

ENCONDROMA DE LA FALANGE DISTAL DEL DEDO GORDO

INSTITUT CLÍNIC DE L'APARELL LOCOMOTOR (ICAL)
SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA.
HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA

J. A. FERNÁNDEZ-VALENCIA
P. FERNÁNDEZ DE RETANA
S. SUSO VERGARA

RESUMEN

Los encondromas de falange en los dedos del pie son infrecuentes. La uña actúa a modo de férula en la falange distal, amortiguando el dolor producido por la ruptura de la cortical ocasionada por el crecimiento del tumor, y por ello retrasa la consulta al facultativo y el diagnóstico de la lesión. El principal diagnóstico diferencial se establece con el condrosarcoma de bajo grado, ya que presenta características clínicas y radiológicas similares. En el caso presentado se obtuvo un buen resultado estético y funcional en un encondroma avanzado de falange distal del dedo gordo tratado mediante curetaje y aporte de autoinjerto esponjoso procedente de la cresta iliaca.

Palabras clave: Encondroma, falange distal, pie, tumor.

ABSTRACT

Enchondromas of the foot phalanx are unusual. The nail in the distal phalanx acts as a splint, and lessens the pain caused by the rupture of the cortical originated by the growing tumor, and therefore it delays the consultation to the doctor and the diagnosis. Low-grade chondrosarcoma is the main tumor to distinguish, since it presents similar clinical and radiological features. In the reported case curettage and autogenous bone grafting obtained from the iliac crest achieved a good esthetical and functional result in an advanced enchondroma of the distal phalanx of the hallux.

Key words: Enchondroma, distal phalanx, foot, tumor.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 52 años que consultó por dolor y deformidad del dedo gordo del pie derecho, refiriendo un crecimiento progresivo desde hacía un año. No existían antecedentes familiares de tumoraciones óseas. Progresivamente había presentado dificultades para la colocación del calzado y dolor con la deambulación. En la exploración física se observó un agrandamiento del hallux derecho respecto al izquierdo, con distrofia ungueal y leve restricción de la movilidad de la articulación interfalángica con ausencia de restricción de la mo-

vilidad de la metacarpofalángica, en un pie egipcio.

El estudio radiológico objetivó la presencia de una lesión de aspecto lítico e insuflante en la falange distal. La lesión presentaba un margen esclerótico con un defecto cortical moderado en la región distal y medial de la falange y ausencia de calcificaciones en su interior (Fig. 1). Dichos hallazgos se interpretaron como una lesión de lento crecimiento de características benignas, orientándose el diagnóstico como un encondroma de la falange distal del hallux.

Correspondencia:

Dr. J. A. FERNÁNDEZ VALENCIA - E-mail: jafernan@clinic.ub.es
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología - C/Villarroel, 170 - 08036 BARCELONA
En Redacción: Octubre 2002

Con el paciente bajo anestesia raquídea, se realizó exéresis ungueal, curetaje intralésional de la lesión y relleno de la cavidad de la falange con aporte de injerto autólogo esponjoso procedente de la cresta ilíaca. El estudio anatomopatológico del material obtenido confirmó el diagnóstico de encondroma. El día después de la intervención se permitió deambulación con talonera y carga parcial durante dos semanas. A las cuatro semanas el paciente deambulaba con carga completa sin dolor, presentando un buen resultado estético (Fig. 2). Al año de seguimiento el paciente se encontraba asintomático y libre de recidiva.

