

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v5i6.3274>

## Osteocondroma de astrágalo en pediatría: Reporte de 2 casos

Pediatric talar osteochondroma: Report of 2 cases

**Marlon Miller Neira Pacherras**

mill\_nei18@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-1120-0153>

Hospital Enrique Garcés

Quito – Ecuador

**Darwin Antonio Maldonado Maldonado**

darwinm9308@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-2768-9560>

Universidad de las Américas

Quito – Ecuador

**Daniel Alejandro Villavicencio Chávez**

dannovill@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-2863-5684>

Universidad de las Américas

Quito – Ecuador

**Irving Alexander Bermello Sornoza**

ibermello1991@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-3542-4927>

Universidad de las Américas

Quito – Ecuador

**Fernando David Carranza López**

nandocarranza\_02@outlook.com

<https://orcid.org/0009-0005-3680-6588>

Universidad UTE

Quito – Ecuador

**María Isabel Cando Chávez**

ma.isabelacch@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-4694-0224>

Universidad Central del Ecuador

Quito – Ecuador

Artículo recibido: 23 de diciembre de 2024. Aceptado para publicación: 09 de enero de 2025.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

### Resumen

El osteocondroma es el tumor óseo benigno más frecuente, aunque su localización en el astrágalo es extremadamente rara. Este tipo de lesión se caracteriza por un crecimiento anormal de hueso cubierto por una capa de cartílago hialino, que surge en la superficie del hueso. Al ser una patología rara, el objetivo principal es reportar dos casos tratados quirúrgicamente y que tuvieron un adecuado resultado, evitando complicaciones futuras. Se realizó la búsqueda bibliográfica en las plataformas de PudMed, MEDLINE, EMBASE, ScieDirect, GOOGLE ACADÉMICO y Cochrane Library sobre osteocondroma de astrágalo, dando como resultado 20 estudios publicados entre 2014 y 2024 que cumplían con los criterios de inclusión. El osteocondroma del astrágalo es muy raro, por lo que hay pocos casos reportados, el tratamiento

quirúrgico con su exéresis total mejora la clínica del paciente, por lo cual estos pacientes deben ser captados de forma precoz para evitar complicaciones como una afectación total del astrágalo.

*Palabras clave:* osteocondroma, astrágalo, tumor óseo benigno, exostosis

## Abstract

Osteochondroma is the most common benign bone tumor, although its location in the talus is extremely rare. This type of lesion is characterized by an abnormal growth of bone covered by a layer of hyaline cartilage, which arises on the surface of the bone. Being a rare pathology, the main objective is to report two cases treated surgically and that had an adequate result, avoiding future complications. The bibliographic search was carried out on the PubMed, MEDLINE, EMBASE, ScienDirect, GOOGLE ACADEMIC and Cochrane Library platforms on osteochondroma of the talus, resulting in 20 studies published between 2014 and 2024 that met the inclusion criteria. Osteochondroma of the talus is very rare, so there are few reported cases. Surgical treatment with its total excision improves the patient's clinical picture, so these patients should be detected early to avoid complications such as total involvement of the talus.

*Keywords:* osteochondroma, talus, benign bone tumor, exostosis

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons. 

Cómo citar: Neira Pacherres , M. M., Maldonado Maldonado, D. A., Villavicencio Chávez, D. A., Bermello Sornoza, I. A., Carranza López, F. D., & Cando Chávez , M. I. (2025). Osteocondroma de astrágalo en pediatría. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 5 (6), 3743 – 3756. <https://doi.org/10.56712/latam.v5i6.3274>

## **INTRODUCCIÓN**

El osteocondroma es el tumor óseo benigno más común, caracterizado por una proliferación ósea cubierta por una capa de cartílago hialino. Aunque generalmente afecta huesos largos como el fémur y la tibia, su aparición en el astrágalo es extremadamente rara, representando un desafío diagnóstico y terapéutico debido a la complejidad anatómica de esta región y su importancia en la biomecánica del pie.

La mayoría de los osteocondromas son asintomáticos y se descubren incidentalmente; sin embargo, en localizaciones atípicas como el astrágalo, pueden causar dolor, restricción del movimiento o compresión de estructuras adyacentes. Estos síntomas justifican la necesidad de un diagnóstico temprano y un manejo adecuado para preservar la funcionalidad articular y prevenir complicaciones como el impacto articular o la transformación maligna.

