



# Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello

www.revista.acorl.org.co



## Reporte de caso

## Condroma de septum nasal: reporte de caso

## Nasal septum chondroma: case report

Paola Andrea Medina-Bravo\*, Gabriela Elizabeth Corredor-García\*\*, Ana Sofía Buitrago-Montoya\*\*\*, Juliana Vanessa Rincón-López\*\*\*\*.

\* Residente de Otorrinolaringología, Fundación Universitaria Sanitas (Unisanitas), Keralty. Grupo de investigación Anaboleas, avalado por la Clínica Universitaria Colombia y la Fundación Universitaria Sanitas (Unisanitas). Reconocido por Colciencias (2021), Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación de Colombia; Bogotá, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7903-4024>

\*\* Otorrinolaringóloga, Clínica Universitaria Colombia, Keralty. Grupo de investigación Anaboleas, avalado por la Clínica Universitaria Colombia y la Fundación Universitaria Sanitas (Unisanitas). Reconocido por Colciencias (2021), Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación de Colombia; Bogotá, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8059-8038>

\*\*\* Médico, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9604-2130>

\*\*\*\* Médico Epidemiólogo, Facultad de Medicina, Fundación Universitaria Sanitas (Unisanitas), Keralty. Grupo de investigación Anaboleas, avalado por la Clínica Universitaria Colombia y la Fundación Universitaria Sanitas (Unisanitas). Reconocido por Colciencias (2021), Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación de Colombia; Bogotá, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3622-3735>

Forma de citar: Medina-Bravo PA, Corredor-García GE, Buitrago-Montoya AS, Rincón-López JV. Condroma de septum nasal: reporte de caso. Acta otorrinolaringol. cir. cabeza cuello. 2020;53(4): 371 - 377. Doi: <https://doi.org/10.37076/acorl.v53i4.823>

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido: 15 de enero de 2024

Evaluado: 14 de noviembre de 2025

Aceptado: 02 de diciembre de 2025

#### Palabras clave (DeCS):

Encondromatosis, osteocondroma, cavidad nasal, informes de casos.

### RESUMEN

**Introducción:** la encondromatosis es una patología poco frecuente, caracterizada por lesiones discondroplásicas que afectan principalmente a los huesos largos. Su compromiso en la cavidad nasal y senos paranasales es excepcional y poco documentado. **Caso clínico:** se describe un paciente masculino con antecedente de encondromatosis, en quien, durante el estudio de una celulitis periorbitaria, se identificó incidentalmente una lesión heterogénea en la fosa nasal izquierda con obstrucción del complejo osteomeatal. Se realizó una resección quirúrgica y la histopatología confirmó un osteocondroma. **Discusión:** el compromiso nasosinusal en la encondromatosis es raro y puede manifestarse con síntomas inespecíficos o como hallazgo incidental. Las imágenes diagnósticas son fundamentales para caracterizar la lesión, y la resección quirúrgica continúa siendo el tratamiento de elección, dado que estas

#### Correspondencia:

Paola Andrea Medina Bravo

Email: [paolamedinabravo@gmail.com](mailto:paolamedinabravo@gmail.com)

Dirección: Carrera 66 # 23 - 46, consultorio 316

Teléfono: (+57) 3112853827

lesiones no responden a terapias adyuvantes. *Conclusión:* aunque la encondromatosis suele afectar huesos largos, su presentación nasosinusal debe considerarse en pacientes con este antecedente para orientar un manejo adecuado.

## ABSTRACT

### Key words (MeSH):

Enchondromatosis, osteochondroma, nasal cavity. case reports.

*Introduction:* Enchondromatosis is a rare condition characterized by dyschondroplastic lesions that predominantly affect long bones. Its involvement of the nasal cavity and paranasal sinuses is exceptional and poorly documented. *Case report:* A male patient with a history of enchondromatosis is described, in whom, during the evaluation of periorbital cellulitis, a heterogeneous lesion was incidentally identified in the left nasal cavity obstructing the osteomeatal complex. Surgical resection was performed, and histopathology confirmed an osteochondroma. *Discussion:* Nasal and paranasal involvement in enchondromatosis is rare and may present nonspecific symptoms or as an incidental finding. Diagnostic imaging is essential for lesion characterization, and surgical resection remains the treatment of choice, given that these lesions do not respond to adjuvant therapies. *Conclusion:* Although enchondromatosis typically affects long bones, its nasosinusal presentation should be considered in patients with this condition to guide appropriate management.

