



I CASO CLINICO

Síndrome subacromial por osteocondroma solitario de la clavícula

Subachromial syndrome secondary to solitary clavicular osteochondroma

Chaparro Recio M, Viana López R

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital General y Universitario de Guadalajara.

Resumen

Objetivo: Describir una causa rara del síndrome subacromial.

Material y método: Paciente joven con clínica hombro doloroso izquierdo de varios meses de evolución. Tras anamnesis y exploración física con maniobras de exploración pasivas, activas y contrarresistencia, se diagnosticó de síndrome subacromial que fue confirmado mediante radiografía simple, TAC y RNM.

Resultados: Se apreció una imagen de densidad ósea en la clavícula compatible con barra osteofitaria o tumoración osteocondral. En la RNM se apreciaron imágenes con diferente señal en la porción posterior y lateral de la clavícula.

Conclusiones: El diagnóstico de síndrome subacromial es frecuente y su causa más habitual es una alteración mecánica del manguito rotador. Sin embargo hay que considerar otras causas más raras como es el osteocondroma, especialmente en pacientes jóvenes con escasa demanda funcional y hombro doloroso.

Palabras clave:

Clavícula, osteocondroma, síndrome subacromial.

Abstract

Objective: To comment on the rare causes of a diagnosis as common as subachromial syndrome.

Material and method: A young patient presented with several months of pain in the left arm. Subachromial syndrome was diagnosed following the history and physical examination with passive, active and counter-resistance locomotion maneuvers. The study was subsequently completed with plain X-rays, computed axial tomography and magnetic resonance imaging.

Results: After the sequential clinical diagnosis of subachromial syndrome, a bone-density image was noted at distal and mid-clavicular level, compatible with an osteophytic bar and/or osteochondral tumor. Following magnetic resonance imaging, images with different signal intensities were observed at posterodistal clavicular level.

Conclusions: Subachromial syndrome is too often diagnosed, and although the most common cause of the disorder is mechanical condition of the rotator cuff, more unusual disorders such as osteochondroma may simulate it. This possibility must be taken into account in young patients with scant functional demand and a painful shoulder.

Key words:

Clavicle, osteochondroma, subachromial syndrome.

Correspondencia

M. Chaparro Recio.
Servicio de Traumatología del Hospital General y Universitario de
Guadalajara. C/Barrionuevo 2, 4ºB. Guadalajara 19001
manuel_chaparro_recio@hotmail.com

Introducción

El origen del osteocondroma de clavícula proviene de los centros de osificación desde los cartílagos de crecimiento, presentando dos: uno a nivel medial y otro lateral [1] variando su frecuencia según la edad.

La existencia de hombro doloroso no traumático secundario a síndrome subacromial en pacientes jóvenes, obedece frecuentemente a patología reumatológica. Otras causas son los cuadros de compresión del nervio supraescapular, neuromas, u obstrucción subclavia en el seno de discrasias sanguíneas. Sin embargo, raras veces se han descrito en la literatura osteocondromas claviculares como causa de síndrome subacromial.

Caso clínico

Mujer de 28 años que presenta dolor inflamatorio de varios meses de evolución en hombro izquierdo que aumenta con los movimientos condicionando su vida cotidiana. Durante la exploración física se apreció una limitación dolorosa a 100° de abducción y a la rotación externa, con maniobras de Gerber negativa, Patté positivo y pinzamiento positivo. Con la palpación profunda se apreció una exostosis en la articulación acromioclavicular, excéntrica a la región supraescapular. La movilidad activa y a contrarresistencia estaban conservadas y la exploración neurológica resultó normal.

Fue diagnosticada de síndrome subacromial y se comenzó un tratamiento conservador con antiinflamatorios y rehabilitación, mediante ejercicios pendulares e isométricos de Codman, ultrasonidos termorregulables y maniobras de desimpactación de la cabeza humeral.

Simultáneamente se efectuó un estudio radiográfico observándose en la porción postero-lateral una imagen de densidad ósea compatible con masa de patrón de crecimiento radiológico benigno, sin signos de irradiación ni infiltración medular. La cortical estaba intacta. Durante la reconstrucción en la RNM y TAC se observó una masa ósea mamelonada de posible origen clavicular e incluso escapular que invadía el espacio subacromial, afectando a la escotadura subescapular.

