

# Lesión lítica en la epífisis de un paciente joven con anorexia: a propósito de un caso.

E. GONZÁLEZ BUESA, M. MALILLOS TORÁN

SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA. HOSPITAL SAN PEDRO, LOGROÑO. LA RIOJA.

**Resumen.** El condroblastoma es un tumor poco frecuente, benigno aunque localmente agresivo, que suele asentarse en la parte proximal de tibia o fémur y afectar a individuos entre 15 y 25 años de edad. Se presenta un caso clínico cuya principal manifestación es el dolor y que se acompaña de un síntoma de alarma, la anorexia.

## Lytic lesion in the epiphysis of a young patient with anorexia: a case report.

**Summary.** Chondroblastoma is a rare, benign but locally aggressive tumor, often settling in the proximal part of the tibia or femur and affects individuals between 15 and 25 years old. We report a case whose principal manifestations are pain and anorexia.

---

Correspondencia:  
Eduardo González Buesa.  
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.  
Hospital San Pedro.  
C/ Piqueras 98.  
26006 Logroño. La Rioja.  
[edgonzalezbuesa@gmail.com](mailto:edgonzalezbuesa@gmail.com)

### Introducción

Los tumores de asiento epifisario en pacientes jóvenes suponen un reto diagnóstico, en gran medida por su escasa frecuencia. Con el fin de conocer mejor estas patologías y su manejo clínico presentamos el siguiente caso clínico.

### Caso Clínico

Mujer de 15 años de edad con dolor de tipo inflamatorio en zona de trocánter mayor derecho aislado de 3 meses de evolución sin antecedente traumático previo.

En un principio se asocia esta sintomatología a colocación de corsé tipo Cheneau por escoliosis dorso-lumbar. Semanas después se sigue de llamativa pérdida de peso por anorexia que la paciente relaciona con el dolor en la extremidad inferior derecha.

### Examen Físico

Paciente con desnutrición grave con IMC 13,8. Dolor a la palpación en región trocantérea derecha que se acentúa a la movilización pasiva de la articulación, tanto en flexo-extensión, abducción y con las rotaciones. Los test de Thomas y de Trendelenburg son negativos y la movilidad activa está conservada en rangos normales aunque resulta dolorosa.

A la palpación no apreciamos tumoración de partes blandas ni resalto de la banda iliotibial.

### Pruebas Complementarias

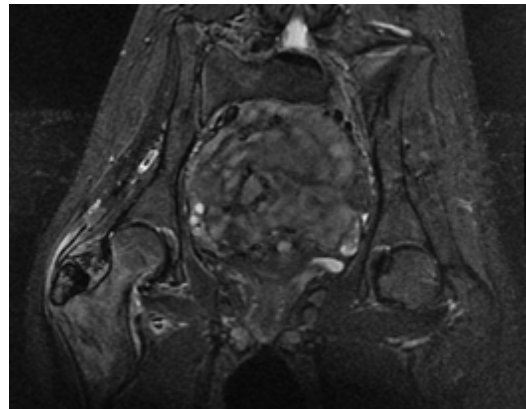
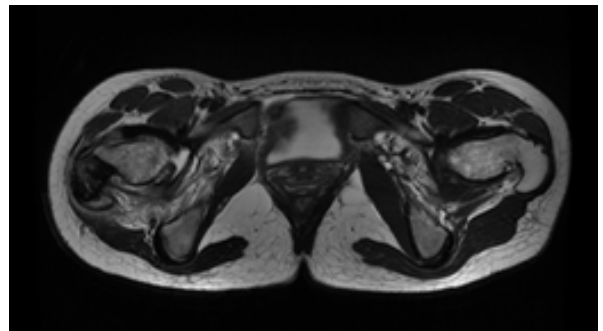
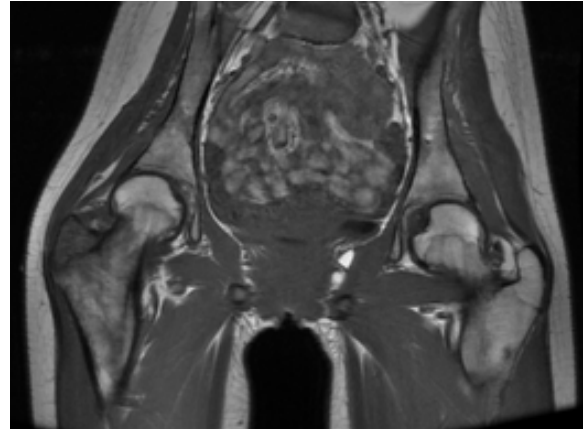
El estudio radiológico simple muestra una lesión lítica en trocánter mayor derecho de límites bien definidos y sin calcificaciones en su interior. (Fig. 1).

