

## 424/343 - ENCONDROMA EN DIÁFISIS FEMORAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Mayorga Criado<sup>1</sup>, L. Martínez Capilla<sup>2</sup> y J. Martín García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Ambulatori CAP de Llefià (ABS 6). Badalona. Barcelona.<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Germans Trias i Pujol. Barcelona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón 86 años, exfumador, antecedentes personales de dislipemia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), neoplasia de colon, colelitiasis, fibrilación auricular, miocardiopatía dilatada y leucemia mielomonocítica crónica. Consulta por gonalgia mecánica derecha de dos meses de evolución, sin traumatismo previo relacionados.

**Exploración y pruebas complementarias:** No se observa derrame articular, dolor palpación rotuliana, maniobras exploratorias ligamentos laterales, cruzados y meniscales negativas. Radiología simple de rodilla: calcificaciones vasculares, calcificación condromixoide en tercio distal del fémur sugestiva de encondroma más que de condrosarcoma. Resonancia nuclear magnética: lesión ósea no agresiva en tercio distal de la diáfisis femoral compatible con encondroma. Condropatía rotuliana grado 1.

**Orientación diagnóstica:** La orientación diagnóstica inicial incluyó infarto óseo, encondroma y condrosarcoma de bajo grado.

**Diagnóstico diferencial:** El diagnóstico diferencial se realizó con el infarto óseo, el quiste óseo aneurismático, el tumor de células gigantes y el condrosarcoma de bajo grado.

**Comentario final:** El encondroma es un tumor óseo benigno frecuente, suelen ser asintomáticos y su detección un hallazgo casual al realizar una radiografía. La sospecha radiológica será confirmada con otras pruebas de imagen (RMN, TAC, GGO) o con la biopsia. El principal diagnóstico diferencial, sobre todo cuando se localiza en un hueso largo y muestra una importante calcificación, es con el infarto óseo, a veces son indistinguibles. La aparición de masa de partes blandas, de fractura patológica o de dolor en la zona de la lesión en ausencia de fractura son datos sugerentes de posible malignización. Los encondromas solitarios asintomáticos no precisan tratamiento, solo control clínico-radiológico periódico. El tratamiento quirúrgico, cuando este indicado, consistirá en curetaje y relleno con injerto óseo o en la resección tumoral. En caso de fractura patológica, el tratamiento conservador facilitará su consolidación y la osificación del encondroma, se completará con curetaje e injerto para evitar la refractura.

### Bibliografía

- De Pablo Márquez B, Elías Mas A, Veloso Duran M, Dolz Jordi JL. Tumores óseos benignos. FMC. 2018;25(4):196-207.
- Ferrer-Santacreu EM, Ortiz-Cruz EJ, González López JM, Fernández Pérez E. Encondroma versus condrosarcoma de bajo grado en el esqueleto apendicular. Criterios clínico-radiológicos. Rev Esp Cir

Ortop Traumatol. 2010;54(4):220-6.

**Palabras clave:** Encondroma. Tumor óseo. Diáfisis femoral.