El propósito de este artículo de reporte de casos clínicos es ofrecer una revisión integral del osteocondroma del astrágalo, abarcando sus características clínicas, métodos de diagnóstico y las opciones de tratamiento disponibles, con especial énfasis en los aspectos que diferencian a esta localización de otras más frecuentes.

## **METODOLOGÍA**

Se realizó una extensa búsqueda bibliográfica en las plataformas de PudMed, MEDLINE, EMBASE, ScieDirect, GOOGLE ACADÉMICO y Cochrane Library, con el fin de encontrar respaldo bibliográfico sobre el manejo del osteocondroma del astrágalo. Todo esto con el objetivo de tener un mejor panorama de un adecuado tratamiento de esta patología. La búsqueda realizada en los últimos 5 años, en su mayoría trabajos a partir del año 2014, dando como resultado 28 estudios de importancia relacionados con el manejo de los osteocondromas del astrágalo, de los cuales se incluyeron 20 estudios publicados entre 2014 y 2024 que cumplieran con los criterios de inclusión, que fueron: osteocondroma, astrágalo, exostosis. Se excluyeron los estudios que no cumplieron con los criterios anteriores y se recopiló la información más importante para el manejo adecuado del osteocondroma del astrágalo.

## **DESARROLLO**

### **Osteocondroma de astrágalo**

El Osteocondroma también conocido como exostosis osteocartilaginosa, exostosis osteocondromatosa, o simplemente exostosis, es el tumor benigno más común de las neoplasias óseas y se caracteriza por ser una protrusión ósea recubierta por cartílago, que se origina en la metáfisis de los huesos largos durante el desarrollo esquelético, la lesión muestra continuidad con la médula ósea y la cortical del hueso afectado. Su aparición en huesos pequeños, como el astrágalo, es muy raro, por lo cual, la presencia de este tipo de tumor representa un reto diagnóstico y terapéutico debido a la anatomía compleja de la articulación del tobillo y a la función crucial que desempeña en la estabilidad y movilidad del pie.

En el contexto general, los osteocondromas suelen ser asintomáticos y se descubren de manera incidental en estudios de imagen. Sin embargo, cuando se desarrollan en el astrágalo, pueden producir síntomas debido a su proximidad a estructuras importantes de la articulación del tobillo, tales como los tendones, ligamentos y las superficies articulares. El tamaño y la ubicación del osteocondroma pueden ocasionar dolor, limitación del movimiento, e incluso compresión de estructuras adyacentes, lo cual afecta la funcionalidad del tobillo y puede llevar a cambios secundarios en la mecánica del pie.

La comprensión de los osteocondromas del astrágalo y su manejo es limitada debido a la escasa frecuencia de esta presentación y a la falta de estudios específicos sobre su comportamiento y tratamiento en esta región anatómica. La mayoría de los reportes provienen de casos aislados, lo que subraya la importancia de un enfoque individualizado para el diagnóstico y el manejo de cada paciente. La introducción de técnicas de imagen avanzadas, como la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RNM), permite una evaluación detallada de estas lesiones, facilitando la planificación de una posible intervención quirúrgica.

El osteocondroma representa aproximadamente del 42% al 50% de todos los tumores benignos óseos y tiene una mayor incidencia entre los 6 a 20 años de edad. El osteocondroma es más frecuente en los huesos largos como son: en el fémur distal (30%), tibia proximal (15 - 20%) y húmero proximal (10 - 20%), siendo la localización del tarso muy poco frecuente, oscila entre el 1.5 al 6%, de los cuales la localización en el astrágalo es el 0.6%.

### **Fisiopatología**

El osteocondroma es un tumor óseo benigno que se desarrolla como una excrecencia en la superficie de un hueso. Se caracteriza por estar compuesto por hueso recubierto de cartílago y suele originarse en la región cercana a la placa de crecimiento (fisis) de los huesos largos. Es por esto que se le considera como una alteración en el desarrollo del crecimiento del hueso más que una verdadera neoplasia. La fisiopatología del osteocondroma involucra alteraciones en el crecimiento óseo normal y mutaciones genéticas específicas que afectan el desarrollo de la placa de crecimiento.

