

# OSTEOCONDROMA EN TROCÁNTER MENOR: Luxación controlada, disimetría y coxa valga.

J. De la Hera Fernández <sup>1</sup>; M. Ortiz Gutiérrez <sup>1</sup>; A. Fernández González <sup>1</sup>; A. Ramos Luque <sup>1</sup>; M. Rubio Lorenzo <sup>2</sup>.  
 (1)Hospital General Sierrallana. (2) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. - Cantabria.

## Introducción

La consulta por **dismetría** o **deformidades en varo/valgo** es frecuente, pero cuando el origen es un osteocondroma, es una situación excepcional. Esto ocurre cuando se encuentran cerca de la fisis ejerciendo una presión asimétrica, justificando todo el cuadro clínico.

## Material y métodos

Niño de 10 años valorado por **marcha asimétrica**. Los estudios radiográficos confirman una **dismetría de 1'3cm** asociado a un importante **osteocondroma en trocánter menor (figura 1)** que genera **coxa valga, sin subluxación de la cabeza**.

Se amplían imágenes con **RMN (Figura 2)** que confirma "*voluminosa excrecencia ósea con continuidad córtico-medular y de base ancha en la cara interna de la metáfisis proximal femoral izquierda, inmediatamente anterior al trocánter menor, con un tamaño de 54\*40\*50mm con cobertura cartilaginosa de un grosor máximo de 6 mm, siendo compatible con un osteocondroma sésil.*"

- Dado la **situación asintomática**, se opta por tratamiento conservador con alza de 1'5 cm.
- **Tras 2 años de seguimiento**, desarrolla **cojera, rotación externa de la extremidad y genu valgo** (Zona II de Stevens), en el contexto de coxa valga.

El tratamiento quirúrgico se realizó mediante una **luxación de cadera** a través de un abordaje anterior, una **resección del osteocondroma (Figura 3)** y una estabilización con una **placa PediLock (Figura 4)**.

**Después de la operación**, se sometió a rehabilitación, comenzando con un rango de movimiento de 100° de flexión, 20° de aducción y 30° de abducción. **A los seis meses, logró la recuperación completa del movimiento.**

El seguimiento mostró un crecimiento normal, una mejora del valgo y una discrepancia bien compensada de 1 cm en la longitud de las extremidades. A día de hoy, el caso sigue abierto.