DISCUSIÓN

El encondroma es un tumor muy frecuente. Supone el 3% de todos los tumores óseos y entre el 12 y el 24% de los tumores óseos benignos (2, 4). Se trata de un tumor de crecimiento lento y de pequeño tamaño, generalmente asintomático, lo cual explica el gran número de hallazgos fortuitos en estudios radiológicos realizados por una afección intercurrente. Su localización puede ser múltiple (enfermedad de Ollier y síndrome de Maffucci), aunque la forma aislada (condroma solitario o encondroma) acostumbra a ser la más frecuente. Afecta a los huesos de osificación endocondral y preferentemente los de la mano (10). Su aparición en el pie es infrecuente: en tres series acumuladas de 1.102 casos (Campanacci, Schajowick y Dahlin) únicamente se identificaron 77 encondromas en el pie (4). El encondroma del pie se localiza prefe-

rentemente en los huesos cuneiformes, los metatarsianos y las falanges (3, 7, 9, 11, 12). De entre las falanges, se encuentra más frecuentemente en la proximal (11, 12). De esta forma, el caso presentado supone un hallazgo clínico raro, existiendo pocos casos publicados en la literatura (11).

La peculiaridad clínica de la afectación de la falange distal viene dada por la presencia de la uña en esta localización; ésta actúa a modo de férula y alivia e incluso anula el dolor en aquellos casos en los que se produce una fractura patológica (FP). A pesar de que la presencia de una FP no implica necesariamente la existencia de una malignización (el 10% de los condromas de los huesos largos debutan clínicamente como dolor por una FP), la demora en la consulta al facultativo provocará el diagnóstico de lesiones de gran tamaño y la detección tardía de aquellos casos malignizados a condrosarcoma (CS) (10, 11).

Por ello, ante la presencia de una imagen lítica y expansiva localizada en la falange distal el diagnóstico diferencial se establece principalmente con el CS de bajo grado (4). Además de la FP, otros signos radiológicos que sugieren malignización son: límites poco netos, contornos multilobulados, muescas en la cara endóstica de la cortical y destrucción cortical junto con extensión a partes blandas. Por otro lado, los cambios corticales en el encondroma son el engrosamiento y la expansión, tendiendo en cuenta que dicha expansión podrá provocar adelgazamiento cortical y FP en ocasiones que pueden ser consideradas erróneamente como signos de malignización (2). Por

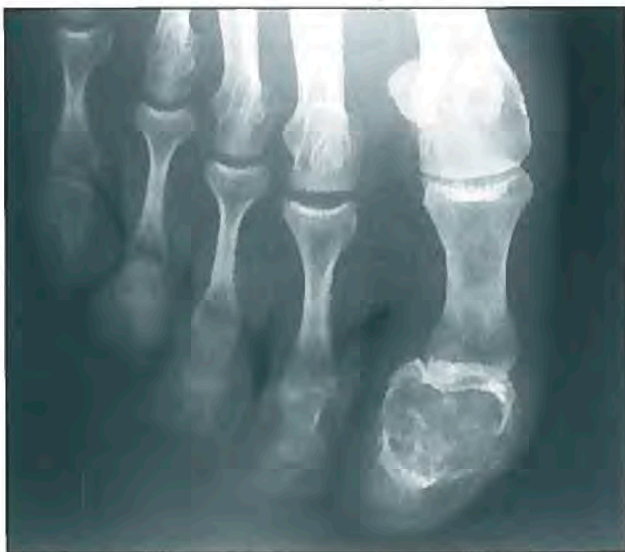


Fig. 1. Radiografía anteroposterior de primer dedo del pie derecho: imagen lítica e insuflante de falange distal del dedo gordo.



Fig. 2. Resultado radiológico tras la intervención quirúrgica, observándose una integración completa del injerto al final del seguimiento.



Fig. 3. Resultado clínico al final del seguimiento, presentando un buen resultado estético.

ende, la deformidad (e incluso destrucción) sin afectación de partes blandas, no es un signo característico de malignidad. Sin embargo, este mismo comportamiento localizado en un fémur o un húmero debería ser interpretado como un signo radiológico de malignidad. Por otro lado en el paciente adulto es característico el hallazgo de microgranulaciones radioopacas denominadas imagen "en palomitas de maíz", que corresponden a calcificaciones de las regiones necrosadas del tumor. A pesar de que en un marco teórico ambas lesiones pueden diferenciarse basándonos en estos criterios, en la práctica las características radiológicas del encondroma y el CS de bajo grado se superponen frecuentemente.