Durante el desarrollo óseo normal, las células cartilaginosas de la placa de crecimiento proliferan, maduran y se osifican para formar hueso. En los osteocondromas, se produce un desplazamiento anómalo del cartílago desde la placa de crecimiento hacia la superficie del hueso. Este cartílago aberrante continúa su crecimiento y forma un núcleo óseo recubierto de cartílago. Posteriormente existe alteración en la osificación endocondral, el cartílago desplazado sigue el proceso de osificación endocondral (transformación del cartílago en hueso), pero en una localización anómala (9,10). Esto resulta en una protrusión ósea que está en continuidad con la cortical y la médula del hueso madre. Dentro de los factores genéticos se presenta las mutaciones en los genes EXT1 y EXT2, estos genes codifican proteínas esenciales para la síntesis de heparán sulfato, un componente clave en la regulación del crecimiento del cartílago, ocasionando alteraciones en el control del crecimiento cartilaginoso, permitiendo la proliferación desorganizada y la formación de un osteocondroma. En la exostosis múltiple hereditaria, una condición autosómica dominante, las mutaciones en EXT1 y EXT2 predisponen al desarrollo de múltiples osteocondromas en diferentes huesos.

El osteocondroma crece en paralelo al hueso adyacente durante el desarrollo esquelético correspondiente a la infancia y adolescencia, este crecimiento se detiene al finalizar el cierre de las fisis en la madurez esquelética y finalmente el cartílago de la superficie del osteocondroma continúa osificándose, la capa cartilaginosa se adelgaza progresivamente, quedando como una capa fina en la madurez.

Este tipo de tumor puede generar compresión de las estructuras adyacentes, como nervios, vasos sanguíneos o tejidos blandos, causando dolor, limitación funcional o deformidades. Además, origina una inflamación crónica, ocasionada por el roce del osteocondroma con músculos o tendones, causando bursitis reactiva e irritación local. La transformación maligna a un condrosarcoma secundario es muy rara, se presenta en menos del 1% de los casos de osteocondroma solitario y en hasta el 5% de los casos de exostosis múltiple hereditaria. Se puede



sospechar en adultos que presentan un crecimiento continuo del tumor después de la madurez esquelética y el cartílago supera los 2 cm de grosor en estudios de imagen.

### **Manifestaciones clínicas**

Por lo general el osteosarcoma es insidiosa por el crecimiento lento y depende de la edad del paciente ya que se inactiva posterior al cierre de la placa de crecimiento. La limitación en los arcos de movilidad y el dolor articular son patognomónicos de esta patología (8). Las manifestaciones clínicas específicas del osteocondroma del astrágalo incluyen, dolor localizado en el tobillo, dificultad para caminar debido a la interferencia mecánica con la articulación, limitación en los rangos de movimientos del tobillo, sensación de bloqueo o rigidez articular, deformidad palpable sobre el astrágalo, edema e inflamación local si hay irritación de tejidos blandos adyacentes y alteración de la marcha en casos avanzados (15,16). Dentro de las complicaciones se encuentran bursitis secundaria por roce del tumor con estructuras adyacentes, fracturas en el osteocondroma y muy raramente la transformación maligna a condrosarcoma en aproximadamente menos del 1%.

### **Clasificación**

El osteocondroma puede ser solitario y múltiple siendo el primero 6 veces más frecuente. El tipo solitario es el más común y puede ser sésil o pedunculado, se puede diferenciar con una radiografía en su zona de implantación ancha o estrecha, generalmente es indoloro, pero puede causar dolor por irritación mecánica o inflamación. El osteocondroma múltiple o exostosis hereditaria múltiple es la mutación del gen EXT1 - EXT2 mismos que intervienen en la síntesis de proteoglicanos heparán sulfato involucrados en el crecimiento epifisiario, las lesiones múltiples pueden afectar el alineamiento articular.

Por el tamaño puede ser pequeños o grandes, los pequeños (<2 cm) son generalmente asintomáticos, detectado incidentalmente. Los grandes (>2 cm) puede causar deformidades, compresión de tejidos circundantes, limitación funcional o dolor. Por la ubicación, pueden existir osteocondroma lateral medial, en el cuello o en la cúpula. Los laterales pueden comprimir los tejidos blandos circundantes, incluyendo tendones o nervios. Los mediales son menos comunes, pueden interferir con estructuras del tobillo o afectar el surco del tendón flexor. Los del cuello del astrágalo son frecuentes en casos aislados, se asocian a limitación de la movilidad del tobillo. Los de la cúpula astragalina puede alterar la congruencia articular y predisponer a osteoartritis.