Analíticamente destacan hallazgos propios de una desnutrición proteico-calórica grave con hemograma y PCR normales.

La resonancia magnética revela un cambio de señal en el trocánter mayor derecho con un diámetro de 3,3 cm y morfología triangular, de baja señal en T1 y T2. Bien delimitada por una línea hipointensa, se acompaña de edema en la médula ósea de prácticamente todo el cuello femoral derecho. Apreciamos también importantes cambios de señal de características infla-



**Figura 1.** Estudio radiográfico simple inicial: lesión lítica en trocánter mayor derecho.



**Figura 2.** Estudio mediante RNM, destaca el aumento de señal en médula ósea y tendones perilesionales.

matorias agudas en los tendones que se insertan en el trocánter mayor derecho, en relación con tendinopatía aguda en esta localización. (Fig. 2).

### Diagnóstico

De este modo se propone biopsia para estudio anatómopatológico y cultivo, que informa de condroblastoma siendo éste último negativo.

### Tratamiento

Procedemos de manera programada a la exéresis, curetaje y relleno de aloinjerto óseo de la lesión por vía de abordaje lateral, que transcurre sin incidencias (Fig. 3).

### Evolución

La paciente presentó una evolución satisfactoria, desapareciendo los síntomas a los 2 meses de la intervención.



**Figura 3.** Exéresis, curetaje y aporte de aloinjerto óseo.

## Discusión

El diagnóstico diferencial de una lesión lítica de márgenes bien definidos en la epífisis de un hueso largo en un individuo joven debe incluir fundamentalmente tres lesiones de típico asiento epifisario: el condroblastoma, el tumor de células gigantes y el condrosarcoma de células claras. Otras entidades a considerar son la osteomielitis, el granuloma eosinófilo y las lesiones osteocondrales de origen traumático.

### Condroblastoma

Es una lesión poco frecuente, benigna pero localmente agresiva. La mayoría son diagnosticados durante la segunda década de la vida y tienen predilección masculina. Su localización es típicamente epifisaria, sobre todo en los huesos largos de las extremidades inferiores (parte proximal de tibia y fémur). Las lesiones dejadas a su libre evolución aumentan progresivamente de tamaño y pueden extenderse a la metáfisis<sup>1</sup>.

Clínicamente los síntomas suelen ser inespecíficos. El dolor es el más frecuente pudiendo encontrarse, además, impotencia funcional y muy ocasionalmente masa palpable. La fractura patológica es también una forma muy poco habitual de presentación<sup>1</sup>. En la revisión de la literatura la anorexia no se presenta como un síntoma característico o habitual.

La presentación radiológica típica de un condroblastoma es en forma de lesión osteolítica subcortical, de márgenes bien definidos y con un diámetro que oscila entre 2 y 4 cm. Ocasionalmente, algunos condroblastomas muestran crecimiento hasta la metáfisis, carácter insuflante o reacción perióstica<sup>1</sup>.

