

## Exostosis de Turret: osteocondroma adquirido

### Turret Exostosis or Acquired Osteochondroma

Sr. Director:

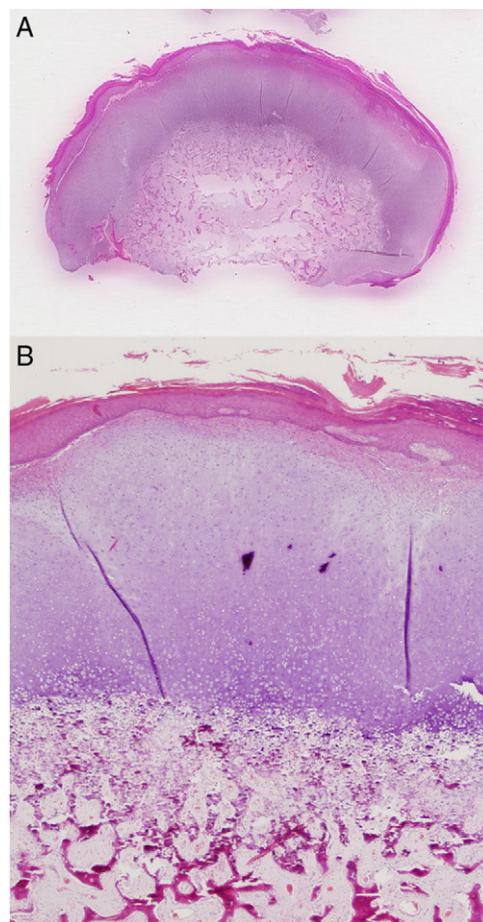
La exostosis de Turret es un raro trastorno del hueso descrito originalmente por Wissinger et al en 1966 como una masa extracortical, lisa y cupuliforme, que emerge del dorso de la falange media o proximal<sup>1</sup>, aunque también se ha reconocido en otras localizaciones del esqueleto. Se cree relacionada con traumatismos que parecen inducir un proceso reactivo en el hueso hasta que se desarrolla un foco maduro de osificación<sup>2</sup>. Aunque el origen de la exostosis de Turret se encuentra en el hueso, puede manifestarse como un nódulo subcutáneo. Las referencias bibliográficas al respecto son escasas y todas ellas aparecidas en publicaciones no dermatológicas.

Presentamos el caso de una mujer de 56 años, sin antecedentes médicos de interés, que consultó al dermatólogo por una lesión nodular de crecimiento progresivo en uno de sus dedos de tres meses de evolución. La lesión tenía 1 cm de diámetro, era discretamente pediculada e indurada a la palpación, el color de la piel era normal, aunque con áreas discretamente eritematosas, y afectaba a la cara palmar de la falange media del tercer dedo de su mano derecha (fig. 1). Se realizó un estudio radiológico que permitió comprobar la presencia de una lesión hiperdensa, bien delimitada, de unos 2 cm de diámetro y sin conexión con el hueso subyacente.

La lesión fue extirpada y el estudio histopatológico mostró una lesión subepidérmica con crecimiento expansivo. La superficie de la lesión exhibía una cápsula osteocartilaginosa madura y signos de osificación endcondral en transición con trabéculas de tejido óseo. Las trabéculas se encontraban cubiertas por una discreta población de osteoblastos sin atipia citológica. En el espacio intertrabecular se observaba un tejido fibroso laxo y ricamente vascularizado. La epidermis



**Figura 1** Características clínicas de la exostosis de Turret, emergiendo de la cara palmar del tercer dedo de la mano derecha de nuestra paciente.



**Figura 2** A y B. Hallazgos histopatológicos; tinción hematoxilina-eosina: la superficie de la lesión exhibe una cápsula osteocartilaginosa madura con signos de osificación endcondral en transición con trabéculas de tejido óseo. B. En el espacio intertrabecular se observa tejido fibroso laxo ricamente vascularizado, evidente en la parte inferior de la imagen.

mostraba acantosis y un estrato córneo grueso, en consonancia con una piel acral (figs. 2 A y B). Con estos hallazgos se llegó al diagnóstico de exostosis de Turret. Un año después la paciente no ha presentado recurrencia de la lesión.

En la actualidad se considera que la exostosis de Turret es una rara complicación secundaria a traumatismos menores. El mecanismo a través del cual se desarrolla es normalmente un traumatismo que da lugar a la formación de un hematoma subperióstico. Dicho hematoma, al no tener vía de drenaje, se osifica de forma gradual<sup>2,3</sup>. Aunque la paciente presentada no recordaba ningún antecedente traumático, es posible que hubiera sufrido algún traumatismo inadvertido para ella.

Resulta también destacable que en nuestra paciente la lesión emergiera de la cara palmar de la falange media. Todos los casos descritos en las manos (salvo uno en el dedo pulgar) afectaban al dorso<sup>4</sup>. Conforme la lesión va creciendo, normalmente produce dolor, puede llegar a disminuir el grado de movilidad del dedo, e incluso se ha descrito la ruptura de tendones en el contexto de una exostosis de Turret<sup>5</sup>. La paciente aquí descrita consultó úni-

camente preocupada por el tamaño que estaba adquiriendo la lesión, pero esta era asintomática.

En el estudio radiológico la lesión aparece como una masa ósea bien delimitada que emerge de la cortical del hueso subyacente, pero sin comunicación con el canal medular, de forma similar a un osteocondroma<sup>5</sup>. El diagnóstico diferencial debería incluir el osteocondroma, el condroma yuxtacortical, la periostitis reactiva florida, la lesión de Nora, el osteosarcoma y el condrosarcoma<sup>3,6</sup>.

