



Radiología



0 - Lesiones que Sí hay que tocar

X. Tomás Batlle y L. Fortuny Garrido

Departamento de Radiodiagnóstico, Hospital Clínic, Barcelona, España.

Resumen

Objetivo docente: 1. Establecer una sistematización del análisis por imagen frente a una lesión osteoarticular para valorar si es tributaria de intervencionismo: Morfología: densidad, márgenes, edema perilesional, patrón permeativo. Ubicación: articular, epifisaria, metafisaria, diafisaria, transarticular. Datos clínicos: edad, neoplasias, inmunodepresión. Datos analíticos: VSG, PCR, leucocitosis, marcadores tumorales. 2. Normas de actuación frente a situaciones clínicas determinadas. Paciente con lesión focal esquelética sin neoplasia conocida. Paciente con neoplasia conocida. Lesión única o múltiple. Paciente sometido a radiofrecuencia. ¿Biopsia pre o per-intervencionismo?

Discusión: El radiólogo debe evaluar de forma rutinaria lesiones esqueléticas tanto incidentales como “esperables”. Es fundamental entonces decidir si esa lesión es o no tributaria de intervencionismo, técnica no exenta de riesgos. El entorno clínico, la morfología y ubicación de la lesión son datos críticos con los que debemos elucubrar un diagnóstico de sospecha. Por ejemplo, una lesión epifisaria con edema perilesional en un paciente joven puede ser un condroblastoma o un osteoma osteoide articular (tributarios de intervencionismo), mientras que en un paciente de edad avanzada una geoda artrósica será mucho más probable (no tributaria). Una lesión metafisaria humeral detectada incidentalmente en una Rx de tórax puede ser un infarto óseo o bien un tumor condral (¿encondroma, condrosarcoma...?). ¿Qué conducta debemos seguir en ese caso? Un paciente al que se diagnosticó una neoplasia muestra una lesión focal esquelética única, o bien varias lesiones similares, o bien lesiones con diferente comportamiento radiológico. ¿Deberíamos realizar una biopsia? ¿En cuáles de ellas? ¿Se beneficiaría al paciente? Finalmente, en el intervencionismo terapéutico mediante radiofrecuencia ¿es necesaria una biopsia ante una lesión muy sugestiva de un diagnóstico mediante técnicas de imagen (osteoma osteoide...)? ¿Estamos absolutamente seguros que no es otra entidad como una osteomielitis? Ésta y otras cuestiones serán abordadas en la ponencia, aportando datos y normas para poder categorizar mejor nuestros parámetros de actuación.

Referencias bibliográficas

- Huang A, Halpern E, Rosenthal D. Incidence of delayed complications following percutaneous CT-guided biopsy of bone and soft tissue lesions of the spine and extremities: A 2-year prospective study and analysis of risk factors. *Skeletal Radiol*. 2013;42:61-8.
- Parlier-Cuau C, Bousson V, Ogilvie CM, et al. When should we biopsy a solitary central cartilaginous tumor of long bones? Literature review and management proposal. *Eur J Radiol*. 2011;77:6-12.
- Becce F, Theumann N, Rochette A, et al. Osteoid osteoma and osteoid osteoma-mimicking lesions: biopsy findings, distinctive MDCT features and treatment by radiofrequency ablation. *Eur Radiol*. 2010;20:2439-46.