

MANUBRIO ESTERNAL DENSO

M. RELAÑO, C. TEJERO, M. TOMÁS, M.E. LILLO, N. ITURMENDI, C. PELÁEZ Y B.P. VILLACASTÍN

SERVICIO DE RADIOLOGÍA. FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID.

Se trata de un paciente de 73 años con antecedentes de nefrectomía derecha por carcinoma de células claras en remisión completa, que presenta dolor centrotorácico irradiado a miembro superior derecho de características mecánicas.

Llama la atención la mayor densidad del manubrio esternal, así como de la porción proximal del cuerpo esternal, con aumento de partes blandas (fig. 1).

Se realizó una tomografía computarizada (TC) toracoabdominopélvica, en la que se objetivan planos óseos sin hallazgos patológicos.

En la resonancia magnética (RM) de esternón se observa una alteración en la morfología y señal del manubrio esternal, con imágenes hipointensas en secuencias T1 y T2 (fig. 2A y B).

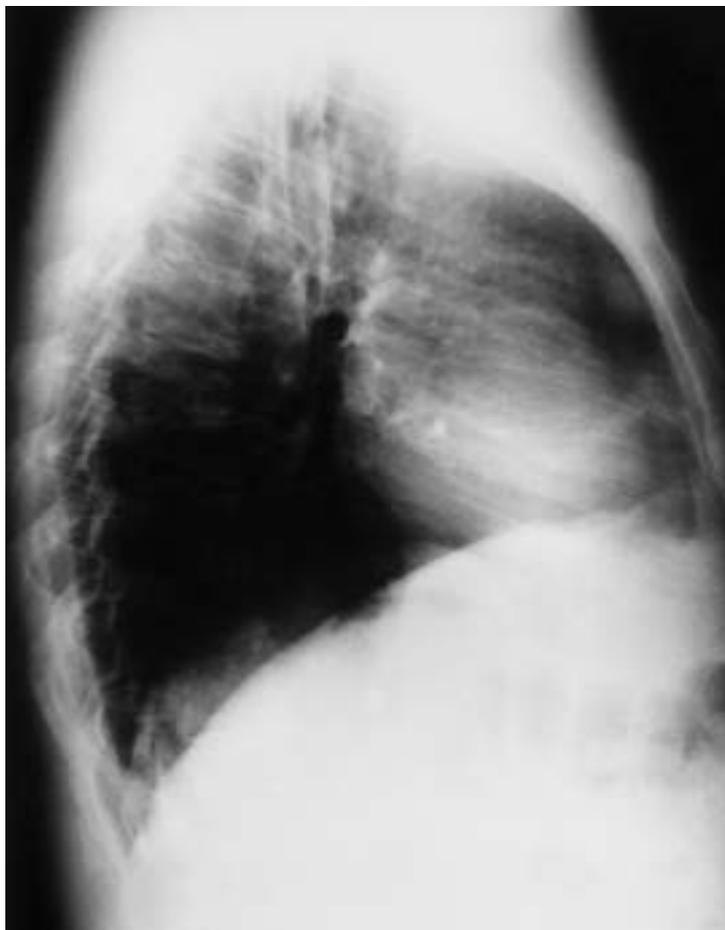
Se realizó también gammagrafía ósea, donde destacaban imágenes hipercaptantes en cuerpo esternal y primera costilla, y biopsia esternal informada como lesión esclerosante sin otros hallazgos.

COMENTARIO

Ante una imagen esclerosante en esternón debemos plantearnos los siguientes diagnósticos:

1. Osteomielitis crónica: la reacción ósea aparece entre dos a tres semanas después de la infección, con producción de hueso perióstico, secuestro, descalcificaciones y neoosteogénesis. La paciente no tiene antecedentes sugestivos.
2. Metástasis: se descarta esta posibilidad por la baja frecuencia de metástasis osteoblásticas en el carcinoma renal de células claras, por las imágenes hipointensas obtenidas en la resonancia magnética (RM) (no compatibles con metástasis)¹, y por la estabilidad radiológica de las lesiones en ausencia de tratamiento.
3. Osteosarcoma: presenta una imagen de

Figura 1



lesión destructiva apolillada e irregular, de bordes escleróticos y reacción perióstica, siendo más frecuente en niños y personas jóvenes. En este caso, el resultado de la biopsia no apoya este diagnóstico.

4. Enfermedad de Paget: se caracteriza por lesiones osteocondensantes en la fase esclerótica de características uniformes, aunque a veces se puede disponer en «bandas» o estrías osteoblásticas. Sus localizaciones más frecuentes son huesos ilíacos, fémur, cráneo, vértebras lumbares y sacro². Se acompaña además de datos analíticos compatibles (hipercalcemia, aumento de la fosfatasa alcalina, etc.) que pueden estar ausentes en la variedad monostótica.

5. Linfoma óseo: en el 66% de los casos la

afectación es monostótica, de los que el 77% se presentan como imágenes osteolíticas y sólo un 4,3% como lesión esclerótica³. Se acompaña de dolor refractario al tratamiento farmacológico, inflamación local, compresión neurológica y/o fracturas patológicas⁴. Se descarta por mejoría clínica en ausencia de tratamiento.

6. Callo de fractura: no existen antecedentes traumáticos previos en esta paciente.

7. Displasia ósea: la forma monostótica es la más frecuente; las lesiones pueden ser asintomáticas, asociarse con dolor local o predisponer a fracturas patológicas. Las localizaciones más frecuentes son costillas y huesos craneofaciales. La imagen radiológica se caracteriza por una zona radiotrans-



Figura 2A

Figura 2B

parente de bordes bien definidos, lisos o festoneados, asociada a adelgazamiento de la cortical, pudiendo también en algunas ocasiones aumentar el tamaño del hueso.

CONCLUSIÓN

Ante la estabilidad clínica y radiológica que presenta el paciente a lo largo de 10 años de seguimiento y la inespecificidad

del resultado de la biopsia, se diagnostica la lesión como reacción esclerótica inespecífica, sin poder descartar definitivamente la posibilidad de enfermedad de Paget monostótica o displasia fibrosa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tins BJ, Davies AM, Mangham DC. MR imaging of pseudosarcoma in Paget's disease of bone: a

report of two cases. *Skeletal Radiol* 2001;30(3): 161-5.

2. Morales Piga A, Bachiller Corral J, Rey Rey JS, Beltrán Gutiérrez J. Características de la enfermedad de Paget en una amplia serie de pacientes de ámbito hospitalario. *Rev Esp Reumatol* 2000;27:346-51.
3. Edeiken-Monroe B, Edeiken J, Edmund Kim E. Radiologic concepts of Lymphoma of bone. *Radiologic Clinics North Am* 1990;28:841-64.
4. Lombart M, Minguez M, Salas E. Linfoma óseo multifocal. A propósito de un caso. *Rev Esp Reumatol* 2001;28:311-2.