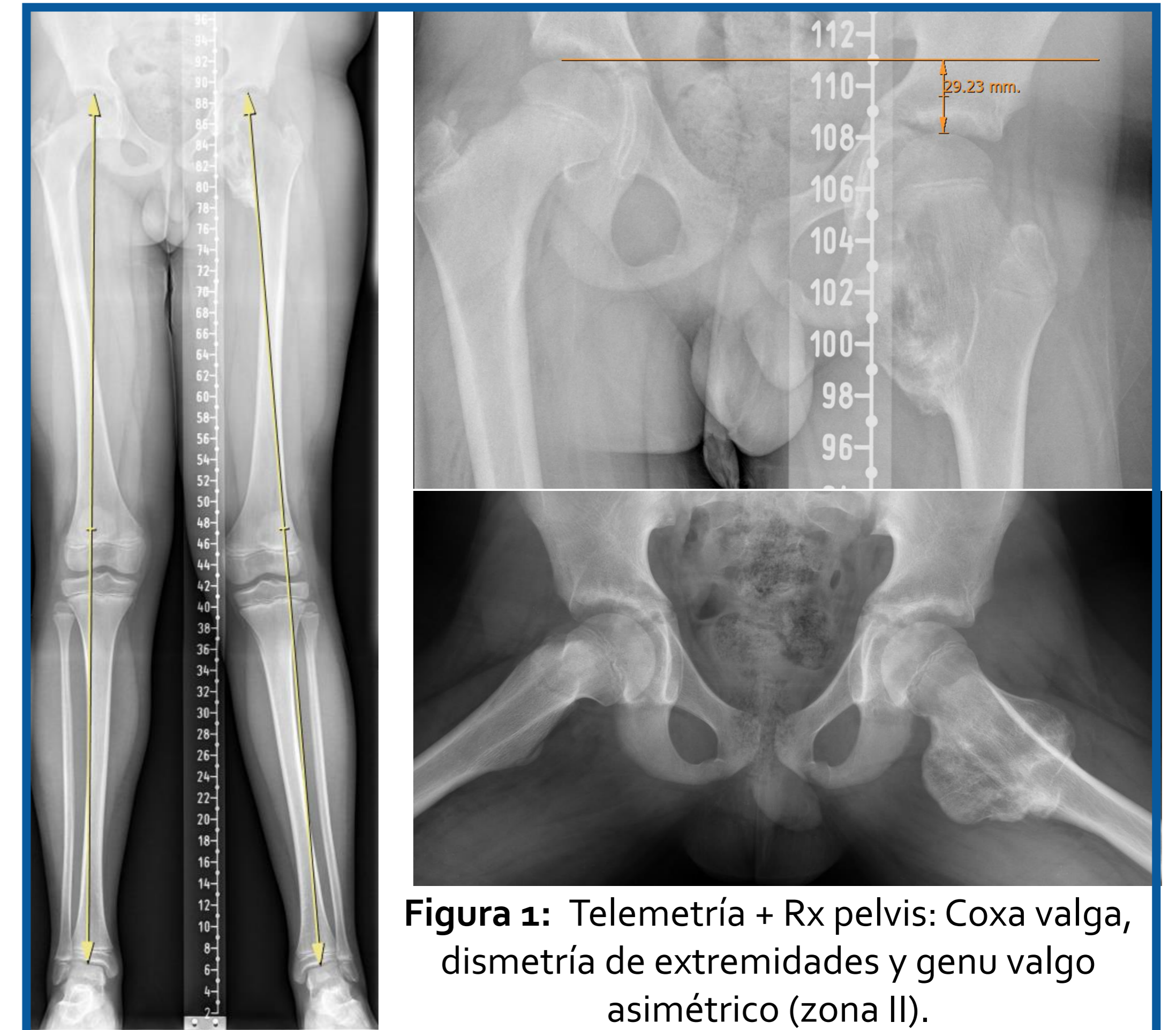


Figura 1: Telemetría + Rx pelvis: Coxa valga, disimetría de extremidades y genu valgo asimétrico (zona II).