## Introducción

La enfermedad de Ollier o encondromatosis múltiple es una patología poco frecuente, con una prevalencia de 1 en 100.000 personas (1). Se caracteriza por ser una discondroplasia de osificación encondral (2) y como resultado lleva a la presencia de múltiples encondromas distribuidos de manera asimétrica y unilateral, que afecta principalmente metáfisis y diáfisis de huesos largos (2, 3); sin embargo, de manera poco frecuente también se han reportado manifestaciones clínicas en huesos de base de cráneo, pelvis, costillas, septum nasal, senos paranasales y tráquea (4).

La presencia de estos tumores cartilagosos en cabeza y cuello es de aproximadamente el 10% de los casos (5), y el lugar más común de presentación es en laringe y área esfenotmoidal (6, 7). La presentación de estos en el septum nasal es muy rara y pocos casos se han reportado en la literatura desde su primera descripción en 1842 hasta la actualidad (7), con una sintomatología caracterizada por obstrucción nasal, epistaxis y cefalea que puede variar según su tamaño y localización (6).

Se presenta más frecuentemente en personas jóvenes (7), con un rango de edad de presentación entre los 20 y los 30 años, sin distinción de sexo (5). Puede generar algunas complicaciones a largo plazo, como deformidades esqueléticas, y su riesgo de transformación maligna en la literatura varía entre el 5% y el 50% de los casos, por lo cual se considera como único tratamiento la resección quirúrgica de la lesión (8).

Dado lo excepcional de la afectación nasosinusal en la encondromatosis y la escasez de reportes en el septum nasal, el objetivo de esta presentación es aportar evidencia adicional sobre esta localización inusual, resaltando su relevancia clínica y diagnóstica. Este caso ofrece información valiosa para otorrinolaringólogos, radiólogos y cirujanos de base

de cráneo, al ampliar el espectro de manifestaciones de la enfermedad y enfatizar la importancia de considerar este diagnóstico en pacientes jóvenes con antecedentes de encondromatosis y síntomas nasales atípicos; esto contribuye a la literatura limitada disponible. Este reporte de caso se realizó siguiendo las Case Report Guidelines (CARE).

## Caso clínico

Paciente masculino de 19 años, quien consulta por cuadro de una semana de evolución caracterizado por edema, rubor, dolor y secreción purulenta en la región periorbitaria izquierda; además, refiere una asimetría periorbitaria de aproximadamente un año de evolución. Como antecedentes presenta diagnóstico de encondromatosis, deficiencia de factor XI y cirugía de alargamiento de miembros inferiores, sin antecedentes familiares relevantes. En el examen físico se evidencia edema, eritema e induración en el canto medial izquierdo, edema palpebral importante con quemosis y proptosis izquierda, dolor a la palpación de la región cigomática y desplazamiento superolateral de estructuras que genera una notable asimetría facial (**Figura 1**). En la rinoscopia anterior se evidencia una cresta basal derecha, en la fosa nasal izquierda un septum sinuoso y sin lesiones en el corredor nasal.

Inicialmente se consideró un cuadro de celulitis periorbitaria izquierda, por lo que se realizó una tomografía axial computarizada (TAC) de órbitas en la que se observó una lesión etmoidal izquierda con densidad heterogénea, de aspecto redondeado, con pared lobulada, que ocasiona obstrucción del complejo osteomeatal ipsilateral (**Figura 2**).

Se realizó una nasosinuscopia como estudio adicional, en la que se observa en la fosa nasal izquierda una masa aparentemente dependiente del *septum* nasal que desplaza el cornete medio hacia lateral, de superficie lisa, con compromiso del complejo osteomeatal (**Figura 3**).

