

Proliferación osteocondromatosa parostal atípica subungueal: presentación de un caso único

Ana Santamaría López, Enrique Galeote López, Segundo Sánchez Gutiérrez

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España

RESUMEN

Introducción: La proliferación osteocondromatosa parostal atípica, conocida también como lesión de Nora, es una alteración benigna y poco frecuente que afecta, de forma predominante, a los huesos cortos de manos y pies. Su presentación subungueal es excepcional. Es clave su diagnóstico diferencial con tumores malignos. Se presenta el caso de un hombre de 32 años con una tumoración dolorosa, de crecimiento progresivo, en el lecho ungueal del segundo dedo del pie derecho. La radiografía y la tomografía computarizada mostraron una lesión yuxtacortical bien delimitada, sin continuidad con el canal medular. Se realizó la exéresis completa del tumor, inclusive el periostio y la cortical superficial, y la reconstrucción posterior del lecho ungueal. El examen histopatológico confirmó el diagnóstico de lesión de Nora. En el seguimiento, no se detectó recidiva y la recuperación funcional fue completa. **Conclusiones:** El reconocimiento de esta entidad es esencial para evitar errores diagnósticos y cirugías innecesariamente agresivas. La resección amplia, que incluya el hueso cortical y el periostio afectado, es el tratamiento de elección para reducir el riesgo de recurrencia.

Palabras clave: Lesión de Nora; proliferación osteocondromatosa parostal atípica; tumor subungueal; tumores óseos; dedo del pie.

Nivel de Evidencia: IV

Subungual Bizarre Parosteal Osteochondromatous Proliferation: A Unique Case Report

ABSTRACT

Introduction: Bizarre parosteal osteochondromatous proliferation (BPOP), also known as Nora's lesion, is a rare benign condition that predominantly affects the short bones of the hands and feet. Its subungual presentation is exceedingly rare. Differentiating it from malignant tumors is essential. We present the case of a 32-year-old man with a painful, progressively enlarging mass in the nail bed of the right second toe. Radiographs and computed tomography revealed a well-defined juxtacortical lesion without continuity with the medullary canal. Complete excision of the tumor, including the periosteum and superficial cortex, was performed, followed by nail-bed reconstruction. Histopathological examination confirmed the diagnosis of Nora's lesion. No recurrence was detected during follow-up, and full functional recovery was achieved. **Conclusions:** Recognition of this entity is essential to avoid diagnostic errors and unnecessarily aggressive surgery. Wide resection encompassing the affected cortical bone and periosteum is the treatment of choice to reduce the risk of recurrence.

Keywords: Nora's lesion; bizarre parosteal osteochondromatous proliferation; subungual tumor; bone neoplasms; toe.

Level of Evidence: IV

INTRODUCCIÓN

La proliferación osteocondromatosa parostal atípica fue descrita por Nora y cols., en 1983, como una masa osteocartilaginosa exofítica que se origina en la superficie cortical, generalmente, sin comunicación medular.¹ Desde entonces, se han publicado menos de 200 casos.²

Recibido el 10-11-2025. Aceptado luego de la evaluación el 5-7-2026 • Dra. ANA SANTAMARÍA LÓPEZ • ansant.lopez@gmail.com  <https://orcid.org/0009-0000-6309-3847>

Cómo citar este artículo: Santamaría López A, Galeote López E, Sánchez Gutiérrez S. Proliferación osteocondromatosa parostal atípica subungueal: presentación de un caso único. *Rev Asoc Argent Ortop Traumatol* 2026;91(4):379-384. <https://doi.org/10.15417/issn.1852-7434.2026.91.4.2251>

Su etiopatogenia aún es desconocida. Se han propuesto dos hipótesis principales: un proceso reactivo tras micro-traumatismos repetidos o un posible origen neoplásico.³

Su presentación en la región subungueal es excepcional y plantea un reto diagnóstico dada la similitud con lesiones tanto benignas como malignas, entre ellas, osteocondroma, condroma perióstico y osteosarcoma parostal.^{4,5} Por ello, el diagnóstico definitivo requiere de una correlación clínica, radiológica y anatomopatológica.

CASO CLÍNICO

Hombre de 32 años, sin antecedentes traumáticos, que consultó por dolor y aumento de volumen progresivo en el segundo dedo del pie derecho, acompañado de ulceración parcial de la uña.

En el examen físico, se observó una masa firme, no móvil y adherida a planos profundos, con signos inflamatorios locales leves.

La radiografía mostró una lesión yuxtacortical de bordes definidos, sin afectación medular, compatible con una lesión de crecimiento lento. La tomografía computarizada confirmó la integridad de la cortical y la ausencia de invasión de partes blandas (Figura 1).