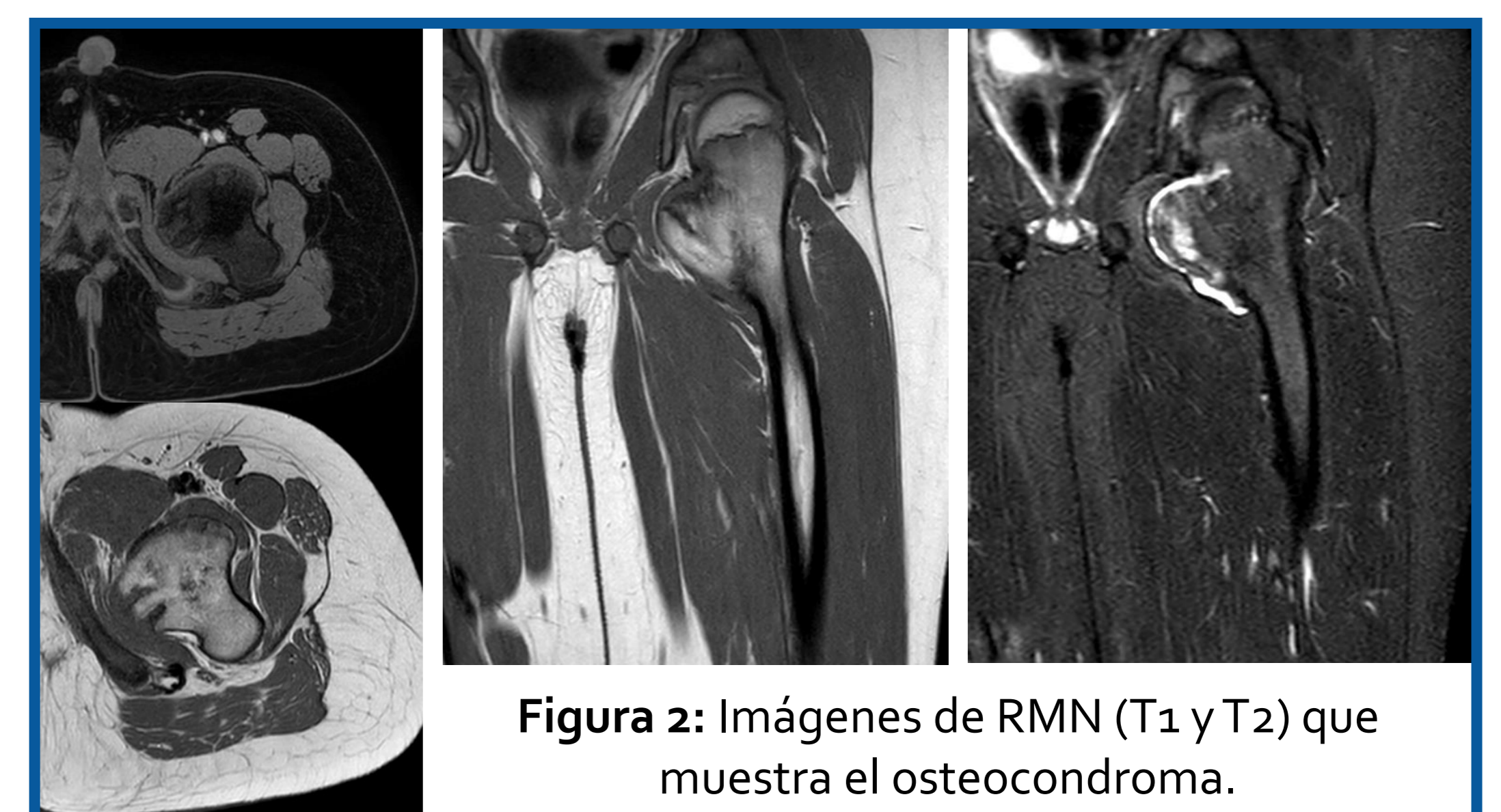


Figura 2: Imágenes de RMN (T1 y T2) que muestra el osteocondroma.

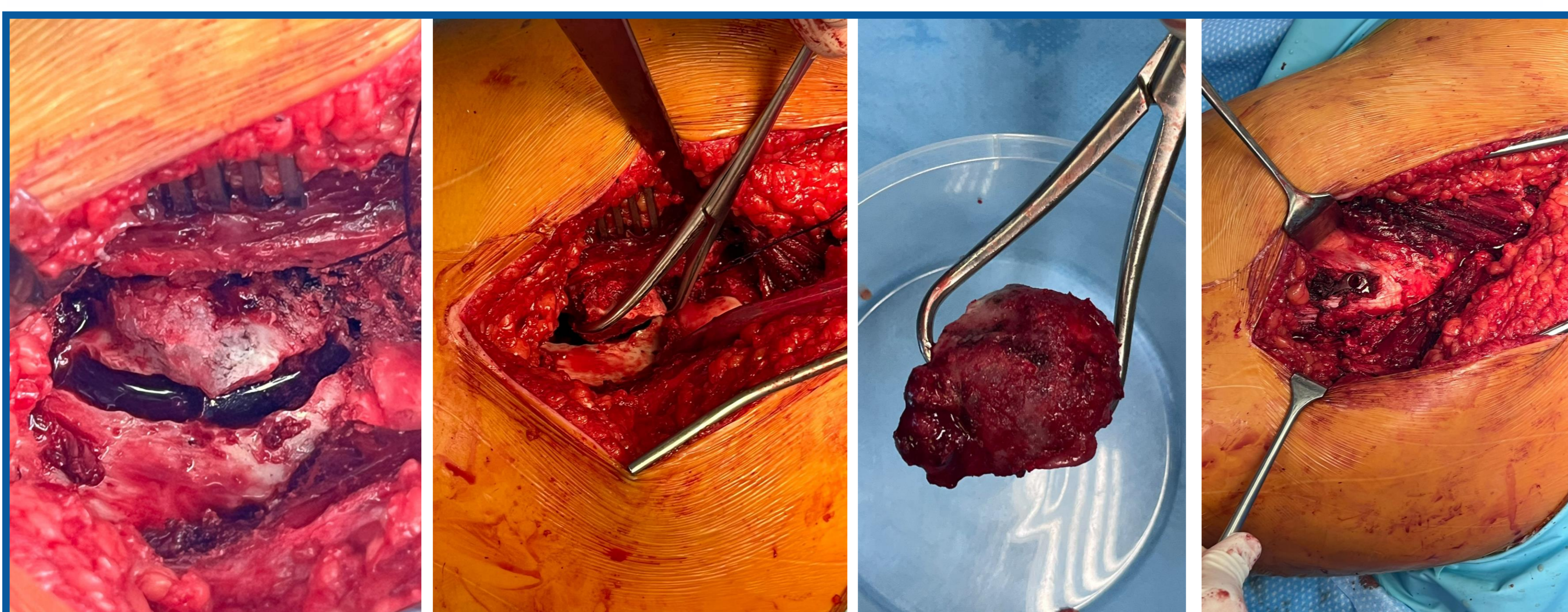


Figura 3: Secuencia operatoria de izquierda a derecha: Delimitado del osteocondroma, exéresis y refuerzo.



Figura 4: Placa PediLock 130°<sup>®</sup> como sostén tras resección de osteocondroma por abordaje anterior en bikini.

## Conclusión

Un osteocondroma en el trocánter menor **puede provocar coxa valga al inducir un crecimiento vertical**. A menudo está relacionado con *exostosis hereditarias múltiples*, a veces como adaptación a la displasia acetabular.

El **seguimiento radiológico** es esencial para evaluar la **subluxación de la cabeza femoral** utilizando el índice de Reimer o el ángulo de Wiberg. Si hay **subluxación** o **alteraciones biomecánicas**, se debe considerar la intervención quirúrgica, incluyendo el **crecimiento guiado**, la **extirpación** o la **osteotomía**.