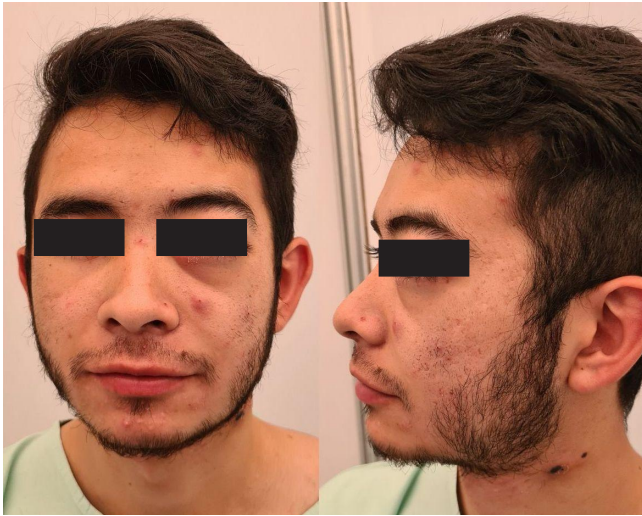


Figura 1. Examen físico facial: se evidencia edema y eritema en el canto medial y proptosis izquierda, con desplazamiento superolateral de las estructuras, que genera una notable asimetría facial. Imágenes obtenidas del paciente con fines académicos.

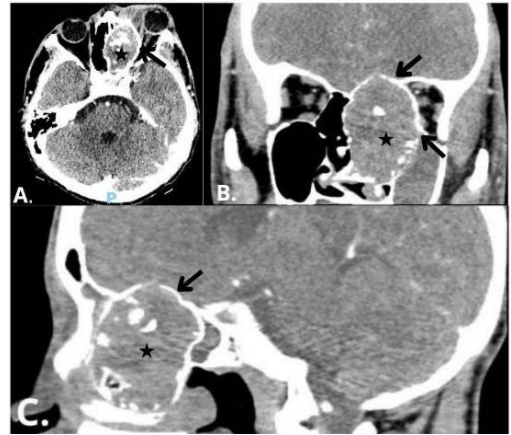


Figura 2. Imagen tomográfica de la lesión. A. Corte axial. B. Corte coronal. C. Corte sagital. Ventana de tejidos blandos, masa etmoidal izquierda con múltiples imágenes irregulares en su interior, calcificadas (estrella negra), que desplaza estructuras adyacentes, lo que genera remodelación ósea en la base del cráneo y en la lámina papirácea ipsilateral (flechas negras). En sus ejes mayores mide 38 x 33 x 48 mm (AP xtransverso x vertical). Imágenes obtenidas del paciente con fines académicos.