Figura 1. A. Imagen intraoperatoria. B y C. Radiografías anteroposterior y oblicua de pie derecho. D. Tomografía computarizada del segundo dedo del pie derecho, corte coronal. Se observa una lesión exofítica yuxtacortical, bien delimitada y sin continuidad con el canal medular.

Se realizó la exéresis en bloque del tumor, inclusive el periostio y la cortical subyacente, y se reconstruyó el lecho ungueal (Figuras 2 y 3). En el análisis histopatológico, se observaron trabéculas óseas inmaduras recubiertas de cartílago hialino sin atipia celular, características compatibles con la proliferación osteocondromatosa parostal atípica.



Figura 2. Secuencia intraoperatoria del procedimiento quirúrgico. Exposición de la lesión subungueal, resección en bloque y cierre tras la reconstrucción del lecho ungueal.

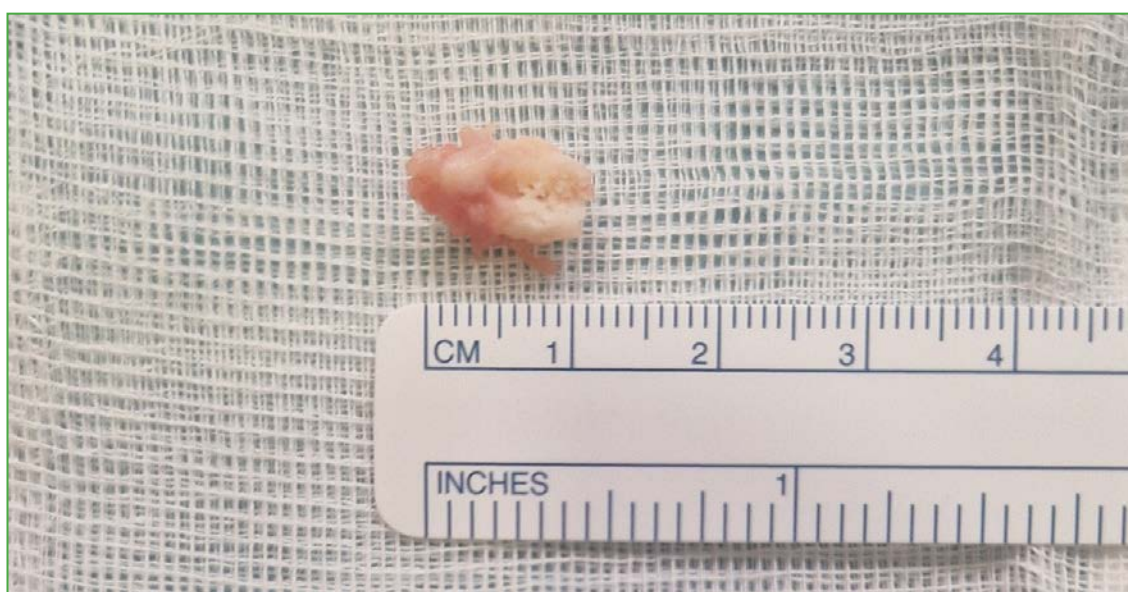


Figura 3. Pieza quirúrgica obtenida tras la exéresis completa de la lesión.

La evolución posoperatoria fue favorable, no hubo complicaciones durante el seguimiento. En los controles clínicos y radiológicos, no se observó recidiva, y el paciente recuperó completamente la función y la sensibilidad del segundo dedo (Figuras 4 y 5).

El paciente otorgó su consentimiento por escrito para la publicación de este caso.



Figura 4. Resultado a las 2 semanas de la cirugía.



Figura 5. Resultado clínico al final del seguimiento. Recuperación funcional completa y adecuado resultado estético del segundo dedo.

DISCUSIÓN

La proliferación osteocondromatosa parostal atípica es una entidad benigna con potencial de recurrencia local. Afecta, con más frecuencia, a adultos jóvenes y se localiza típicamente en huesos cortos de manos y pies.⁶

En los estudios por imágenes, se manifiesta como una masa exófica yuxtacortical bien delimitada, sin reacción perióstica ni continuidad con el canal medular, lo que permite su diagnóstico diferencial con lesiones malignas, como el osteosarcoma parostal.^{7,8} La tomografía computarizada y la resonancia magnética permiten definir, con precisión, la extensión, el componente condral y la relación con estructuras adyacentes.⁹

Histológicamente, se observa tejido óseo inmaduro, cartílago y estroma fibrovascular desorganizado. Puede haber una leve atipia condrocitaria y matriz basofílica, características que pueden encontrarse en algunas lesiones malignas.⁴

El tratamiento recomendado consiste en la resección completa junto al periostio y la cortical adyacentes para así disminuir el riesgo de recidiva. En algunas series, se han descrito tasas de recurrencia de hasta el 50% en casos de resecciones parciales.¹⁰ En nuestro paciente, la resección amplia evitó la recurrencia durante el seguimiento y permitió una recuperación funcional plena.

