

CIRUGÍA EN LA LESIÓN DE NORA: CÓMO MEJORAR LOS RESULTADOS Y EVITAR RECIDIVAS.

Mediavilla Santos, Lydia; Alvaro Alonso, Alberto; Sosa González, Guillermo; Narbona Cárceles, Francisco Javier; Villa García, Angel José.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.



INTRODUCCION Y OBJETIVO

La lesión de Nora (LN), o proliferación osteocondromatosa parosteal bizarra, es una entidad que suele manifestarse entre la segunda y tercera década de vida, afectando principalmente huesos tubulares de manos y pies. A pesar de ser una lesión benigna, se caracteriza por un crecimiento rápido y una elevada tasa de recidiva.

El objetivo es describir las características clínicas y radiológicas típicas de la LN y presentar un abordaje terapéutico alternativo para reducir la tasa de recidiva.

MATERIAL Y METODOS

Paciente de 11 años con tumoración indolora en el dorso del pie izquierdo, a nivel del segundo metatarsiano, de 4 meses de evolución.

La radiografía muestra una lesión yuxtacortical en cara dorsal del segundo metatarsiano expansiva sin matriz condroide evidente. La RMN revela una masa de 16x18x35 mm en la superficie cortical diafisaria sin infiltración medular. La biopsia con aguja gruesa muestra una proliferación de células de matriz fibrosa, cartilaginosa y ósea sin atipias, siendo la LN el principal diagnóstico de sospecha.

Debido a la morfología de la lesión y la dificultad para conseguir una resección con márgenes adecuados mediante biopsia escisional respetando el hueso adyacente, se opta por una resección en bloque con márgenes amplios más reconstrucción con injerto autólogo de peroné.



Fig 1. Radiografía simple y RMN T2 que muestran la lesión afectando circunferencialmente al 2º MTT de pie izquierdo.



Fig 2. Arriba a la izquierda: lesión de Nora con resección intercalar de 2º MTT. Arriba a la derecha: tallado de autoinjerto de peroné ipsilateral. Abajo: reconstrucción de defecto óseo con autoinjerto.

RESULTADOS

El estudio histopatológico confirma el diagnóstico de Lesión de Nora. A los 4 meses, el injerto presenta integración completa, permitiendo a la paciente retomar actividad deportiva de alto impacto. Tras 2 años de seguimiento, no hay signos de recidiva local.



Fig 3. Control a los 4 meses con autoinjerto consolidado.

CONCLUSIONES

Dada la naturaleza benigna de la LN, el tratamiento más utilizado consiste en la escisión local de la tumoración, pseudocapsula incluida, asociado a decorticación de la base del tumor, si bien presenta una tasa de recidiva entre 30-55% según la literatura.

Por este motivo, en aquellos tumores en los que no exista afectación articular, a pesar de ser una lesión benigna, proponemos la realización de una resección en bloque con márgenes y reconstrucción con injerto de peroné autólogo, disminuyendo de esta forma la probabilidad de recidiva local al aumentar los márgenes de seguridad, a la vez que conseguimos una adecuada estabilidad estructural del hueso afecto.

BIBLIOGRAFIA

Referencias:

1. Martínez Álvarez S, Azorín Cuadrillero DL, Little KJ. Bizarre Parosteal Osteochondromatous Proliferation (Nora Lesion) in Pediatric Phalanges. *J Hand Surg Am.* 2021 Apr;46(4):344.e1-344.e9.
2. Lin CH, Wu K. Nora's lesion of the distal ulna: a case report. *J Int Med Res.* 2021 Dec;49(12):3000605211064390.
3. Mahajan S, Chandra R, Mohan Lal Y. "Nora lesion" - Bizarre parosteal osteochondromatous proliferation. *J Clin Orthop Trauma.* 2012 Dec;3(2):119-21.
4. Suresh S. Nora's lesion of the second toe. *Indian J Orthop.* 2010 Jul;44(3):342-4.