Tras indicarse la cirugía abierta mediante abordaje posterolateral se confirmó el origen clavicular exclusivo de la prominencia ósea. Objetivamos intraoperatoriamente, una masa compresiva con efecto mecánico invasivo no infiltrante afectando a tendón del músculo supraespinoso, espacio subacromial, fosa subescapular y supraespinosa.

La primera sospecha diagnóstica, se orientó hacia una patología congénita, una barra ósea congénita coracoclavicular. Posteriormente, se diagnosticó de probable osteocon-

droma, según las características macroscópicas que confirmó el estudio anatomopatológico.

Durante el seguimiento durante dos años no se observó recidiva de la masa ni patrón sugerente de infiltrados a partes blandas (Figura 1, Figura 2).

Discusión

En una serie de 600 osteocondromas, sólo 4 afectaron a la clavícula [2]. Klein [3] manifestó que de 13.000 tumores primarios óseos, sólo el 0,45 % se presentan en la clavícula, siendo más frecuentes los tumores malignos que los benignos [4,5].

La clavícula presenta tres centros de osificación de comportamiento es endondral [6-9] que cierran hacia los 20

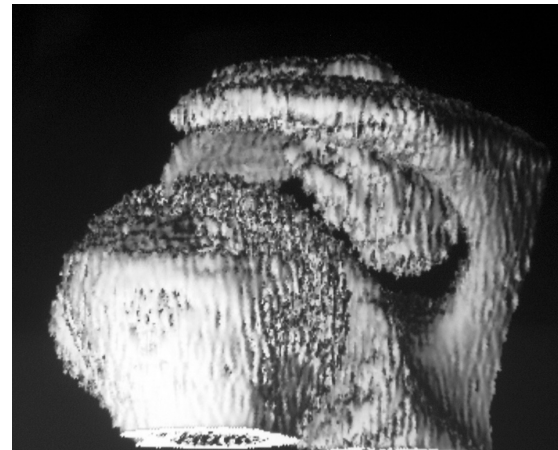


Fig. 1.



Fig. 2.

años de edad. La localización externa y posterior de nuestro caso apoya la teoría del comportamiento del cartílago lateral como cartílago de crecimiento. El osteocondroma clavicular se desarrolla en niños con carácter asintomático y, como ocurre en nuestro caso, tienen un crecimiento lento, pasando desapercibidos hasta que la masa comprime las estructuras vecinas y debuta, entre los 16 y 35 años, con clínica de síndrome subacromial con afectación al manguito de los rotadores [10,11].

El diagnóstico diferencial se debe hacer con la patología del tendón supraespinoso degenerativa o proliferativa que involucra al acromion, la coracoacromial, las uniones acromioclaviculares o la tuberosidad ligamentaria, los procesos acromiales tipo III y los coracoideos y las pseudoartrosis acromiales. También los neuromas, las compresiones del nervio supraescapular, las obstrucciones dolorosas de la vena subclavia y las malformaciones congénitas son causas que deben tenerse en cuenta [7-12].

Nuestra paciente presentaba una limitación a la abducción a 100° y a la flexión a 10°. En comparación con otros estudios [7,11] el efecto por compresión de la masa era mayor en nuestro caso.

En el estudio radiográfico y con RNM no se demostraron los signos típicos indirectos descritos en la literatura, reacción de la bursa acompañada de colección serosa ni compromiso neurovascular. No se apreciaron criterios de malignidad del cartílago, como son la presencia de un grosor cartilaginoso mayor de 2 y 3 cm en adultos y niños respectivamente [11] (Figura 3) (Figura 4).

El riesgo de degeneración sarcomatosa es inferior al 1% en el osteocondroma solitario y llega 10% en el osteocondroma múltiple [5] no siendo frecuente en el esqueleto periférico. Por ello, la solución quirúrgica es el tratamiento definitivo tras obtener un diagnóstico de certeza. Así eliminamos el dolor y se evita la escasa posibilidad de degeneración maligna. Por su parte, el tratamiento conservador puede indicarse cuando el dolor es tolerado por el paciente o está contraindicada la cirugía. La técnica quirúrgica recomienda el abordaje posterior, incluyendo una variante del transacromial tipo Debiere y Patte.