### **Diagnóstico**

El diagnóstico requiere una combinación de hallazgos clínicos e imagenológicos. El estudio radiográfico es suficiente para el diagnóstico, sin embargo, se solicita un estudio complementario como la tomografía computarizada multicorte (TC) y la resonancia magnética (RNM) en casos de duda o complicaciones. Además, se debe solicitar exámenes de laboratorio para descartar otras patologías neoplásicas (8,17).

Las radiografías simples muestran una protuberancia ósea con continuidad entre la cortical y la médula ósea, ayudan a identificar la localización y el tamaño del tumor. La TC ofrece imágenes detalladas del tumor y su relación con las estructuras vecinas, es útil para planificar el tratamiento quirúrgico. La RNM evalúa la cubierta cartilaginosa que puede variar en grosor, ayuda a descartar la degeneración maligna al detectar cambios en los tejidos blandos. La biopsia se realiza si hay dudas diagnósticas o signos sugestivos de malignidad, como crecimiento rápido o dolor desproporcionado. El gold estándar para el diagnóstico es el estudio histopatológico (9,17).

Existe diferentes tumores formadores de cartílago por lo cual se debe descartarlos, como el Condroma, Condrioblastoma, Fibroma Condromixioide y Encondromatosis.

### Tratamiento

El tratamiento del osteocondroma del astrágalo depende de factores como la ubicación, tamaño, síntomas y posibles complicaciones. Aunque es un tumor benigno, su manejo se basa en aliviar los síntomas y prevenir complicaciones articulares o funcionales.

**Tratamiento conservador:** Indicado en osteocondromas asintomáticos, de tamaño pequeño, sin interferencia funcional, localizados en zonas que no afectan la superficie articular o los tejidos blandos circundantes. El seguimiento es periódico con imágenes (radiografías, tomografía computarizada o resonancia magnética) para controlar el crecimiento del tumor. En caso de dolor leve se puede prescribir analgésicos o antiinflamatorios junto a modificación de actividades y evitando las actividades que exacerben los síntomas.

**Tratamiento quirúrgico:** Indicado cuando el osteocondroma es sintomático (dolor persistente, presencia de inflamación o rigidez articular), genera compresión de estructuras cercanas (nervios, tendones) y causa limitación funcional, alteraciones en la marcha, produce deformidades o existe sospecha de transformación maligna (muy raro, pero más probable en exostosis múltiples).

La resección completa del osteocondroma se lo debe hacer asegurando la preservación de la arquitectura ósea y con márgenes de seguridad, sin embargo, se debe tener en cuenta el lugar donde se encuentra la lesión, en casos de defecto óseo significativo tras la resección, se puede realizar una reconstrucción con injerto óseo. El pronóstico es adecuado tras la cirugía, con baja recurrencia si la resección es adecuada.

### Complicaciones

Las complicaciones del osteocondroma varían y se las puede clasificar en prequirúrgicas y postquirúrgicas. Dentro de las complicaciones prequirúrgicas se incluyen a las deformidades óseas, fracturas, síndromes vasculares, afectación nerviosa, formación de bursa y converger a malignidad (Solitario 1 - 2% y múltiple 1 - 25%). En las complicaciones postquirúrgicas se encuentra el colapso de zona resecada y recidivas (1 - 2%), el cual es más en el tipo solitario sésil.

### Presentación de casos clínicos

#### Primer caso clínico

Se trata de un paciente masculino de seis años de edad, sin antecedentes personales ni familiares relevantes, madre refiere que hace 7 meses y sin causa aparente presenta incremento del tamaño del tobillo izquierdo que se acompaña de dolor al realizar actividad física, por lo cual acude a facultativo quien realiza exámenes complementarios y transfiere al servicio de Traumatología del Hospital Pediátrico Baca Ortiz, al examinar al paciente se evidencia en la cara anteromedial de tobillo izquierdo una masa no móvil, dura, de margen regular, de aproximadamente 4 x 2.5 x 4 cm de diámetro, indoloro a la palpación pero dolorosa a la movilidad de predominio en la dorsiflexión. En estudios de imagen de radiografía y tomografía (fig. 1a,1b,1c) se evidencia una lesión tumoral con continuidad de la cortical y medular del astrágalo compatible con un osteocondroma.