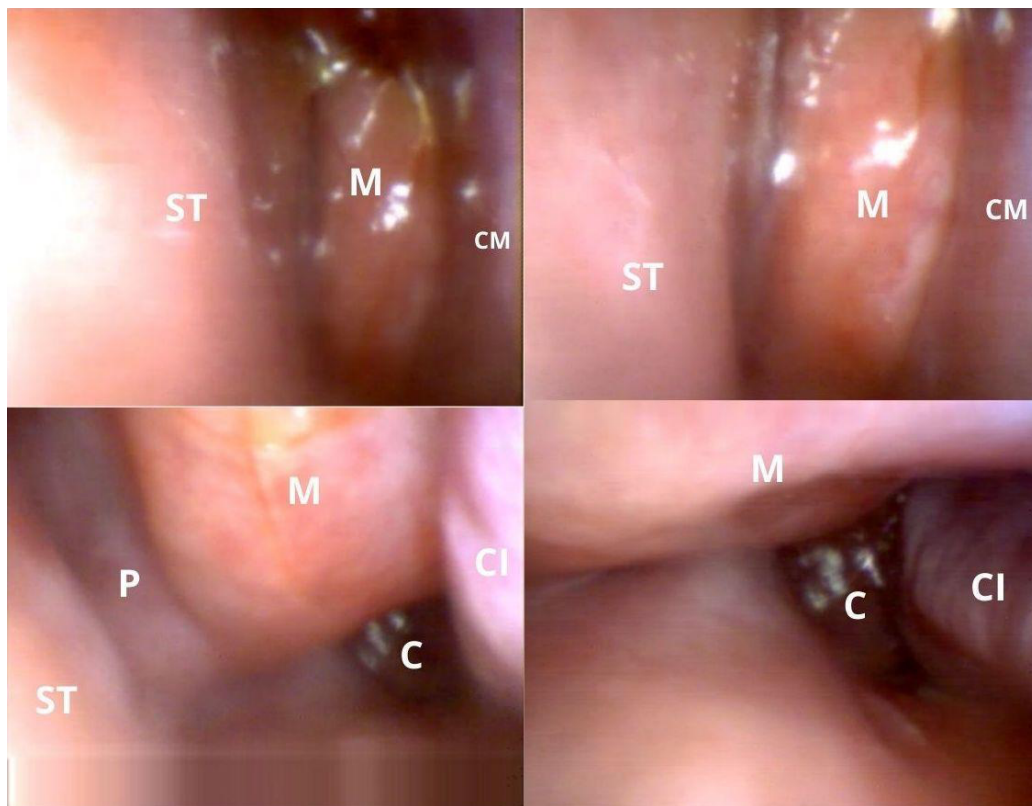


Figura 3. Nasosinuscopia fosa nasal izquierda. Masa aparentemente dependiente del septum nasal que desplaza el cornete medio hacia lateral, de superficie lisa. C: coana; CI: cornete inferior; CM: cornete medio; M: masa; P: pedículo; ST: septum nasal. Fuente: imágenes obtenidas del paciente con fines académicos.

Adicionalmente, se realizó una resonancia nuclear magnética (RNM) de senos paranasales con contraste en el contexto de una masa en fosa nasal unilateral a estudio, que mostró una lesión etmoidal izquierda con señal heterogénea que rechaza la pared medial del antro maxilar izquierdo, de

aspecto redondeado, con pared lobulada, múltiples imágenes irregulares en su interior. Con la aplicación de contraste presentan realce anormal y periférico, lo que ocasiona una obstrucción del complejo osteomeatal; las cavidades paranasales izquierdas presentan abundantes secreciones y edema



mucoso, así como el seno esfenoidal derecho asociado, que ocasiona una severa proptosis por rechazo lateral de la lámina papirácea. También se observa rechazo de la lámina cribosa, la cual se proyecta hacia la región frontobasal,

con rechazo del lóbulo frontal y la cintilla olfatoria, de aspecto neoplásico de origen etmoideo con extensión orbital izquierda. Se indica la realización de una biopsia por vía endoscópica (**Figuras 4, 5 y 6**).

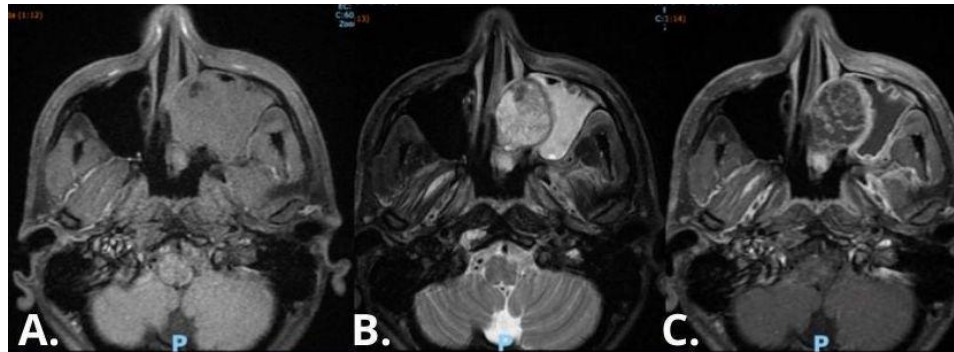


Figura 4. Resonancia nuclear magnética de senos paranasales simple y con contraste de corte axial. A. T1. B. T2. C. T1+C. Se observa una masa etmoidal izquierda, con señal heterogénea. La lesión rechaza la pared medial del antro maxilar izquierdo y presenta un aspecto redondeado con pared lobulada. En su interior se aprecian múltiples imágenes irregulares. Tras la aplicación de contraste, se presenta un realce anormal y periférico. Imágenes obtenidas del paciente con fines académicos.

