

## IMAGEN EN RADIOGRAFÍA ÓSEA

Beatriz Rodríguez Pérez(1), Leire Adrián Arrieta(2), María Dolores Mendiburu Diaz(3), Carmen Tolsá Caballero(4), Mónica Mayor Lapedriza(5), Inmaculada Iriazabal Navajas(5)

(1)C.S. Cizur; (2) C.S. Milagrosa; (3)Mutua Navarra;(4) C.S. Ansoain;(5) C.S. San Jorge

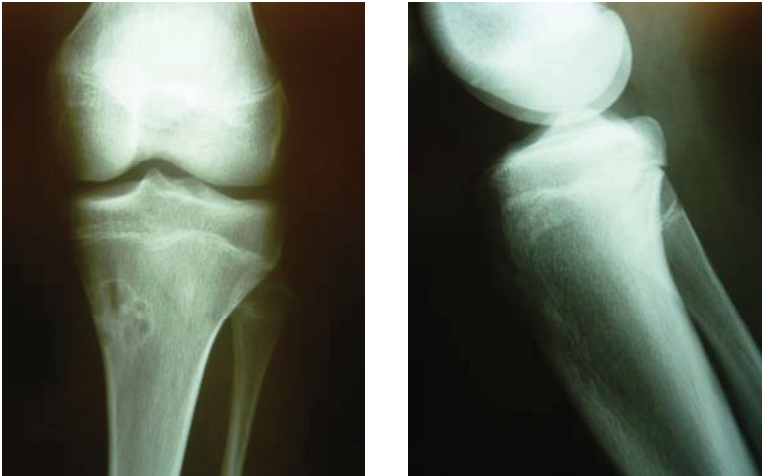
Niña de 13 años que acude a consulta por presentar dolor en rodilla izqda de 2 semanas de evolución. Practica ejercicio de forma habitual; pertenece a un club de atletismo. El dolor aparece tras el esfuerzo deportivo pero tiende a desaparecer en unas horas, pudiendo efectuar, al cabo de unos días, un nuevo entrenamiento.

Entra caminando. Presenta una marcha normal, con leve cojera antiálgica. No se aprecian deformidades, ni zonas de inflamación. No existe asimetría entre ambas rodillas ni extremidades inferiores en general. Refiere dolor a la palpación en zona anteromedial de la rótula y suprarrotuliana. Resto de exploración, sin hallazgos de interés.

Se le indicó, en caso de ACTIVIDAD DEPORTIVA: disminuir durante un tiempo la intensidad del ejercicio, manteniendo la musculatura fuerte y flexible (cuadriceps e isquiotibiales sobre todo). Además, calentamiento antes y después del ejercicio (estiramientos de cuadriceps, isquios y tríceps). Antiinflamatorio si dolor intenso.

A la semana acude a control: refiere que en los últimos días el dolor aparece ya al inicio del entrenamiento, es casi permanente y le obliga a reducirlo o interrumpirlo. Cojera más marcada con dolor intenso a la palpación en la misma zona, especialmente en área suprarrotuliana medial. Impresiona de tendinitis, pero llama la atención el empeoramiento tan rápido para la actividad realizada. Por ello solicité radiografía para descartar patología subyacente.





1. **¿Cómo describirías la imagen de la radiografía?**
2. **¿Qué diagnósticos diferenciales considerarías ante el cuadro?**
3. **¿Qué pruebas complementarias solicitarías para alcanzar un diagnóstico?**

#### COMENTARIO:

La radiografía muestra una laguna clara multilobular con bordes esclerosos de localización en tercio proximal de la tibia. Diámetro menor de 6 cm. No reacción perióstica.

La lesión corresponde a un fibroma no osificante o laguna cortical metafisaria.

Es una distrofia ósea benigna que se localiza en la cortical o debajo de ésta. Representa un defecto en la osificación más que una neoplasia y suelen ser asintomáticas.

Se originan en la metafisis, junto a la placa fisaria y si no regresan con el crecimiento, pueden extenderse hasta la diáfisis. Aparecen generalmente en la cortical posterior y con mayor frecuencia afectan a la cara medial.

Localización única casi siempre, con predominio en la metafisis de huesos largos. En miembros inferiores en un 40%.

Se desarrollan en la niñez y adolescencia y son más frecuentes en varones (2:1). Generalmente son asintomáticos y constituyen un hallazgo casual en radiografías realizadas por otro motivo; en general tras traumatismo, para descartar fractura.