Figura 1

### Diagnóstico por imagen

**Nota:** a y b) Radiografía anteroposterior y lateral del tobillo y pie izquierdo respectivamente. Se evidencia una exostosis en astrágalo localizado a nivel posterior y medial más compromiso articular. c) Tomografía simple del tobillo izquierdo (corte coronal), muestra una exostosis ósea con continuidad cortical y medular en el astrágalo, de base sesil, compromiso articular. No se



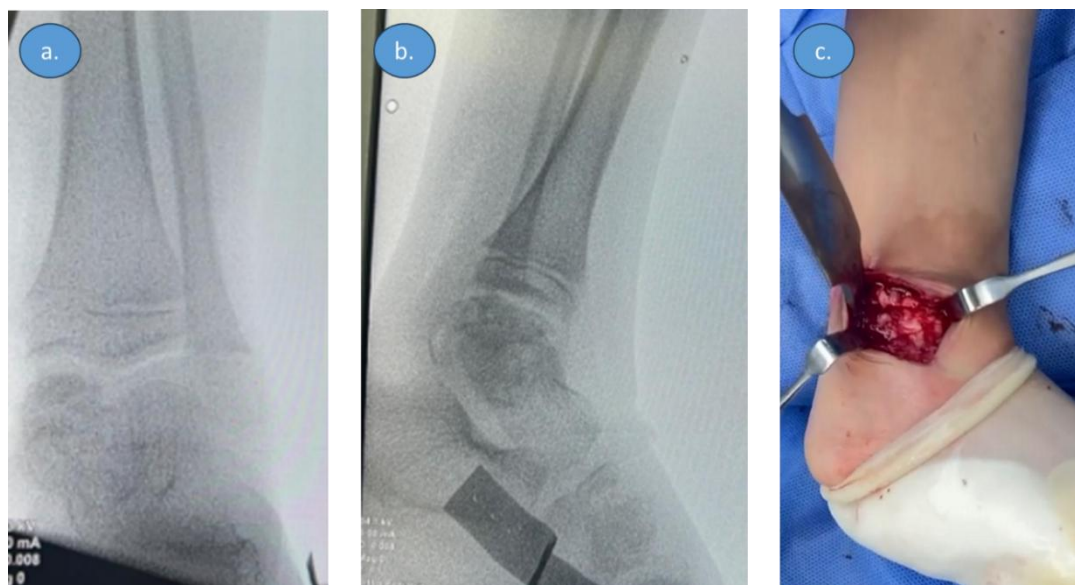
observa reacción del periostio ni erosión de la superficie ósea.

Mediante abordaje posteromedial se procede a realizar una biopsia excisional de la neoplasia (fig. 2). En el postquirúrgico se coloca una férula suropédica por ser una zona de carga, la cual se la mantuvo durante 4 semanas (fig. 3), posterior a la cual se le coloca una bota Walker y comenzó hacer ejercicios activos y pasivos, además de carga parcial progresiva. A las 6 semanas la carga la realizó sin la bota Walker y se intensificó la fisioterapia para reeducación de la marcha y fortalecimiento muscular progresivo. El estudio histopatológico confirma el diagnóstico de osteocondroma. A los 5 meses postquirúrgicos de seguimiento el paciente no tiene complicaciones, la movilidad está conservada, se ha reintegrado a su vida cotidiana y deportiva. No hay evidencia de recurrencia.



**Figura 2**

*Imágenes transquirúrgicas*



**Nota:** a y b) Imágenes transquirúrgicas con intensificador de imagen durante la biopsia excisional tanto en vista anteroposterior como lateral respectivamente. c) Imagen transquirúrgica durante la biopsia excisional, muestra el abordaje posteromedial y exposición de la masa tumoral.



**Figura 3**

*Radiografías postquirúrgicas*



**Nota:** a) Proyección anteroposterior. b) Proyección en mortaja. c) Proyección oblicua. Se evidencia una exéresis completa del proceso tumoral óseo.