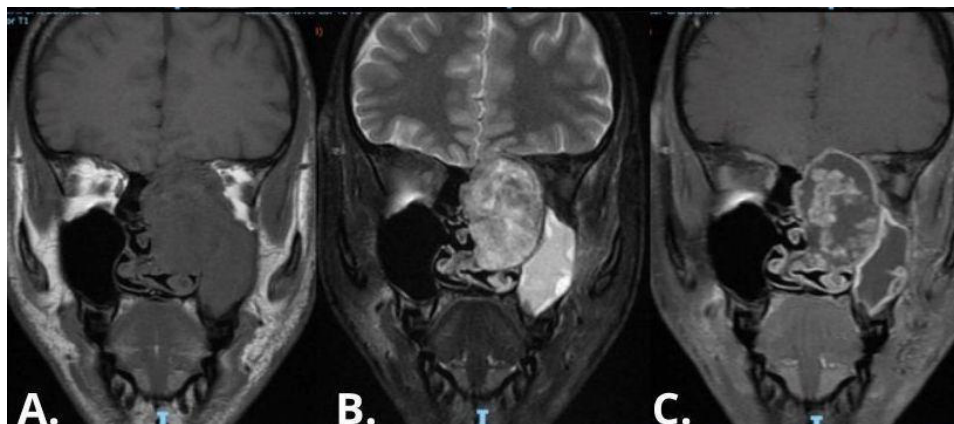


Figura 5. Resonancia nuclear magnética de senos paranasales simple y con contraste en corte coronal. A. T1. B. T2. C. T1+C. Se observa una masa que ocasiona obstrucción del complejo osteomeatal izquierdo. Sus ejes mayores miden 38 × 33 × 48 mm (AP × transverso × vertical). Las diferentes cavidades paranasales izquierdas presentan abundantes secreciones y edema mucoso. La lesión ocasiona una proptosis severa por rechazo lateral de la lámina papirácea. El septum nasal se encuentra rechazado hacia la derecha, en sentido inferior a los cornetes. Imágenes obtenidas del paciente con fines académicos.

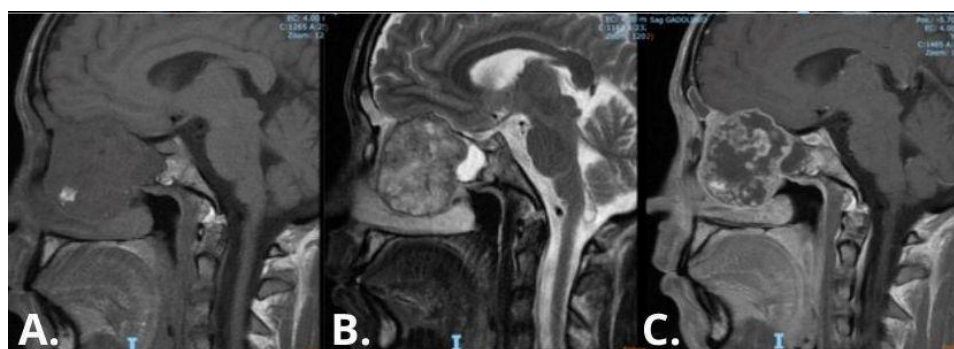


Figura 6. Resonancia nuclear magnética de senos paranasales simple y con contraste en corte sagital. A. T1. B. T2. C. T1+C. Se observa una masa que también rechaza la lámina cribosa y se proyecta hacia la región frontobasal, con rechazo del lóbulo frontal y la cintilla olfatoria. La columna de aire de la rinofaringe se aprecia permeable. Imágenes obtenidas del paciente con fines académicos.

