

PROLIFERACIÓN OSTEOCONDROMATOSA PAROSTAL O LESIÓN DE NORA; MANEJO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO A PROPÓSITO DE UN CASO.



Dra. María Murcia Gómez¹, Dr. Jorge Álvarez González², Dr. Juan Eduardo Gil Gómez², Dra. María de los Ángeles Trigueros Rentero², Dr. Francisco Vera Repullo², Dr. Ángel María Torres Castillo², Dr. Juan Reyes Jiménez³.

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, España

¹Médico interno residente de Cirugía Ortopédica y Traumatología de 2º año; ²Médico Adjunto de la unidad de Miembro Superior; ³Jefe de Servicio

Introducción

La lesión de Nora o proliferación osteocondromatosa parostal es una entidad benigna poco frecuente descrita por primera vez en 1983 por Nora et al que se manifiesta como una lesión exofítica con características histológicas de tejido óseo, fibroso y cartilaginoso asociado a una reacción perióstica. A pesar de su naturaleza benigna es necesario filiar la lesión puesto que debemos realizar diagnóstico diferencial con otras entidades malignas y benignas. Su localización más común son las falanges de las manos, seguidas de los pies y otros huesos como el cráneo o la mandíbula. El tratamiento suele ser quirúrgico llevando a cabo la exéresis de la lesión con tasas de recidiva que pueden alcanzar el 50%.

Objetivos

Dado que es una lesión poco frecuente que se manifiesta con clínica inespecífica exponemos un caso clínico que ilustra la dificultad que a veces presentan para el diagnóstico e incluso para decidir el tratamiento.

Material y Métodos

Paciente de 40 años que presenta dolor continuo de años de evolución en 4º dedo de la mano derecha acompañado de inflamación con movilidad conservada. A la exploración hallamos una tumefacción dolorosa a la palpación en la F1 de dicho dedo. La imagen radiográfica de lesión exofítica que no invade el canal medular junto a una resonancia magnética compatible apoya el diagnóstico de proliferación osteocondromatosa parostal y es la anatomía patológica la que confirma el diagnóstico. El tratamiento consistió en la exéresis de la lesión mediante un abordaje tipo Brunner sobre la cara palmar del 4º dedo, para acceder a la lesión se abre la polea A2 (Imagen 1) a través de una incisión en Z y lateralizando los tendones flexores conseguimos alcanzar la lesión hallada en el periostio de la falange proximal (Imágenes 2 y 3). Tras la extirpación se cierra la incisión por planos, incluida la polea (Imagen 4). La anatomía patológica de la muestra confirma el diagnóstico.