A pesar de su comportamiento localmente agresivo, la proliferación osteocondromatosa parostal atípica tiene un pronóstico excelente tras la resección quirúrgica completa. Hasta la fecha, no se ha comunicado ninguna malignización secundaria.¹¹

CONCLUSIONES

La lesión de Nora debe considerarse en el diagnóstico diferencial de las masas subungueales dolorosas. Su reconocimiento clínico y radiológico es fundamental para orientar el diagnóstico y evitar tratamientos innecesarios. La exéresis quirúrgica amplia ofrece excelentes resultados funcionales y un riesgo mínimo de recurrencia.

Declaración de uso de IA

Se utilizó ChatGPT (OpenAI) como asistencia para la traducción del contenido del resumen. Los autores verificaron la exactitud y originalidad del contenido generado por IA.

Conflicto de intereses: Los autores no declaran conflictos de intereses.

ORCID de E. Galeote López: <https://orcid.org/0009-0000-8088-6777>

ORCID de S. Sánchez Gutiérrez: <https://orcid.org/0009-0000-7668-4857>

BIBLIOGRAFÍA

1. Nora FE, Dahlin DC, Beabout JW. Bizarre parosteal osteochondromatous proliferations of the hands and feet. *Am J Surg Pathol* 1983;7(3):245-50. <https://doi.org/10.1097/0000478-198304000-00003>
2. García Espinosa J, Martínez Martínez A, Muñoz PT, Ruiz Santiago F. Proliferación osteocondromatosa parostal bizarra (Enfermedad de Nora) como simulador de entidades malignas. *SERAM* 2019. Disponible en: <https://www.piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/download/502/325>
3. Zambrano E, Nosé V, Perez-Atayde AR, Gebhardt M, Hresko MT, Paul Kleinman P, et al. Distinct chromosomal rearrangements in subungual (Dupuytren) exostosis and bizarre parosteal osteochondromatous proliferation (Nora lesion). *Am J Surg Pathol* 2004;28(8):1033-9. <https://doi.org/10.1097/0000478-200408000-00006>
4. Gitto S, Serpi F, Messina C, Albano D, Di Bernardo A, Armiraglio E, et al. Bizarre parosteal osteochondromatous proliferation: an educational review. *Insights Imaging* 2023;14:109. <https://doi.org/10.1186/s13244-023-01455-0>
5. Berber O, Dawson-Bowling S, Jalgaonkar A, Pollock RC, Skinner JA, Aston WJS, et al. Bizarre parosteal osteochondromatous proliferation of bone: clinical management of a series of 22 cases. *J Bone Joint Surg Br* 2011; 93(8):1118-21. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.93B8.26349>

6. Dharmshaktu GS, Dharmshaktu IS, Agarwal N, Pangtey T. Bizarre parosteal osteochondromatous proliferation or Nora's lesion affecting the extremities: a concise update. *J Musculoskelet Surg Res* 2022;6(3):200-6. https://doi.org/10.25259/JMSR_66_2022
7. Wang T, Ouyang Z, Chen Z, Yang Y, Huang X, Cheng Xiang, et al. Bizarre parosteal osteochondromatous proliferation in the distal ulna where the lesion is continuous with the medullary cavity: a case report. *BMC Musculoskelet Disord* 2024;25(1):588. <https://doi.org/10.1186/s12891-024-07715-4>
8. Rybak LD, Abramovici L, Kenan S, Posner MA, Bonar F, Steiner GC. Cortico-medullary continuity in bizarre parosteal osteochondromatous proliferation mimicking osteochondroma on imaging. *Skeletal Radiol* 2007;36(9):829-34. <https://doi.org/10.1007/s00256-007-0305-4>
9. Torreggiani WC, Munk PL, Al-Ismaïl K, Nicolaou S, Lee MJ, Masri BA. MR imaging features of bizarre parosteal osteochondromatous proliferation of bone (Nora's lesion). *Eur J Radiol* 2001;40(3):224-31. [https://doi.org/10.1016/S0720-048X\(01\)00356-0](https://doi.org/10.1016/S0720-048X(01)00356-0)
10. Michelsen H, Abramovici L, Steiner G, Posner MA. Bizarre parosteal osteochondromatous proliferation (Nora's lesion) in the hand. *J Hand Surg Am* 2004;29(3):520-5. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2004.01.009>
11. Espinosa A, Barbosa G. Enfermedad de Nora. Proliferación osteocondromatosa parosteal atípica. *Rev Colomb Cancerol* 2011;15(3):155-60. [https://doi.org/10.1016/S0123-9015\(11\)70064-6](https://doi.org/10.1016/S0123-9015(11)70064-6)