De igual modo, el encondroma podría confundirse con un tumor de células gigantes (TCG), ya que el TCG puede presentar características clínicas y radiológicas similares al encondroma. Sin embargo su localización en antepié es excepcional siendo más frecuente alrededor de la articulación del tobillo (8).

El tratamiento estará condicionado por el tamaño de la lesión en la falange. Las lesiones detectadas fortuitamente y localizadas intramedularmente precisan sólo de un seguimiento radiológico periódico, ya que se presume que permanecerán latentes y asintomáticas. Las lesiones que tendrán indicación quirúrgica (curetaje intralesional e injerto autólogo) serán aquellas de carácter expansivo que provocan un problema estético y funcional. La recidiva tumoral tras dicha cirugía es muy infrecuente, tanto para el encondroma como para el condrosarcoma de bajo grado (1, 6). En aquellos casos en los que la anatomía patológica nos informe de la presencia de un CS de grado medio o avan-

zado, nos tendremos que plantear la amputación del dedo afecto para la curación de la enfermedad no ya por el mayor riesgo de recidiva, sino también por la posibilidad de la metastatización.

En el caso presentado existe un buen resultado estético y un buen resultado funcional en un encondroma avanzado de falange distal del dedo gordo, tras curetaje intralesional y aporte de injerto autólogo, sin presencia de recidiva al año de seguimiento.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) BAUER, H.C.; BROSJO, O.; KREICBERGS, A.; LINDHOLM, J.: Low risk of recurrence of enchondroma and low-grade chondrosarcoma in extremities. 80 patients followed for 2-25 years. *Acta Orthop Scand* 66: 283-88, 1995.
- (2) CATWE, T.G.; STEINER, G.C; BELTRÁN, J.; DORFMAN, H.D.: Chondrosarcoma of the short tubular bones of the hands and feet. *Skel Radiol* 27: 625-32, 1998.
- (3) DE YOE, B.E.; ROCKETT, M. S.: Enchondroma as a cause of midfoot pain. *J Foot Ankle Surg* 38 (2) 139-142, 1999.
- (4) GOUNGIN, F.; VENET, G.; MOREAU, A.: Chondromes. En: *Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Appareil locomoteur, 14-720: 1-10, 2001.*
- (5) HOTTYA, G.A.; STEINBACH, L.S.; JOHNSTON, J.O.; VAN KUIJK, C.; GENANT, H.K.: Chondrosarcoma of the foot: imaging, and pathological correlation of three new cases. *Skel Radiol* 28: 153-158, 1999.
- (6) LEE, F.Y.; MANKIN, H.J.; FONDREU, G.: Chondrosarcoma of bone: an assessment of outcome. *J Bone Joint Surg* 81 (3)A: 326-338, 1999.
- (7) MURARI, T.M.; CALLAGHAN, J.J.; BERNEY, B.H.; SWEET, D.E.: Primary benign and malignant osseous neoplasms of the foot. *Foot Ankle* 10: 68-80, 1989.
- (8) O'KEEFE, R.J.; O'DONELL, R.J.; TEMPLE, H.T.; SCULLY, S.P.; MANKIN, H.J.: Giant cell tumor of bone in the foot and ankle. *Foot Ankle Int* 16: 617-23, 1995
- (9) PERLMAN, M.D.; GOLD, M.L.; SCHOR, A.D.: Enchondromas: a case report and literature review. *J Foot Surg* 27(6): 556-560, 1988.

(10) SHIMIZU, K.; KOTOURA, Y.; NISHIJIMA, N.; NAKAMURA T.: Enchondroma of the distal phalanx of the hand. *J Bone Joint Surg* 79(6)A: 898-890, 1997.

(11) SOLOMON, A.D.; AVERY, K.B.; WEBER, R.B.: Enchondroma of the distal phalanx of the ha-

llux: case presentation and review of treatment options. *The Foot* 10:222-225, 2000.

(12) STESS, R.M.; TANG, R.E.: Enchondroma of the proximal phalanx. *J Foot Ankle Surg* 34(1): 79-81, 1995.