

## Condromastoma epifisario de húmero. Presentación preliminar

Dres. ALBERTO CANEVA, HECTOR GALLARDO, ALBERTO GARAY, PABLO ROSSI\*

Se presenta el siguiente caso:

Paciente de 16 años de edad que consulta por dolor, tumor y alteración de la movilidad de su hombro izquierdo de un mes de evolución, sin antecedentes traumáticos, ni de esfuerzos, ni otros relacionados.

El examen físico reveló una deformidad del hombro en estudio (izquierdo) respecto del contralateral, a expensas del extremo proximal del húmero. A la palpación no se reconoce trocán ni trocúter con cuerda bicipital hipotrófica, hallándose acromión y clavícula normales. La abducción era de 15 grados (pura) y de 35 grados junto a la sinsarcosis acromiotorácica. La flexión era de 40 grados, la rotación externa era de 10 grados, la rotación interna y la aducción fijas en 0 grado. La circunducción y los movimientos de traslación cefaloglenuoideos habían desaparecido.

Radiográficamente se observaba una imagen osteolítica y osteocondensante que comprometía cabeza humeral y tercio proximal del húmero con osteolisis y desaparición del 40% del lado lateral de la misma.

Paralelamente se observaba osteocondensación y calcificaciones paracefalomediales que invadían partes blandas sin compromiso vasculonervioso (Figura 1).

La tomografía axial computada confirma la imagen radiográfica, observándose el insuflado antero-medial de la cabeza humeral, con compromiso de la corredera bicipital y de las partes blandas (Figura 2). Se realiza biopsia, donde se observa una prolife-



Fig. 1. Condromastoma epifisario ubicado en cabeza humeral, que compromete el 70% de la epífisis y se extiende a partes blandas.

ración histiocitaria gigantocelular con islotes de cartílago, arribándose al diagnóstico de condromastoma benigno.

El propósito de esta presentación es que habitualmente el condromastoma benigno se presenta como una lesión osteolítica epifisaria intracompartimental, que adelgaza la cortical, sin destruirla, ni invade partes blandas, así como tampoco genera una significativa reacción perióstica. La observación de un caso de características aparentemente agresivas motiva nuestro relato.

\* Servicio de Miembro Superior y Servicio de Anatomía Patológica, Instituto Dupuytren, Av. Belgrano 3402, Buenos Aires.



Fig. 2. Confirmación tomográfica de la lesión.

En ateneo y sesión conjunta del Instituto Dupuytren se decide la exéresis de la cabeza humeral y tercio proximal de diáfisis para ser reemplazado con hueso donante crioconservado.



Fig. 3. Hueso donante crioconservado.



Fig. 4. Postoperatorio mediato, a los 45 días.

Para ello se realiza incisión deltopectoral ampliada, se identifica importante tumoración a expensas de la cabeza humeral, siendo llamativa su extensión, compromiso cortical y reacción perióstica, aun cuando estos hechos ya habían sido señalados en otras publicaciones (Schajowicz y Gallardo, 1970; Gallardo, según tesis doctoral, en 1975).

Se identifica porción larga del bíceps.

Se prolonga incisión y se repara manguito rotador proximal y coracobíceps.

Se realiza osteotomía a 11 cm distal del borde superior de cabeza humeral.

Se retira tumor junto a tejido sano circundante, con márgenes de seguridad.

Se prepara injerto donante crioconservado, al que se realiza osteotomía a igual distancia que en húmero receptor (Figura 3).

Se solidariza placa de compresión dinámica a injerto donante.

Se interponen, entre material y hueso, puntos de seda para reinsertar *posteriori* sistema tendinomuscular (dorsal ancho, pectoral mayor, redondo mayor).

Se incorpora osteoinjerto a tercio medio de húmero, completando la osteosíntesis, dejándose previamente injerto de cresta ilíaca del paciente, a nivel endostal y paracortical, el que se fija con sunchos de material reabsorbible.

Se realiza reinsertación muscular del redondo mayor, dorsal ancho y pectoral mayor al hueso donante. Se repara manguito rotador.

## COMENTARIOS

Según la estadística de la tesis doctoral del Dr. Gallardo, el 39% de los casos mostró radiológicamente aspecto típico. En el 21% había ruptura de la cortical con invasión articular, e invasión metafisaria en el 11,51%. En el 5,7% de los casos había reacción corticoperióstica. En el 2,8% transformación maligna.

Recidiva: Veintiocho casos fueron tratados con curetaje (40%), y sólo recidivaron 3 (10%). Pero considerando todos los tratamientos: curetaje, resección, extirpación, amputación, se tuvo un porcentaje del 11,5% de recidivas.

Tratamiento: Radioterapia (no en niños por el cartílago de crecimiento), curetaje, resección-amputación, o curetaje más resección más radioterapia o curetaje más resección, o curetaje más amputación.