondroma, en pacientes asintomáticos y estables es conservador. En casos sintomáticos de la infancia y en los de crecimiento continuado del osteocondroma, después de la madurez del esqueleto que indica sospecha de malignización, el tratamiento es quirúrgico, con una resección simple o ampliada. Si es pediculado se hace la resección simple hasta la base [2].

Referencias Bibliográficas / References

1. Tecualt R, Moreno L, Amaya RA. Clasificación de tumores óseos. Medigraphic Artemisa [en línea] 2008 [12/01/2022] 4(2): 96-102 Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/orthotips/ot-2008/ot082e.pdf>
2. Parada R, Montano E, Lafraya A L., Rodríguez M. Exostosis tibial: osteocondroma. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2010 Jun [citado 2022 Ene 12]; 12(46): 255-261. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322010000300008&lng=es
3. Sepulveda M. Tumores formadores de cartílago. Medwave [en línea] 2003 [12/01/2022] 3(10) doi: 10.5867/medwave.2003.10.3287
4. Cañete M, Fontoira E, Gutiérrez San José B, Mancheva M S. Osteocondroma: diagnóstico radiológico, complicaciones y variantes. Rev. chil. radiol. [Internet]. 2013 [citado 2022 Ene 12]; 19(2): 73-81. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082013000200006&lng=es
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-93082013000200006>