### **Segundo caso clínico**

Paciente masculino de 9 años de edad sin antecedentes personales ni familiares relevantes, familiar refiere que hace 3 meses presenta dolor de tobillo derecho posterior a realizar actividad física y en ocasiones sin causa aparente, acude a facultativo quien realiza exámenes de imágenes y refiere al Hospital Pediátrico Baca Ortiz, al acudir el paciente a consulta externa presenta dolor del tobillo derecho a la movilidad, se exagera a la dorsiflexión, en estudio de imagen de radiografía se evidencia lesión de característica tumoral con continuidad de la cortical y medular del astrágalo compatible con un osteocondroma localizado en la parte anteromedial, misma que se confirma con estudio tomográfico (fig. 4). Se utiliza un abordaje anteromedial para la realización de una biopsia excisional del osteocondroma (fig. 5), posteriormente se envía muestras a estudio histopatológico. El manejo de inmovilización y utilización de bota Walker fue similar al caso anterior, con posterior inicio de la fisioterapia. A los 3 meses postquirúrgicos, no hay alteración en la marcha, se mantiene asintomático (fig. 6). Los resultados de la biopsia reportan la existencia de tumores benignos tapizados por cartílago madura sobre espículas óseas sin atipia, compatibles con un osteocondroma.

**Figura 4**

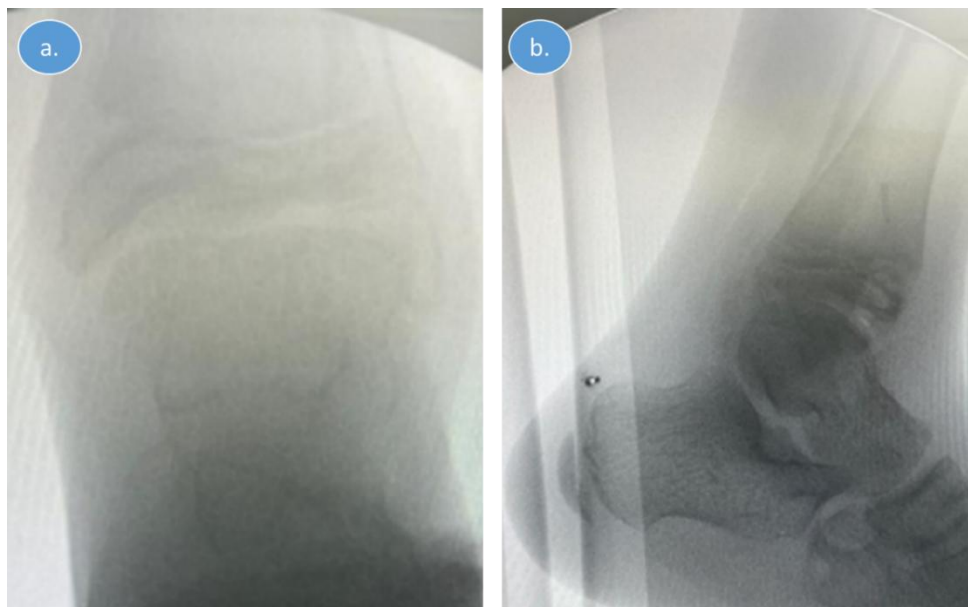
*Diagnóstico por imagen*



**Nota:** a, b y c. TAC en cortes axial, coronal y sagital respectivamente, se evidencia una exostosis en cara medial, superior y con extensión anteroposterior del astrágalo, con compromiso intraarticular medial. d y e. Tomografías en vistas reconstructivas anteroposterior y lateral respectivamente, muestra una lesión cartilaginosa en astrágalo con compromiso intraarticular.

**Figura 5**

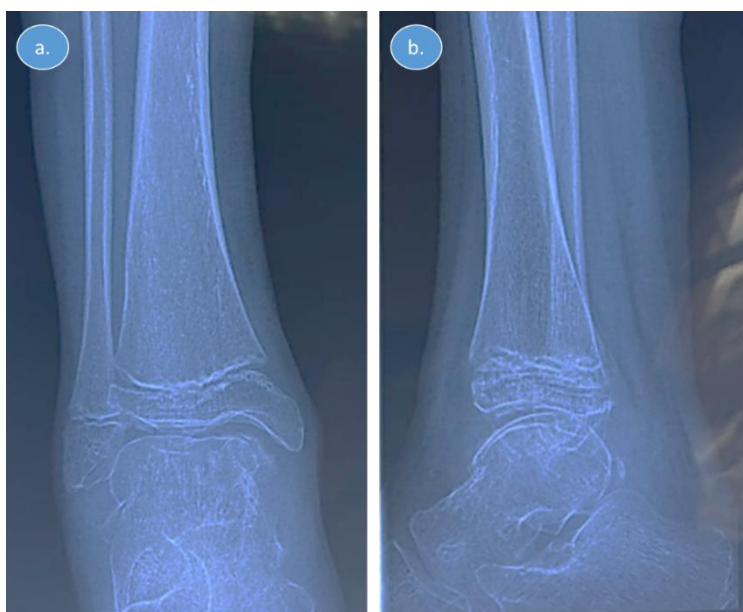
*Imágenes transquirúrgicas*



**Nota:** a y b) Imágenes transquirúrgicas con intensificador de imagen durante la biopsia excisional tanto en vista anteroposterior como lateral respectivamente.

