

Tumoración indolora en el brazo

A. Díaz Conradi^a, A. Cueto González^a, D. Moreno Romo^b,
R. García Puig^a y L. Tobeña Boada^a

Servicios de ^aPediatría y ^bOrtopedia Infantil. Hospital Mútua de Terrassa. Barcelona. España.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Niña de 9 años de edad con tumoración en el brazo derecho de 9 meses de evolución que iba aumentando.

Exploración física. Buen estado general. Afebril. Sin lesiones cutáneas. Se aprecia una masa dura, indolora, adherida a planos profundos en la cara anterointerna de la diáfisis humeral derecha a nivel del tercio medio. No se palpan adenopatías. El resto de la exploración física es normal.

Exploraciones complementarias. Hemograma, proteína C reactiva (PCR), VSG, ionograma, funcionalismo hepático y renal dentro de la normalidad; hemocultivo y prueba de tuberculina a las 72 h, negativos; radiografía de tórax, normal; serie esquelética, normal; serología a *Salmonella* y *Brucella*, negativas; radiografía simple, en dos proyecciones, del brazo derecho (figs. 1A y B), y ecografía bidimensional de la lesión (fig. 2).

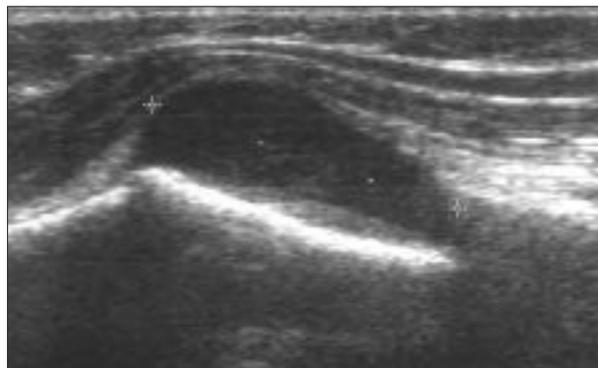


Figura 2. Ecografía bidimensional que muestra lesión de características ovaladas de 3 x 1 cm, bien definida, hipoeoica y sin relación con los vasos humerales. No se aprecia vascularización con el Doppler.

PREGUNTA

¿Cuál es su diagnóstico?

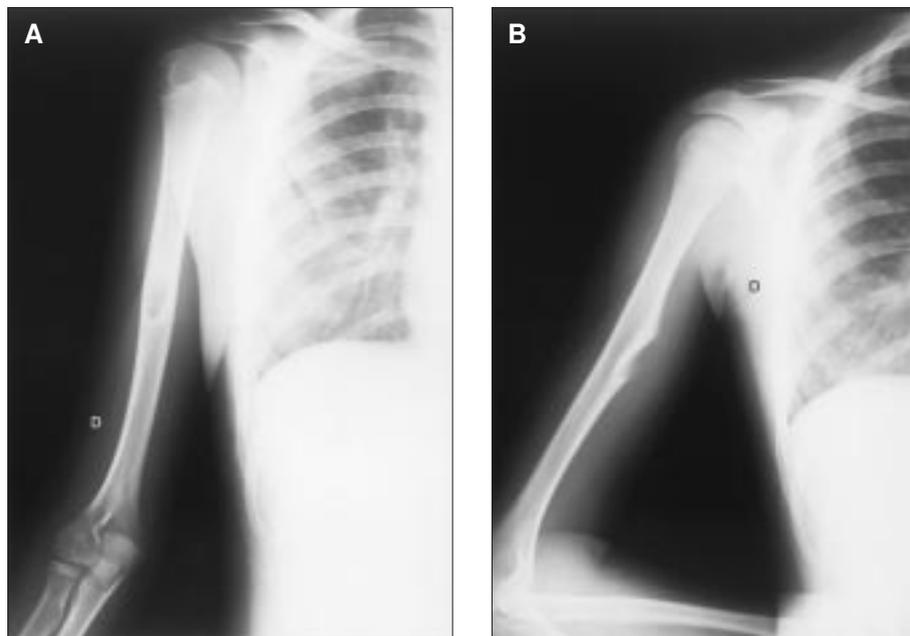


Figura 1. Radiografías **A)** simple anteroposterior de brazo derecho que muestra imagen erosiva en tercio medio de la diáfisis humeral y **B)** simple lateral del brazo derecho en la que se observa engrosamiento de la cortical que produce un defecto de continuidad del periostio.

Correspondencia: Dr. A. Díaz Conradi.
Fluvià, 26-28, 5º 2ª 08019 Barcelona. España.
Correo electrónico: pediatria@mutuaterrassa.es

Recibido en diciembre de 2001.
Aceptado para su publicación en febrero de 2002.

CONDROMA PERIÓSTICO

Mientras que la imagen seudolítica con una posible rotura de la cortical tanto en la radiografía simple como en la ecografía llevó a pensar en un proceso con características de malignidad, la larga evolución (9 meses) y el lento crecimiento de la lesión, así como el buen estado del paciente apuntaban hacia una tumoración benigna.