Su aspecto radiológico es tan característico que por lo general no es necesario hacer una biopsia ni instaurar tratamiento. El fibroma puede llegar a alcanzar los 10 centímetros; localización excéntrica que afecta tanto a la cortical como a la medular. Los márgenes son polilobulados, el borde interno escleroso y su diámetro longitudinal paralelo al eje mayor del hueso en el que se origina. Puede adelgazar y producir expansión de la cortical, pero no hay reacción perióstica a menos que se produzca una fractura patológica.

Se suelen producir regresiones espontáneas al alcanzarse la madurez esquelética. Su evolución benigna y curación espontánea frecuente hace que el tratamiento quirúrgico no sea necesario salvo que por su tamaño exista el riesgo de que se produzca una fractura, en cuyo caso se puede realizar tratamiento

profiláctico con curetaje e injerto óseo. Las fracturas patológicas curan con tratamiento ortopédico.

## **EJEMPLO DE INCIDENTE CRITICO.**

### **MUJER CON INFECCION RESPIRATORIA QUE NO MEJORA.-**

Pilar Fernandez de Urretavizcaya \*, José Ramón Loayssa Lara.

\* Médico de Familia. Servicio de Urgencias Hospital de Navarra.

\*\* Médico de Familia. Centro de Salud de Noain.

### **CASO CLINICO.-**

Paciente de 73 años con antecedentes de Hipercolesterolemia, dispepsia ulcerosa, Leucemia promielocítica aguda diagnóstica 1992 y actualmente en remisión completa. Presentó hace 10 días un cuadro gripal, dentro de un periodo epidémico, con fiebre, tos y expectoración. Se le realizó RX que resultó normal. Fue tratada con antibióticos (Macrolido) y solución oral expectorante. La fiebre desapareció pero no la tos por lo que acudió de nuevo a su médico.

### **Actitud del médico.-**

Este le pregunto si tenía fiebre y expectoración (la paciente manifestó que la tos era seca) y le auscultó. Le dijo que la auscultación estaba bien y que siguiera una semana más con un mucolítico.

### **Resultado.-**

La paciente acude a Urgencias a las 36 horas porque manifiesta que sigue con tos que no le deja respirar. Interrogada describe disnea de pequeños esfuerzos ortopnea. El pulso es de 165 arritmico. La auscultación pulmonar muy poco llamativa con buena ventilación y algunos dudosos crepitantes basales. A la paciente se le practicó una RX de tórax (ver imagen) y un ECG que mostraba Fibrilación auricular con respuesta ventricular media a 165 latidos por minuto.

Informe de la RX de tórax: cardiomegalia, redistribución vascular, derrame cisural.

La paciente es diagnosticada de insuficiencia cardiaca congestiva en el contexto de Fibrilación auricular rápida.

### **Valoración actuación del médico.**

No contamos con su testimonio directo por lo que es difícil juzgar su actuación concreta. No obstante podemos especular sobre los sucesos acaecidos que ponen de relieve posibles errores que no son tan infrecuentes en el caso de circunstancias como esta.

Aparentemente estamos ante una circunstancia habitual en la consulta un paciente con una infección respiratoria acude de nuevo a la consulta quejándose de que aunque la intensidad de algunos síntomas ha disminuido ( en este caso la fiebre) sin embargo la tos persiste. La persistencia de la tos después de una infección respiratoria aguda en muchas ocasiones carece de trascendencia clínica.

En estos casos de una nueva visita del paciente con un cuadro respiratorio el médico puede centrarse en descartar exclusivamente en una complicación respiratoria del cuadro y especialmente una neumonía (en este caso probablemente no se solicitó una RX por la falta de fiebre y porque esta ya se había solicitado una previamente quizás antes de lo que era recomendable) o una bronquitis. Ante la auscultación pulmonar prácticamente normal y el hecho de que la tos aislada tras una infección respiratoria aguda es una circunstancia frecuente y casi siempre banal, el médico no consideró procedente una evaluación mas detenida del paciente.

Quedan dudas sobre si el médico realizó auscultación cardiaca o al menos tomo el pulso (podiera ser que la taquiarritmia y la Insuficiencia Cardiaca a consecuencia de esta aparecieran posteriormente) pero pudiera ser que obviara estas exploraciones, al no considerar la insuficiencia cardiaca entre las hipótesis