La exostosis de Turret no debería intervenir antes de que hayan transcurrido entre 4 a 6 meses desde el traumatismo desencadenante<sup>1</sup>. Una mala técnica quirúrgica y la escisión prematura de la lesión pueden dar lugar a la recurrencia de la misma<sup>7</sup>. La tasa de recurrencia global de estas lesiones en las manos es del 20%<sup>5</sup>. Cuando se producen, las recurrencias aparecen casi siempre dentro de los 6 meses posteriores a la escisión, y normalmente exhiben una calcificación más irregular en comparación con la lesión primaria<sup>2</sup>. En nuestra paciente, tras la extirpación completa, no se ha producido recurrencia.

Algunos autores han sugerido que la exostosis de Turret, junto con la lesión de Nora y la periostitis reactiva florida, pertenecen al espectro de los trastornos reactivos del hueso<sup>2,8,9</sup>. La periostitis reactiva florida se ha propuesto como el primer estadio, y consiste en una proliferación de células fusiformes con un mínimo crecimiento osteocondilaginosa acompañante. Con el tiempo, el nuevo hueso y la metaplasia cartilaginosa se hacen más evidentes, siendo esto conocido como «proliferación extraña osteocondromatosa paraósea» —del inglés *bizarre parosteal osteochondromatous proliferation* (BPOP)—, también conocida como lesión de Nora. Finalmente, el foco de osificación madura da lugar a la formación de una base ósea con una cápsula cartilaginosa, que se corresponde con el osteocondroma adquirido o exostosis de Turret. Esta hipótesis, propuesta inicialmente por autores expertos en histopatología, ha sido corroborada también por la exploración radiológica<sup>2</sup>, y en la actualidad se considera la explicación más plausible para estos procesos reactivos del hueso.

A modo de conclusión, hemos presentado un caso de exostosis de Turret, una rara entidad que puede

manifestarse como un nódulo subcutáneo y que, por lo tanto, el dermatólogo debería conocer.

## Bibliografía

1. Wissinger HA, McClain EJ, Boyes JH. Turret exostosis. Ossifying hematoma of the phalanges. *J Bone Joint Surg Am*. 1966;48:105–10.
2. Dhondt E, Oudenhoven L, Khan S, Kroon HM, Hogendoorn PC, Nieborg A, et al. Nora's lesion, a distinct radiological entity? *Skeletal Radiol*. 2006;35:497–502.
3. Kontogeorgakos VA, Lykissas MG, Mavrodontidis AN, Sioros V, Papachristou D, Batistatou AK, et al. Turret exostosis of the hallux. *J Foot Ankle Surg*. 2007;46:130–2.
4. Mohanna PN, Moiemens NS, Frame JD. Turret exostosis of the thumb. *Br J Plast Surg*. 2000;53:629–31.
5. Murphey MD, Choi JJ, Kransdorf MJ, Flemming DJ, Gannon FH. Imaging of osteochondroma: variants and complications with radiologic-pathologic correlation. *Radiographics*. 2000;20:1407–34.
6. Meneses MF, Unni KK, Swee RG. Bizarre parosteal osteochondromatous proliferation of bone (Nora's lesion). *Am J Surg Pathol*. 1993;17:691–7.
7. Bandiera S, Bacchini P, Bertoni F. Bizarre parosteal osteochondromatous proliferation of bone. *Skeletal Radiol*. 1998;27:154–6.
8. Abramovici L, Steiner GC. Bizarre parosteal osteochondromatous proliferation (Nora's lesion): a retrospective study of 12 cases, 2 arising in long bones. *Hum Pathol*. 2002;33:1205–10.
9. Yuen M, Friedman L, Orr W, Cockshott WP. Proliferative periosteal processes of phalanges: a unitary hypothesis. *Skeletal Radiol*. 1992;21:301–3.

J. Cañueto<sup>a,\*</sup>, Á. Santos-Briz<sup>b</sup>, M. Yuste-Chaves<sup>a</sup>, G. Nieto<sup>a</sup> y P. Unamuno<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jcanueto@yahoo.es](mailto:jcanueto@yahoo.es) (J. Cañueto).

doi:10.1016/j.ad.2010.09.014

## Cutis verticis gyrata primaria no esencial

### Primary Nonessential Cutis Verticis Gyrata

Sr. Director:

Un varón de 16 años, con retardo mental asociado, es remitido a nuestro servicio por presentar unos pliegues en el cuero cabelludo de aproximadamente 10 años de evolución. En la anamnesis el paciente no refería ningún antecedente familiar con lesiones similares, negaba haber presentado algún proceso inflamatorio previo en la zona, así como la presencia de clínica neurológica o psiquiátrica asociada.

A la exploración se apreciaba un plegamiento del cuero cabelludo en el que se observaban surcos y crestas en dirección anteroposterior, que no podían corregirse mediante la tracción de la piel (fig. 1). No se apreciaban zonas de alopecia ni diferencias en cuanto a la distribución del pelo, tanto en las zonas afectas como en las zonas de piel normal. El resto de la exploración física no mostró otras lesiones cutáneas significativas.

Se solicitó una analítica completa, incluyendo hemograma y bioquímica, una analítica de orina, una resonancia magnética nuclear, una biopsia cutánea y un análisis cromosómico que no evidenció ninguna alteración significativa. El estudio oftalmológico realizado tampoco mostró hallazgos significativos.