

DISCINESIA ESCAPULAR EN PACIENTE CON GRAN OSTEOCONDROMA DE ESCAPULA: A PROPOSITO DE UN CASO

Mengual Delgado, JI; Marqués Gómez, FS; Sánchez Bosque, MA; Muñoz Reyes, F

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA, CÓRDOBA

Objetivos

Describir los **hallazgos clínicos, radiológicos** y la **técnica quirúrgica** de resección de un **ostecondroma de gran tamaño** en una localización inusual como es el borde medial de la escápula a través de la presentación de un caso clínico tratado en nuestro centro.

Material y Método

Presentamos el caso de un paciente varón de 17 años, sin antecedentes de interés, que consulta por dolor y sensación de roce a nivel de escápula derecha que aumentaba con las movilizaciones de hombro e impedía la actividad deportiva. A la exploración presentaba **prominencia del borde medial** y **discinesia escapulares**. El estudio radiológico secuencial con radiografías, TC y RM evidenció la presencia de una tumoración ósea con características en imagen de ostecondroma en cara ventral de borde medial escapular que penetraba en el tercer espacio intercostal. Tras un año de seguimiento clínico-radiológico se decidió **intervención quirúrgica**.



Figura 1. Reconstrucción 3D de TC en el que se muestra la lesión pediculada que impronta tercer espacio intercostal

Resultados

Bajo anestesia general, se colocó en posición de decúbito lateral con el hombro derecho flexionado en 90° y el brazo apoyado sobre almohadillado. El **abordaje de Judet modificado** que empleamos respeta trapecio y romboides mayor, así como proporciona un acceso adecuado al borde medial escapular, permitiéndonos elevar ligeramente la escápula para la resección completa del tumor. En nuestro caso éste se encontraba en íntimo contacto con la tercera y cuarta costillas, habiendo desarrollado una bursa hipertrófica. Se resecó una masa de consistencia osteocartilaginosa de 5,5 x 5,1 x 3,3 cm.

El estudio anatomopatológico confirmó la sospecha de **ostecondroma sin signos de malignidad**.

En el seguimiento postoperatorio el paciente recuperó su actividad normal al mes, desapareciendo el dolor y el chasquido escapular. Al año de la intervención no presentaba signos de discinesia escapular y no había limitación en el rango de movilidad del hombro intervenido.

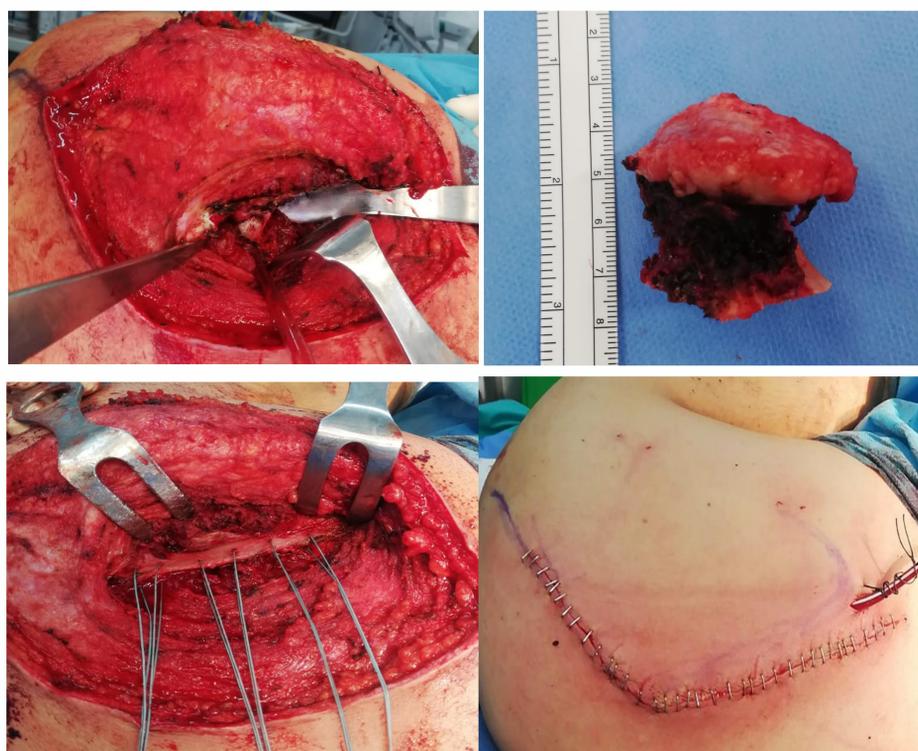


Figura 2. Imágenes intraoperatorias en las que se muestra el abordaje de Judet modificado para resección de ostecondroma

Conclusión

En un paciente con alteración en la dinámica escapulotorácica debemos incluir en el **diagnóstico diferencial** las neoplasias óseas, en nuestro caso un inusual **ostecondroma escapular**. El **abordaje de Judet** permite un acceso adecuado a la cara ventral del borde medial de la escápula y la resección de tumores en esta localización con buenos resultados y con ausencia de complicaciones postoperatorias.