



# PROLIFERACIÓN OSTEOCONDROMATOSA PAROSTAL BIZARRA (LESIÓN DE NORA) EN RADIO DISTAL. REPORTE DE UN CASO Y DISCUSIÓN DEL MANEJO DE ESTA ENTIDAD POCO FRECUENTE



Schüller Arteaga, J.; Gallo Ayala, J.; Berlanga Porras, A.

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España



## INTRODUCCION

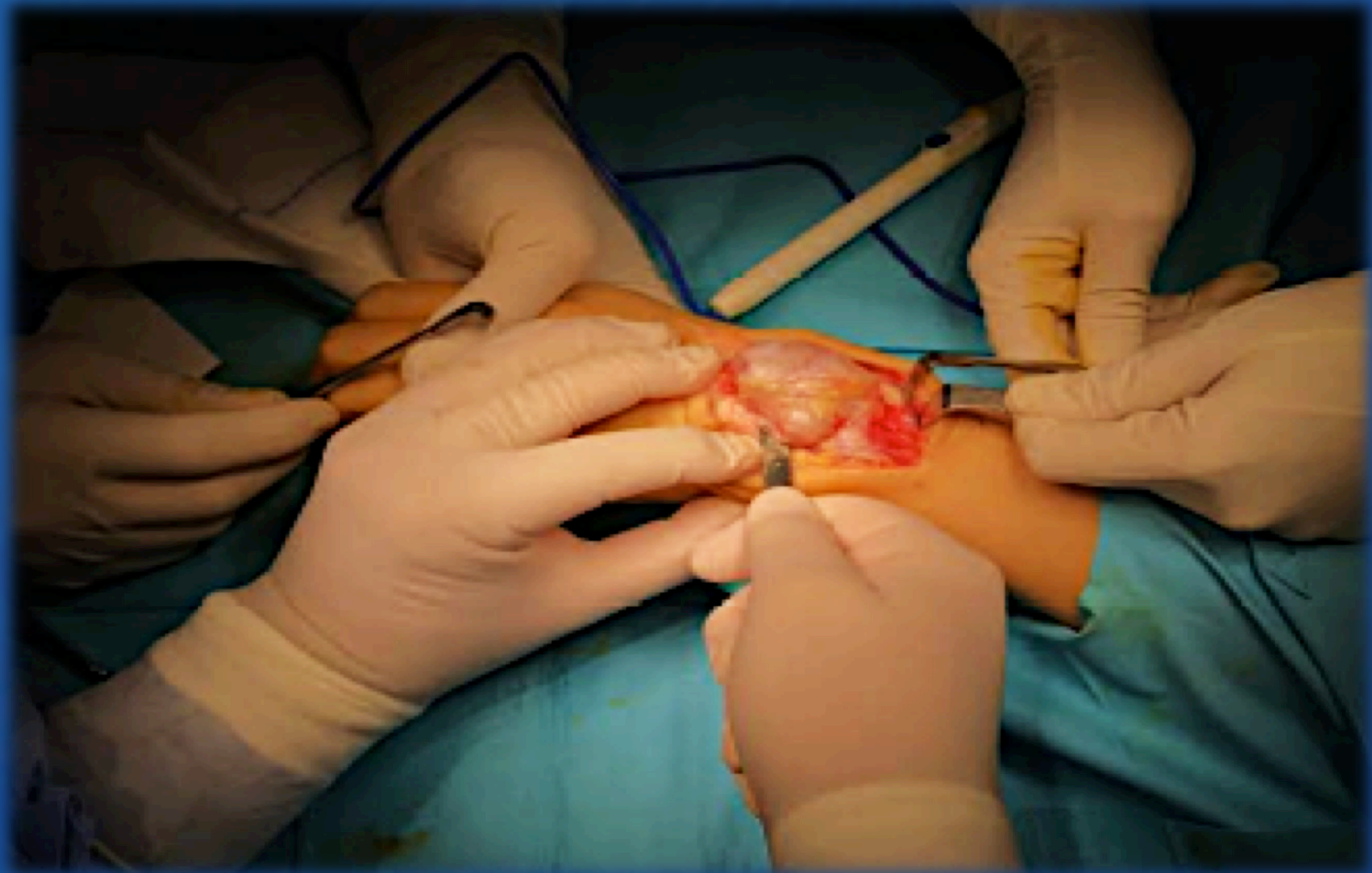
La proliferación osteocondromatosa parostal bizarra (POPB) también llamada lesión de Nora fue descrita por primera vez en 1983 por Nora *et al*; es una entidad poco frecuente caracterizada por el crecimiento exofítico del tejido óseo, cartilaginoso y fibroso a partir del periostio. Se trata de una tumoración ósea benigna prevalente en jóvenes que cursa con clínica de tumoración local e impotencia funcional. Los lugares más comunes de aparición son los huesos de las manos y pies (75%), siendo rara la localización en huesos largos. El diagnóstico se establece mediante técnicas de imagen y estudio anatómico-patológico. A pesar de ser una lesión benigna presenta un patrón inicial de crecimiento local agresivo, así como una alta tasa de recidiva post-resección por lo que pueden confundirse con lesiones malignas (osteosarcoma paraostal) con las cuales debemos establecer un diagnóstico diferencial. Debido a su infrecuencia y rara presentación, la lesión de Nora puede ser manejada de forma inadecuada, resultando en tratamientos quirúrgicos agresivos.