En las salas de cirugías se realiza una toma de biopsia, en la que se evidencia en la fosa nasal izquierda el cornete medio lateralizado y rechazado por una masa indurada, redondeada, de características óseas, que ocupa el tercio superior y posterior del septum nasal y del corredor nasal. El reporte de patología describe la presencia de lóbulos/islas de cartílago hialino con condrocitos, que presentan binucleación.

Posteriormente, es llevado a resección de la lesión vía endoscópica (**Figura 7**), con hallazgo de masa que ocupa fosa nasal izquierda de zona II a zona V cubierta de mucosa, con pedículo en el septum cartilaginoso zona III de Cottle. Se resecta la lesión y se envía a patología, donde se reporta una lesión tumoral benigna configurada por proliferación de nidos de cartílago hialino, con áreas eosinofílicas,

estroma fibroso fusocelular, leve infiltrado inflamatorio crónico mononuclear linfoplasmocitario, depósitos aislados de calcificaciones distróficas y epitelio respiratorio pseudoestratificado cilíndrico ciliado; con diagnóstico diferencial entre condroma y osteocondroma.

A los dos meses posoperatorios, el paciente asiste a seguimiento en el que se evidencia un resultado satisfactorio en la evaluación endoscópica, con cicatrización adecuada. Se encontró septectomía posterior sana, ausencia de cornete medio izquierdo, techo etmoidal, esfenoidectomía y antrostomía maxilar permeables, sin evidencia de lesiones (**Figura 8**).

El siguiente control se realiza a los nueve meses posoperatorios con los mismos hallazgos, evolución favorable y sin lesiones residuales, por lo que se decide continuar el seguimiento anual (**Figura 9**).

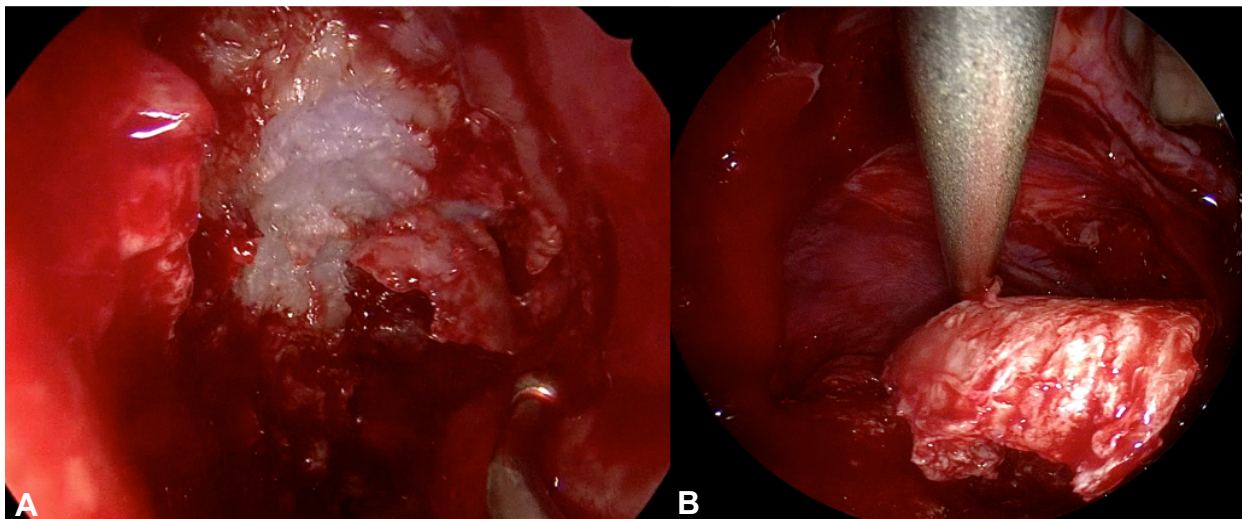


Figura 7. Hallazgos quirúrgicos. A. Consistencia osteocartilaginosa en el interior de la lesión. B. Adecuado plano de resección de la lesión con pedículo en el septum nasal. Imágenes obtenidas del paciente con fines académicos.

