

Osteocondroma evanescente

Tipo: Presentación Electrónica Educativa

Autores: **Antonio Martínez Mansilla**, Javier Carrascoso Arranz, Iván Pipa Muñiz, Luis Herráiz Hidalgo, Vicente Martínez De Vega Fernández

Objetivos Docentes

Revisar el aspecto radiológico de las exostosis de desaparición espontánea, analizando los posibles mecanismos de regresión autolimitada descritos en la literatura.

Poner de manifiesto el carácter benigno de estas lesiones y la posibilidad de remisión espontánea de alguna de ellas, con el fin de planificar un tratamiento adecuado.

Revisión del tema

Osteocondroma es el tumor óseo benigno más frecuente, constituyendo el 10-15% de todos los tumores óseos.

Se trata de un tumor de origen cartilaginoso formado por una exóstosis ósea cubierta por cartílago que se desarrolla desde la superficie del hueso.

La mayoría de las lesiones aparecen en niños, adolescentes y adultos jóvenes.

Son de localización metafisaria con predilección por huesos largos, siendo el fémur distal su situación más frecuente.

Su aspecto por radiología simple es patognomónico, identificándose como una excrecencia ósea que contacta con la región metafisaria. Sin embargo, la RM es más útil para valorar relación con estructuras adyacentes y estudiar las características de malignidad ya que permite valorar el grosor de la cubierta cartilaginosa.

Generalmente son asintomáticos y suelen aparecer como masas indoloras de crecimiento lento. Por otro lado, también pueden asociarse a complicaciones como deformidad (ósea y estética), fractura, compromiso vascular, afectación nerviosa o bursitis.

La evolución natural de estas lesiones suele ser un comportamiento benigno, siendo la transformación maligna a condrosarcoma poco frecuente (1% de los casos).

En la literatura existen pocos casos recogidos de regresión espontánea y los mecanismos de la misma resultan desconocidos. Una de estas teorías propone que la resorción activa y el remodelado metafisario causado por un aporte vascular alterado secundario a una fractura, puede contribuir a la regresión espontánea del tumor. Asimismo está descrito resorción de un osteocondroma como resultado de presentar un pseudoaneurisma acompañante. Otros autores proponen que el crecimiento de estas lesiones cesa debido a mecanismos fisiológicos, al encontrarse el paciente próximo a finalizar el periodo de crecimiento metafisario, produciéndose una incorporación de la lesión a la cortical ósea con sustitución

del hueso adyacente.

La regresión autolimitada de otros tumores / pseudotumores óseos también ha sido recogido en la literatura: granuloma eosinófilo, displasia fibrosa, defecto fibroso cortical, fibroma no osificante, osteoma osteoide e islote óseo. En lesiones inflamatorias como el granuloma eosinófilo, la disminución de la inflamación podría suponer el mecanismo de cese del crecimiento. La necrosis tumoral y los cambios hormonales locales, junto con el remodelado del área esclerótica también contribuyen a la resolución del tumor.

El tratamiento definitivo quirúrgico mediante resección simple o ampliada no está exenta de riesgos, por lo que se debe reservar para tumores sintomáticos que cursen con complicaciones. Además su comportamiento benigno con bajo índice de transformación maligna y la posibilidad de regresión espontánea hacen considerar un tratamiento conservador.

Imágenes en esta sección:



Fig. 1: RX rodillas AP, de una niña de 12 años que consulta por dolor ocasional en rodilla derecha a raíz de inicio de actividad deportiva. Se aprecia una lesión ósea exofítica (flecha) situada en cara interna de la metáfisis femoral distal derecha.



Fig. 2: RM, secuencia DPT2 en plano coronal (a.) y axial (b.) perteneciente a la misma paciente. Osteocondroma sésil (flecha) que se origina en la metáfisis distal del fémur y contiene tanto esponjosa como cortical que se continúan con las del hueso original.



Fig. 3: RX (a.) y RM con secuencia DPT2 en plano axial (b.) y coronal (c.), realizada dos años después, tras decidir tratamiento conservador. Desaparición prácticamente completa de la lesión descrita previamente, apreciándose únicamente un pequeño refuerzo cortical focal en esta localización (flecha).

Conclusiones

Existen pocos casos recogidos en la literatura de osteocondroma evanescente y se han propuesto varias teorías para explicar este carácter autolimitado.

El comportamiento benigno con bajo índice de transformación maligna de estas lesiones, y la posibilidad de regresión espontánea, hacen considerar un tratamiento conservador.

Bibliografía / Referencias

1. Scarborough MT, Moreau G (1996) Benign cartilage tumors. Orthop Clin North Am
2. Florez B, Monckeberg J, Castillo G, Beguiristain J (2008) Solitary osteochondroma long-term follow-up. J Pediatr Orthop

3. Karasick D, Schweitzer ME, Eschelman DJ (1997) Symptomatic osteochondromas: imaging features. *AJR Am J Roentgenol*
4. Murphey MD, Choi JJ, Kransdorf MJ, Flemming DJ, Gannon FH (2000) Imaging of osteochondroma: variants and complications with radiologic-pathologic correlation. *RadioGraphics*.
5. Castriota-Scanderberg A BM, Cammisa M, Dallapiccola B (1995) Spontaneous regression of exostosis: two case reports. *Pediatr Radiol*
6. Choi JY, Hong SH, Kim HS, Chang CB, Lee YJ, Kang HS (2005) Resorption of osteochondroma by accompanying pseudoaneurysm. *AJR Am J Roentgenol*
7. Pailing MR (1983) The "disappearing" osteochondroma. *Skeletal Radiol*
8. Yanaqawa T, Watanabe H, Shinozaki T, Ahmed AR, Shirakura K, Takaqishi K (2001) The natural history of disappearing bone tumors and tumor-like conditions. *Clin Radiol*
9. Wirganowicz PZ, Watts HG (1997) Surgical risk for elective excision of benign exostoses. *J Pediatr Orthop*
10. Stizman-Wengrowicz ML, Pretell-Mazzini J, Dormans JP, Davidson RS (2011) Regression of a sessile osteochondroma: a case study and review of the literature. *University of Pennsylvania Orthopaedic Journal*