**Figura 6**

*Radiografías postquirúrgicas*



**Nota:** a) Proyección anteroposterior. b) Proyección lateral. Se evidencia una exéresis completa del proceso tumoral óseo sin colapso de las superficies articulares.



## **DISCUSIÓN**

El osteocondroma es el tumor óseo benigno más común, caracterizado por un crecimiento anormal de hueso y cartílago en la superficie del hueso, conocido como exostosis. Aunque este tipo de tumor se presenta con mayor frecuencia en los huesos largos (fémur, tibia y húmero), su localización en el astrágalo es extremadamente rara. La fisiopatología del osteocondroma se centra en un defecto en la osificación endocondral y alteraciones genéticas que afectan el crecimiento cartilaginoso en la placa de crecimiento. Aunque la mayoría de los osteocondromas son asintomáticos y benignos, su localización, tamaño y efecto en las estructuras circundantes determinan su impacto clínico. Las mutaciones en los genes EXT1 y EXT2 son fundamentales en su desarrollo, especialmente en los casos de exostosis múltiple hereditaria.

El osteocondroma suele ser asintomático y su tratamiento solo requiere observación si el paciente se encuentra asintomático, sin embargo en el osteocondroma del tarso nos encontramos con sintomatología como es el dolor, limitación a la movilidad y masa palpable por lo cual la biopsia excisional con 2 cm de márgenes de seguridad es el tratamiento principal, además el diagnóstico es radiológico solo en casos excepcionales se solicita una Tomografía Computarizada Multicorte, y se confirmará con el estudio de histopatología del mismo.

La biopsia excisional de un osteocondroma en el astrágalo es un procedimiento quirúrgico para extirpar el tumor y confirmar su naturaleza benigna. Dado que la cirugía ocurre en una región de carga (tobillo), los cuidados postquirúrgicos son esenciales para garantizar una recuperación óptima y prevenir complicaciones.

En relación a estos pacientes, los procedimientos quirúrgicos se los realizó sin complicaciones y con márgenes de seguridad. Durante el periodo postquirúrgico se tomaron en cuenta el control del dolor y edema mediante reposo, elevación de la extremidad afectada, el hielo local y medicación antiinflamatoria. Se mantuvieron cuidados estrictos de la herida, vigilando principalmente signos de infección. La protección del área quirúrgica se realizó con una valva de yeso suropédico, evitando apoyo prematuro. Posterior manejo con bota Walker e inicio de movimientos activos y pasivos. La reintroducción a la carga y movilidad fue de forma gradual y con ayuda de fisioterapia. Se ha obtenido un adecuado resultado en pocos meses de seguimiento (5 y 3 respectivamente), con una introducción en actividades cotidianas sin problema.

## **CONCLUSIÓN**

El osteocondroma del astrágalo es muy raro, por lo que hay pocos casos reportados, los pacientes van presentar dolor, limitación funcional y en algunos casos se acompañan de presencia de masa debido a la localización de la exostosis, el tratamiento quirúrgico con su exéresis total mejora la clínica del paciente, sin embargo, se debe planificar la cirugía con algún sustento óseo que soporte la carga y ayude a evitar complicaciones como un colapso del astrágalo, por lo cual estos pacientes deben ser captados de forma precoz para evitar complicaciones como una afectación total del astrágalo.



## REFERENCIAS

Baloglu M, Gökkuş K, Sagtas E, Unal MB, Aydın AT. Comment to: Kulkarni U. Posterior talus osteochondroma a rare location, treated by posterior ankle arthroscopy. *Foot Ankle Surg* 2015;21(Sep (3)):e51-4. *Foot Ankle Surg* [Internet]. 2016;22(4):286–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fas.2015.12.006>

Boya, Özcan, Tokyol. Osteochondroma of they talus: an inusual location. *Acta Orthop Traumatol Turca*. 2014.