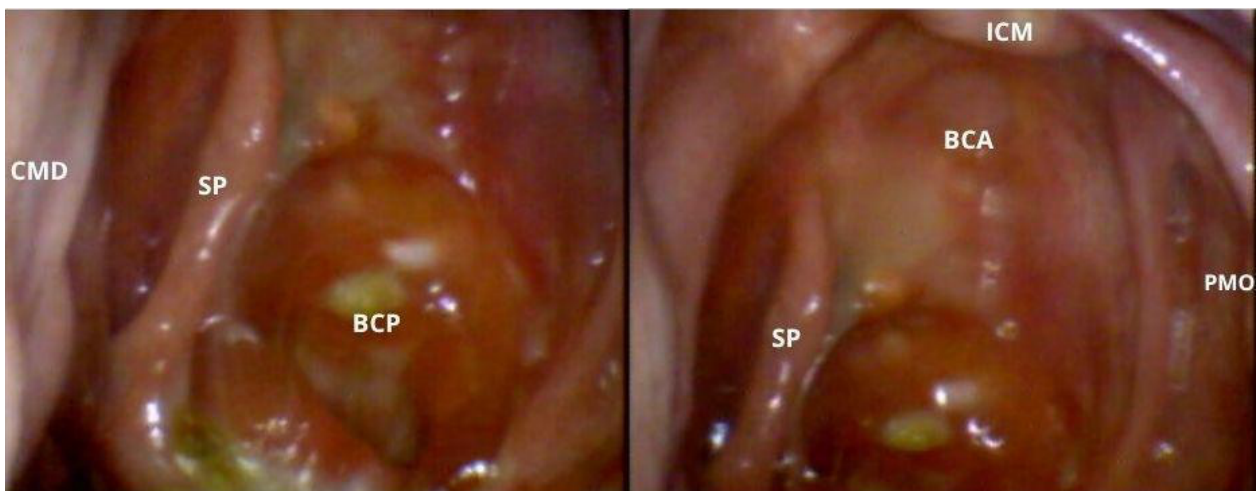


Figura 8. Control postoperatorio. Se visualiza septectomía posterior (SP) y base de cráneo anterior (BCA) y posterior (BCP), en un adecuado proceso de cicatrización sin lesiones residuales. CMD: cornete medio derecho; ICM: inserción de cornete medio; PMO: pared medial de la órbita. Imágenes obtenidas del paciente con fines académicos.



Figura 9. Línea del tiempo del caso clínico. Figura elaborada por los autores.

## Discusión

La encondromatosis múltiple es una patología rara sin patrón hereditario, caracterizada por la presencia de tumores cartilagosos predominantemente en metáfisis y diáfisis de huesos largos. No hay un consenso claro sobre la etiología de esta enfermedad, y su distribución es, en su mayoría, unilateral, lo que genera asimetrías esqueléticas (3).

Las manifestaciones de esta enfermedad en la cavidad nasal y los senos paranasales son inusuales y hay pocos casos reportados: 140 casos desde la primera descripción en 1842 (8). Histológicamente, los encondromas se caracterizan por tener una capa de cartilago hialino, con la presencia de condrocitos, áreas de calcificación y osificación endocondral en el centro de la lesión, así como hueso trabecular.

Como ayudas diagnósticas, la tomografía axial computarizada (TAC) permite la caracterización de la lesión, lo que resulta útil en casos en los que el estudio radiológico no permite una visualización adecuada. La resonancia magnética nuclear (RMN) es el parámetro de referencia para detectar el compromiso de la médula ósea, así como una lesión circunscrita que produce señal homogénea en T1 e hiperseñal en T2 (9, 10).