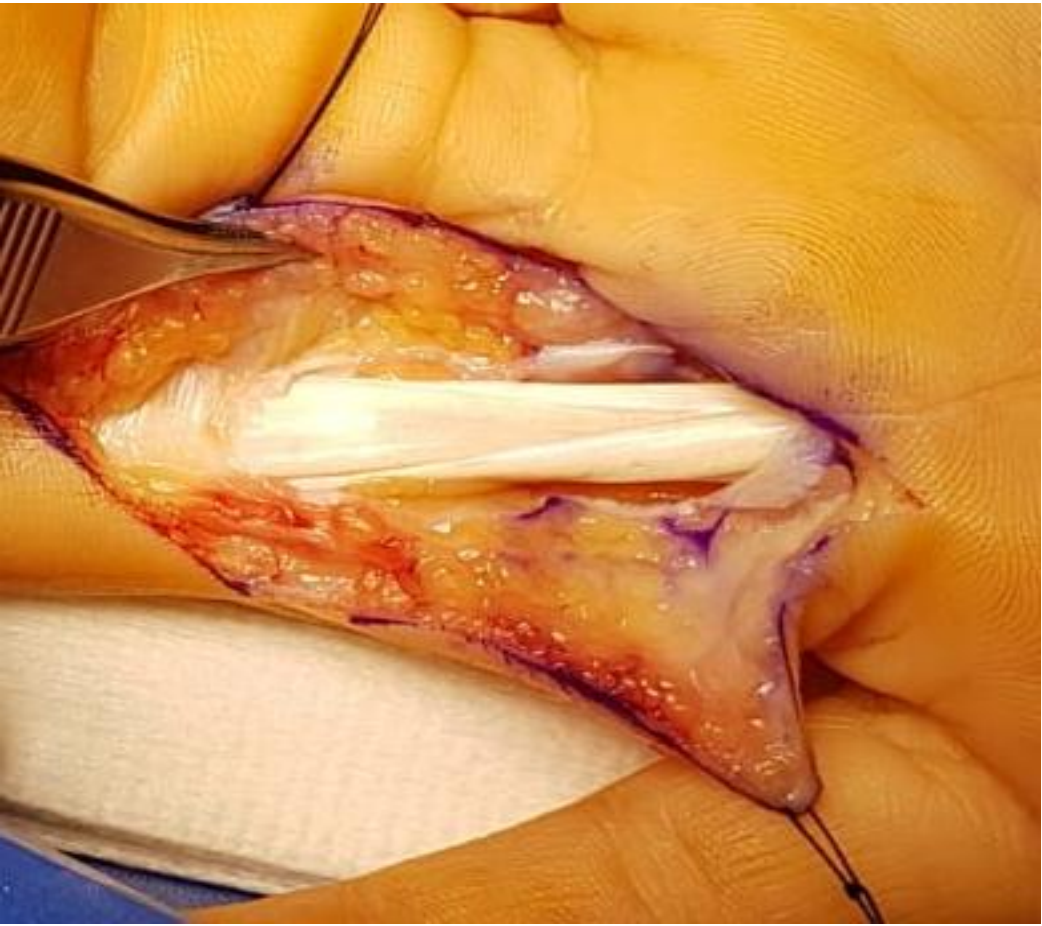


IMAGEN 1. Tras abrir la polea A2 se exponen los tendones flexores.



IMAGEN 2. Localización de la lesión al lateralizar los tendones.



IMAGEN 3. La pinza contiene la tumoración que va a ser extirpada y enviada a anatomía patológica.



IMAGEN 4. Sutura de la polea A2

Resultados

Tras un postoperatorio en el que la paciente llevó una férula dorsal de protección para prevenir el fallo de la sutura de la polea, se permitió realizar movimientos progresivos de flexoextensión y a los 5 meses se da el alta dada la buena evolución, sin evidencia de cuerda de arco y sin signos de recidiva.

Conclusiones

La lesión de Nora aparece indistintamente en ambos sexos con una prevalencia mayor en la edad adulta. La etiología es aún desconocida y aunque se ha postulado un posible origen postraumático, la alta tasa de recidivas y su asociación a diversas traslocaciones cromosómicas como t(1;17), (q32;q21) y t(1;17) (q42;q23) van en contra de esta hipótesis. Para el diagnóstico es importante la sospecha clínica, en la radiografía podemos encontrar una lesión exofítica bien delimitada que no invade el canal medular. Y con la resonancia magnética confirmamos la sospecha, aunque la histología es quien da el diagnóstico definitivo.

En el diagnóstico diferencial se deben tener en cuenta entidades como la miositis osificante, el osteocondroma, la exostosis subungular, el osteosarcoma parostal y la periostitis reactiva. En cuanto al tratamiento tampoco existe consenso ya que algunos autores abogan por tratamiento conservador dada la tasa de recidivas que puede alcanzar hasta el 50% y la tendencia a la resolución espontánea. Como conclusión decir que el tratamiento debe individualizarse, de manera que en el caso que nos ocupa con la exéresis logramos una resolución de la sintomatología sin que a día de hoy exista recidiva.

1. Gómez Sánchez RC, Delgado Martínez AD, Cecilia López D. Fracturas y luxaciones de la mano. Infecciones, Tumores. Curso COT: 2018: ?????.
2. Espinosa A, Barbosa G. Enfermedad de Nora. Proliferación osteocondromatosa parostal atípica. Rev Colomb Cancerol 2011; 15(3):155-160.
3. Esenwein P, Hürlimann S, Ries M, Kröll A. Nora's Lesion: a rare differential diagnosis for benign peripheral bone tumors. Handchir Mikrochir Plast Chir. 2015 Jun; 47(3): 203-205

Bibliografía