Ante este cuadro clinicoradiológico se planteó el diagnóstico diferencial basado en el posible origen de la lesión: hueso o partes blandas subyacentes. En el primer caso una serie esquelética permite descartar lesiones en otras localizaciones como ocurriría en la forma poliostótica del granuloma eosinófilo o en la displasia cortical fibrosa. De entrada, la ausencia de dolor así como la imagen radiológica descarta un osteoma osteoide. Tampoco presenta antecedentes de traumatismo previo que puedan haber producido una periostitis reactiva, aunque ésta también puede ser de origen primario, o una hemorragia subperióstica. La ausencia de fiebre y la negatividad de los reactantes de fase aguda descartan en un principio procesos infecciosos tipo absceso subperióstico.

Existen otras entidades tumorales de naturaleza benigna y de crecimiento lento como el condroma perióstico, el fibroma condromixoide entre otras, o lesiones malignas de crecimiento más rápido y agresivo, que no parece que fuera nuestro caso, como el condrosarcoma u osteosarcoma perióstico cuya naturaleza sólo se podría averiguar mediante el estudio histopatológico de la lesión.

La resonancia magnética nuclear (fig. 3) apunta hacia el origen subperióstico de la lesión, hiperintensa en T2, que

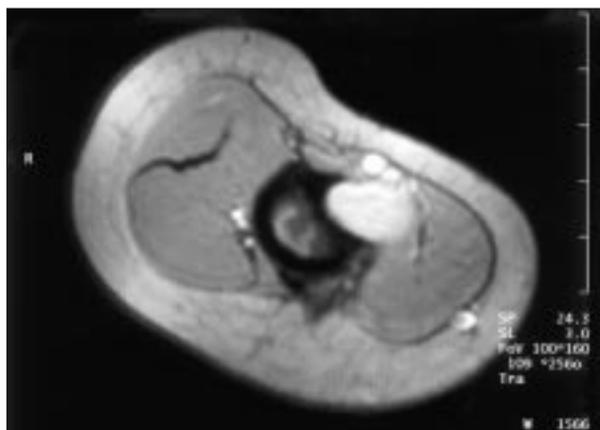


Figura 3. Resonancia magnética nuclear. Lesión ovalada, bien delimitada, en metáfisis humeral que engrosa la cortical, de probable origen subperióstico con características de benignidad.

podría indicar un componente quístico mixoide. No se aprecia afectación de partes blandas. La lesión está bien delimitada por periostio lo cual confirma la naturaleza benigna de la misma. El encondroma queda descartado por su localización intracortical, a diferencia del caso que nos ocupa que es extracortical. Se procedió a la exéresis quirúrgica intralesional por vía interna, con disección del paquete vasculonervioso humeral. El estudio histopatológico fue compatible con un condroma perióstico.

El condroma perióstico es una lesión tumoral benigna, de estirpe cartilaginosa y crecimiento subperióstico, lento pero inexorable, muy poco frecuente en la edad pediátrica¹. Desde que Lichtenstein y Hall describieran el condroma perióstico en 1952 como una entidad independiente, sólo se han encontrado 11 casos publicados en pacientes de menos de 10 años^{2,3}. Aunque puede afectar a cualquier hueso que incluya cartílago en su formación, la localización más frecuente es la metáfisis proximal del húmero (inmediatamente por encima de la inserción del deltoides) y en segundo lugar en frecuencia en la metáfisis proximal de la región del cuello femoral^{1,4}. Las complicaciones más frecuentes son la compresión local de estructuras vasculonerviosas adyacentes, así como alteraciones en el crecimiento del hueso.

El tratamiento se basa en la resección intralesional en función del tamaño de la lesión. Lesiones extensas pueden precisar el aporte de injerto óseo. Se han descrito recidivas hasta en el 2%, pero no hay descrito ningún caso que se halla malignizado con el tiempo³.

El crecimiento lento, el buen estado general del paciente y las características radiológicas de benignidad confirman el estudio histopatológico del tumor, poco frecuente en la edad pediátrica, y deben realizarse una exéresis quirúrgica simple para evitar las complicaciones más frecuentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Djian TMO. Tumores óseos. Condroma perióstico. En: Djian T, editor. Ortopedia pediátrica. Buenos Aires: Interamericana, 1994; p. 1294-5.
2. Ricca RL Jr, Kuklo TR, Shawen SB, Vick DJ, Shaefer RA. Periosteal chondroma of the cuboid presenting in a 7-year-old boy. Foot Ankle Int 2000;21:145-9.
3. Lorente Moltó F, Bonete Lluch DJ, Martí Perales V. Childhood periosteal chondroma. Arch Orthop Trauma Surg 2000;120: 605-8.
4. Carlan D, Leggon RE, Reith J, Scarborough MT. Arm mass in an 11-year-old boy. Clin Orthop 2000;376:287-290;304-307.