Al hablar del cuadro clínico de la encondromatosis en la cavidad nasal, se sabe que varía según el tamaño de la lesión y la localización de esta; sin embargo, lo más frecuente es la sensación de obstrucción nasal, epistaxis y cefalea (5). El paciente de este estudio presentó un cuadro de celulitis periorbitaria izquierda. Ante la sospecha de compromiso postseptal, se realizó una TAC de órbita y se encontró esta lesión como hallazgo incidental. Además, se evidenció una masa con pedículo en el septum nasal con afectación de senos paranasales ipsilaterales, por lo que se requirieron múltiples estudios complementarios, así como la toma de una biopsia y posterior cirugía para la resección total de la lesión; esto implicó la realización de descompresión de órbita, septectomía a posterior, maxilectomía media, etmoidectomía anterior y posterior vía transnasal endoscópica, considerando que estos tumores no responden a otras modalidades de tratamiento como quimioterapia o radioterapia (2).

## Conclusión

El diagnóstico de esta patología no se debe subestimarse debido a su baja prevalencia. Ante un antecedente como la encondromatosis, se debe examinar al paciente de manera exhaustiva, teniendo en cuenta la posibilidad de encontrar osteocondromas en diferentes regiones del cuerpo, lo que permite ofrecer un tratamiento más oportuno, asegurar un seguimiento adecuado y brindar un mejor pronóstico frente a esta patología.

## Agradecimientos

A Diana Amaya, otorrinolaringóloga, por su contribución con las imágenes de la primera visita del paciente.

## Financiamiento

Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiamiento en los sectores público, comercial o sin fines de lucro.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Declaración de autoría

Concepción y diseño del estudio: PAMB y GECG; redacción, revisión y edición del borrador original y del manuscrito: PAMB y ASBM; revisión del manuscrito: PAMB, GECG, ASBM y JVRL.

## Consideraciones éticas

Se obtuvo el consentimiento informado del paciente para la publicación de su caso y del uso de las imágenes obtenidas con fines académicos.

## REFERENCIAS

1. Silve C, Jüppner H. Ollier disease. *Orphanet J Rare Dis*. 2006;1:37. doi: 10.1186/1750-1172-1-37.
2. Vazquez-Garcia B, Valverde M, San-Julian M. Enfermedad de Ollier: tumores benignos con riesgo de malignización. Revisión de 17 casos. *An Pediatr (Barc)*. 2011;74(3):168-173. doi: 10.1016/j.anpedi.2010.10.012
3. Fernández MD, Quesada DT. Encondromatosis múltiple o Enfermedad de Ollier. Presentación de caso. 2016;4(2):46-51.
4. Sansón-RíoFrio JA, Navarro SS, Bahena RI, et al. Encondromatosis múltiple familiar, diagnóstico diferencial: presentación de un caso clínico con condrosarcoma y revisión de la literatura. *Acta Ortop Mex*. 2009 ;23(6):376-382.
5. Chien CY, Tai CF, Ho KY, Lee KW, Kuo WR, Wang LF. Nasal septum chondroma: a case report. *Kaohsiung J Med Sci*. 2005;21(3):142-145. doi:10.1016/S1607-551X(09)70292-X
6. Scierski W, Namysłowski G, Misiótek M, Widziszowska A, Hajduk A. Chrzestniak przegrody nosa--opis przypadku [Septal nasal chondroma--a case report]. *Otolaryngol Pol*. 2007;61(6):1021-1023. doi: 10.1016/S0030-6657(07)70575-9
7. Kilby D, Ambegaokar AG. The nasal chondroma. 2 case reports and a survey of the literature. *J Laryngol Otol*. 1977;91(5):415-426.
8. Jacobi CM, Hiranya ES, Gay A, Holzmann D, Kollias S, Soyka MB. Enchondroma of the nasal septum due to Ollier disease: a case report and review of the literature. *Head Neck*. 2015;37(3):E30-E33. doi: 10.1002/hed.23783
9. Enríquez-Rojas J, Carbajosa-Martínez J, Toussaint-Caire S, et al. Osteocondroma subungueal. Estudio clínico, histopatológico y quirúrgico de cinco casos. *Dermatol Cosm Med Quir*. 2017;15(4):227-231.
10. Gouin F, Venet G, Moreau A. Condromas. *EMC - Aparato Locomotor*. 2001;34(3):1-10. doi: 0.1016/S1286-935X(01)72237-X