

OSTEOCONDROSIS MÚLTIPLE EN EL PIE

Por **Carles Vergés Salas**

Podòleg

Professor Associat Ensenyaments de Podologia

Universitat de Barcelona



UNIVERSITAT DE BARCELONA

Biblioteca

Àrea de Ciències de la Salut
CAMPUS DE BELLVÍS

La OM es una enfermedad ósea, que se caracteriza por la presencia de múltiples encondromas y exóstosis. La incidencia de la enfermedad se calcula aproximadamente en un 10 por 1.000.000 vivos, heredándose con un carácter autosómico dominante y con un ligero aumento de presentación en el sexo masculino.

CLÍNICA

Se manifiesta en la 1ª infancia por la presencia de deformidades esqueléticas, más frecuentes en hombros, rodillas, caderas, de aspecto redondeado y consistencia dura. Las masas tienen, a la palpación, una base ancha de implantación y adheridas a planos profundos. Con la evolución pueden dar lugar a la aparición de deformidades permanentes a nivel de la mano y las rodillas, como las manos zambas cubitales, genu valgo, etc... Puede dar lugar a retrasos estaturales discretos. Con alguna frecuencia puede producir limitaciones en la movilidad articular y síndromes de compresión neurovascular.

Las características de los encondromas múltiples son similares a los encondromas solitarios. Pueden ser masas sésiles, grandes, o exóstosis pediculadas, que surgen de las regiones metafisarias de los huesos largos, muy próximas a las fisas. Las lesiones se presentan como un crecimiento óseo anómalo de localización metafisaria, que crece con frecuencia en dirección perpendicular a la diáfisis y que en ocasiones tienen su propia cavidad medular. Durante el crecimiento

está recubierta por una ancha capa cartilaginosa que posee una zona de crecimiento responsable del desarrollo de la exóstosis. Al finalizar el crecimiento disminuye el tamaño de la capa cartilaginosa, que persistirá siempre y sobre la que se desarrolla una bolsa serosa.

RADIOLOGÍA

Se manifiesta como lesiones de localización de base más o menos ancha con una trabeculación ósea regular, pudiendo poseer también un canal medular propio, y cuyo volumen es siempre menor al palpado debido a la capa cartilaginosa que es radiotransparente.

Pueden aparecer indentaciones y fusiones óseas por la proximidad de las estructuras vecinas (Fig. 1),



Fig. 1. El texto hace referencia a esta imagen.

así como dismetrias por retraso en el crecimiento.

Las metafisis aparecen ensanchadas y deformadas en forma de botella. Puede haber una mala orientación de las superficies articulares.

La degeneración maligna vendrá determinada radiológicamente por una desestructuración de la imagen radiográfica con aparición de abundantes calcificaciones.

La coxa valga es frecuente en paciente con osteocondromas múltiples alrededor de la cadera. La deformidad en valgo de la rodilla puede asociarse a la del tobillo, debido al acortamiento peroneal, valgo de la tibia y epifisis tibial distal en forma de cuña.



Fig. 2. Visión radiográfica de perfil de la tibia y tobillo. Obsérvense las exóstosis presentes en el tercio inferior de tibia y peroné, así como los núcleos secundarios de osificación en un caso de una niña de doce años.



Fig. 3. Visión radiográfica oblicua del pie D. Observense la presencia de encondromas en las epifisis de 1º, 2º, 4º y 5º metatarsianos y sus respectivas falanges.



Fig. 4. Visión radiográfica oblicua del pie I. Observense, a parte de los múltiples encondromas del mismo tipo que en la imagen 3, la deformidad de las epifisis de los metatarsianos menores que se asocia aun gran acortamiento en el 2º metatarsiano.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

La estructura histológica del cartílago es similar al epifisario con su cartílago de conjunción.

TRATAMIENTO

El tratamiento es conservador. El tratamiento quirúrgico estará indicado en:

- Malignización de las exóstosis.
- Compromiso neurovascular.
- Limitaciones de la movilidad articular.
- Deformidades angulares y disimetrías.
- Por motivos estéticos en casos de gran deformidad.

La escisión quirúrgica debe incluir la disección extracapsular y escisión de toda la cobertura cartilaginosa y periostio adyacente. Debe evitarse la lesión de las fisis adyacentes.



Fig. 5. Visión radiográfica dorsoplantar del pie D. Alteraciones de la OM en otra perspectiva con la que se pueden apreciar los encondromas que afectan a los metatarsianos y los dedos.



Fig. 6. Visión radiográfica dorsoplantar del pie I. Aquí podemos observar las deformidades que provoca la OM con el acortamiento metatarsal del 2º metatarsiano.

BIBLIOGRAFIA

- S. Canale - J. Braty. **TRATADO DE ORTOPEDIA PEDIÁTRICA**. Ed. Mosby-Year Book-1992.
- Willis C. Campbell. **CIRUGIA ORTOPÉDICA**. Volumen 1. 8ª Edición. Ed. Panamericana-1993.