

EJEMPLO DE IMÁGENES EN LA PRACTICA.

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

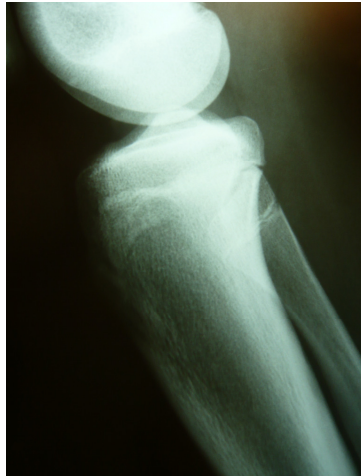
Niña de 13 años que acude a consulta por presentar dolor en rodilla izqda de 2 semanas de evolución. Practica ejercicio de forma habitual; pertenece a un club de atletismo. El dolor aparece tras el esfuerzo deportivo pero tiende a desaparecer en unas horas, pudiendo efectuar, al cabo de unos días, un 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 (cuadriiceps e isquiotibiales sobre todo). Además, calentamiento antes y después del ejercicio (estiramientos de cuadiiceps, 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.