Los estudios de imagen en TC muestran el condroblastoma como una lesión única, a menudo excéntrica que puede tener calcificaciones. En cuanto a la resonancia magnética, lo más habitual es ver una lesión predominantemente hipo o isointensa respecto al músculo, con focos dispersos de hiperintensidad de señal. La aparición de edema óseo o de partes blandas, así como la de derrame articular, es muy característica del condroblastoma, aunque puede verse también en otros tumores benignos como el osteoma osteoide o el osteo- blastoma<sup>1</sup>.

El tratamiento del condroblastoma consiste en el curetaje de la lesión, con relleno posterior de la cavidad resultante mediante injertos óseos. El tratamiento de estas lesiones puede dañar la fisis de crecimiento y el cartílago articular. La artrosis de la articulación es una complicación frecuente tras un curetaje agresivo, sobre todo cuando la lesión se localiza en fémur proximal<sup>2</sup>.

### Tumor de Células Gigantes

Se trata de un tumor localmente agresivo pero raramente metastatizante. Epidemiológicamente, es más frecuente en zona metafisaria u epifisaria de huesos largos en mujeres de entre 30-50 años. Es raro que asiente en hueso inmaduro y se suele presentar como lesión típicamente solitaria<sup>3</sup>.

La principal complicación en su manejo es la recurrencia tras el tratamiento quirúrgico: hasta 65% tras curetaje aislado, que puede descender hasta 12-27% si se asocia tratamiento adyuvante (fenol, nitrógeno líquido o polimetilmetacrilato). La resección en bloque es la alternativa de tratamiento más agresiva y normalmente considerada de segunda elección dada la edad del paciente más habitual. Otras complicaciones raras son las metástasis pulmonares o la transformación maligna<sup>3</sup>.

### Condrosarcoma de Células Claras

Tumor cartilaginoso de bajo grado de malignidad aunque agresivo localmente. Aparece con mayor frecuencia hacia la tercera y cuarta década de la vida y es más frecuente en hombres con una proporción de 2,4:1 respecto a las mujeres. Tiene preferencia por los extremos de los huesos largos (el más frecuente es el tercio proximal de fémur), extendiéndose habitualmente desde el cartílago articular<sup>4, 5</sup>.

Clínicamente son tumores de lento crecimiento, se manifiestan por dolor en al área afectada de varios años de evolución<sup>5</sup>.

El tratamiento de esta variante de condrosarcoma se basa en el curetaje o extirpación. Si ésta es incompleta produce en la mayoría de los casos recidiva y eventualmente metástasis pulmonares y en otras localizaciones oseas<sup>4</sup>.

---

## Bibliografía

1. Blancas C., Llauger J., Palmer J., Valverde S., Bagué S. Manifestaciones radiológicas del condroblastoma. Radiología 2008; Vol 50, nº5.
2. Farfalli G.L., Slullitel P.A.I., Muscolo D.L., y cols. What Happens to the Articular Surface After Curettage for Epiphyseal Chondroblastoma? A Report on Functional Results, Arthritis, and Arthroplasty. Clin Orthop Relat Res 2016; 1-7.
3. Lizz van der Heijden, P.D. Sander Dijkstra, Michiel A.J. van de Sande, Judith R. Kroep, Remi A. Nout, Carla S.P. van Rijswijk y cols. The Clinical Approach Toward Giant Cell Tumor of Bone. Oncologist 2014; 19:550-61.
4. Martínez Tello F., Manjón Luengo P., Montes Moreno S. Condrosarcoma. Variantes de condrosarcoma. Rev Esp Patol 2006; 39: 69-79.
5. Alcántara-Vázquez A., Gabiño-López N., Hernández-González M., Ayala-Dávila D., Rodríguez-Simental R. Condrosarcoma de células claras desdiferenciado. Presentación de un caso con estudio de inmunohistoquímica y revisión de la literatura. Rev Med Hosp Gen Mex 2012; 75:105-9.