## OBJETIVOS

Presentar un caso en donde abordamos diagnóstico, manejo y tratamiento de un paciente con lesión de Nora en radio distal, para de este modo divulgar esta entidad poco frecuente y establecerla como diagnóstico diferencial con patología tumoral maligna, ya que desde su descubrimiento pocos casos han sido reportados en la literatura, limitándose a casos aislados o pequeñas series de casos.

## MATERIAL Y METODOLOGÍA

Paciente masculino (42a) derivado a la unidad de tumores del HUVR por presentar tumoración dura en dorso de muñeca izquierda de dos años de evolución. No presentaba historia de trauma o fractura. Imagen de calcificación en Rx. Se realiza previamente estudio de RMN y TAC sin poder descartar la naturaleza de la lesión, derivando como posible osteocondroma vs condrosarcoma. Se discute en comité de tumores donde radiológicamente se descarta lesión de tipo osteosarcoma paraostal u osteocondroma por notar ausencia de continuidad entre cortical y medular del radio. Se realiza biopsia evidenciando proliferación osteocondromatosa bizarra parostal (lesión Nora) planteando tratamiento conservador en un primer momento. El paciente a los meses presenta aumento de tamaño de la lesión con limitación funcional de la articulación. Se realiza escisión amplia de la lesión sin complicaciones durante acto quirúrgico.



## RESULTADOS

Postoperatorio satisfactorio con buen balance articular y ausencia de dolor o limitación funcional. Se cita a los 4 meses con rx control por el riesgo de recidiva, evidenciándose un nuevo nódulo indurado de 1 cm adherido al hueso. Paciente sin clínica. Se cita los 5 meses para ver evolución.



## CONCLUSIONES

La lesión de Nora (POPB) es una entidad poco frecuente de etiología y curso clínico poco conocido. La lesión tiene una consistencia dura y un crecimiento lento, con o sin dolor dependiendo del efecto masa que ejerza. Puede estar relacionada a un proceso reparativo posterior a un trauma al periostio. Se ha descrito como una lesión perióstica reactiva que cursa por distintas fases. Los principales diagnósticos diferenciales son el osteocondroma, condrosarcoma y osteosarcoma paraostal. En radiografía convencional y TC, la POPB esta bien delimitada sin continuidad entre la cortical y la medular ósea, como si lo observamos en osteocondromas. Debido a que su etiología, historia natural y curso clínico no son bien conocidos, el manejo debe ser llevado a cabo por un comité multidisciplinario, siendo de suma importancia la biopsia para confirmar el diagnóstico y descartar tumores óseos malignos. El tratamiento inicialmente y si no presenta clínica es conservador durante la fase activa por la alta tasa de recidiva (50% en dos años), siendo posteriormente el tratamiento definitivo quirúrgico, mediante una escisión amplia y completa de la lesión residual.