Nosotros no tuvimos complicaciones postquirúrgicas. Según Bottner et al [13], tras el seguimiento de 86 pacientes con osteocondromas sintomáticos, la mayoría de los cuales se localizaron en el fémur y 30 de ellos múltiples, describieron fractura postquirúrgica del cuello en el 4,7% de los casos y neuralgias compresivas postoperatorias. Estas complicaciones se corresponden más con la región anatómica y la propia cirugía que por la naturaleza del osteocondroma. ■

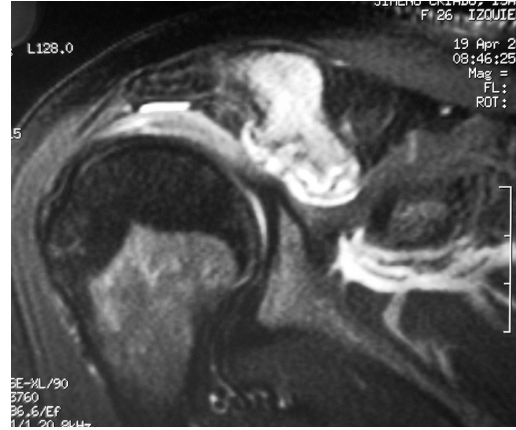


Fig. 3.

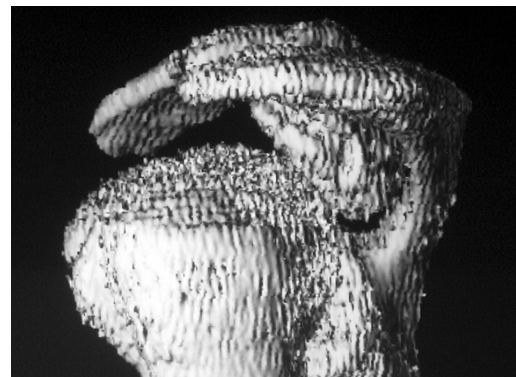


Fig. 4.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Allman BA, Goldberg MJ. Solitary osteochondroma of the clavicle. *J Pediatric Orthop* 1991; 11:181-3.
2. Dahlin DC, Krishnan UK. *Bone tumors*, 4 th ed. Springfield: Charles C Thomas, 1986.
3. Klein MJ. Osteoid osteoma of the clavicle. *Clin Orthop Rel Res* 1979; 143:162-4.
4. Smith J. Primary tumors and tumor-like lesions of the clavicle. *Skel Radiol* 1988; 17:235-46.
5. Pratt G. Tumors of the scapula and clavicle. *Surg Gynec Obstet* 1958; 106:536-44.
6. Gardner E. The embryology of the clavicle. *Clin Orthop Rel Res* 1968; 58:9-16.
7. Ogawa K, Yoshida A, Ui M. Symptomatic osteochondroma of the clavicle. A report of two cases. *J Bone Joint Surg (Am)* 1999; 81:404-8.
8. Mollano AV, Hagy ML, Jones KB, Buckwalter JA. Unusual osteochondroma of the medial part of the clavicle causing



- subclavian vein thrombosis and brachial plexopathy. *J Bone Joint Surg (Am)* 2004; 86-A:2747-50.
9. vander Maren C, Guillaumie B, Hüge J, Bodart A, van Ruysevelt C. Ostéochondrome de la clavicule et syndrome douloureux de l'épaule. À propos d'un cas. *Revue de la littérature. Rev Chir Orthop* 1994; 80:334-7.
 10. Uri DS, Dalinka MK. Muscle impingement. MR imaging of a painful complication of osteochondroma. *Skel Radiol* 1996; 25:689-92.
 11. Reichmister J, Reeder JD, Gold DL. Osteochondroma of the distal clavicle: an unusual cause of rotator cuff impingement. *Am J Orthop* 2000; 29:807-9.
 12. Woertler K, Lindner N, Gosheger G. Osteochondroma: MR imaging of tumor related complications. *Eur radiology* 2000; 10:832-40.
 13. Bottner F, Rodl R, Kordish I. Surgical treatment of symptomatic osteochondroma. A three to eight year follow up study. *J Bone Joint Surg (Br)* 2003; 85-B:1161-5.

Conflicto de intereses

Los autores no hemos recibido ayuda económica alguna para la realización de este trabajo. Tampoco hemos firmado ningún acuerdo por el que vayamos a recibir beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial. Ninguna entidad comercial ha pagado, ni pagará, a fundaciones, instituciones educativas u otras organizaciones sin ánimo de lucro a las que estamos afiliados.