Cañate, Fontoira, Gutiérrez, Mancheva. Osteocondroma: Diagnóstico radiológico, complicaciones y variantes. *Revista Chilena de Radiología*. 2013.

Dureja, Suvarna, Sahu. Extensive Osteochondroma of the talus presenting as sindesmotoc joint extensión and posterior inferior tibiofibular ligament rupture: a report a rare case and Review of the literatura. *Cureus*. 2024.

El-Sobky TA, Samir S, Atiyya AN, Mahmoud S, Aly AS. Current paediatric orthopaedic practice in hereditary multiple osteochondromas of the forearm: a systematic review. *SICOT-J*. 2018 Mar 21;4:11. doi: 10.1051/sicotj/2018007.

Ercin E, Bilgili MG, Gamsizkan M, Avsar S. Talar osteochondroma fracture presenting as posterior ankle impingement. *J Am Podiatr Med Assoc* [Internet]. 2016;106(3):225–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7547/15-001>

Galanis V, Georgiadi K, Balomenos V, Tsoucalas G, Thomaidis V, Fiska A. Osteochondroma of the talus in a 19-year-old female: A case report and review of the literature. *Foot (Edinb)* [Internet]. 2019;42:101635. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.foot.2019.08.006>

Kulkarni U, Kulkarni A. Posterior talus osteochondroma a rare location, treated by posterior ankle arthroscopy. *Foot Ankle Surg* [Internet]. 2015;21(3):e51-4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fas.2015.05.011>

Kulkarni U, Kulkarni A. Response to the comment to: "Kulkarni U and Kulkarni A: Posterior talus osteochondroma a rare location, treated by posterior ankle arthroscopy. *Foot Ankle Surg*. 2015 Sep;21(3):e51-4". *Foot Ankle Surg* [Internet]. 2016;22(4):288. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fas.2016.01.001>

Kumar S, Dhammi IK, Jain AK, Shahi P. Osteochondroma of the talus: three varying cases. *BMJ Case Rep* [Internet]. 2020;13(12). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2020-237670>

Makhdom AM, Jiang F, Hamdy RC, Benaroch TE, Lavigne M, Saran N. Hip joint osteochondroma: systematic review of the literature and report of three further cases. *Adv Orthop*. 2014 May 20;2014:180254. doi: 10.1155/2014/180254.

Öztürk, Burak, Ekber, Beltir, Murat, Safak. Talus localized Osteochondroma: tratament management and Mid-term outcomes – case series. *Eklemler Hastalik Cerrahisi*. 2019.

Pham L, Wu D. Rare osteochondroma of the posterior Talar process: A case report. *J Am Podiatr Med Assoc* [Internet]. 2021;111(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7547/20-012>

Saberi S, Irani PT, Khabiri SS. Talus osteochondroma with syndesmosis problem; case report. *Int J Surg Case Rep* [Internet]. 2023;105:108040. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2023.108040>

São Simão R, Moura AM, Sá Rodrigues A, Pinto R. Peroneal tendon impingement due to bulky osteochondroma: A case report. *Foot Ankle Spec* [Internet]. 2014;8(5):413–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1938640014557074>

Sekharappa V, Rao S, Rajasekaran S. Symptomatic solitary osteochondroma of the subaxial cervical spine in a 52-year-old patient. *Asian Spine J*. 2014 Feb;8(1):64-8. doi: 10.4184/asj.2014.8.1.64.

Shah A, Adhikari S, Shah S, Bhandari PS, Uprety S. Osteochondroma of talus: A case report from Nepal. *Clin Case Rep* [Internet]. 2022;10(5):e05867. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/ccr3.5867>

Sung-Hun, Chung, Seung-Hwan, Woo-Suk. Osteochondroma of the talus – A report of tow cases. *The Journal of the Korean Orthopaedic Association*. 2008.

Swapnil, Kaustubh, Vijay, Ayush. Osteochondroma of talus and coalition and intercuneiform joints – surgical management. *International Journal of Research in Orthopaedics*. 2021.

Wuyts W, Schmale GA, Chansky HA, Raskind WH. Hereditary Multiple Osteochondromas. *GeneReviews®*. 2013 Nov 21; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1235/>

Todo el contenido de **LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades**, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia [Creative Commons](#) .