

## LESIONES OSTEOLÍTICAS. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

N. PIRO, M.<sup>a</sup> T. SAMPERE, J. CONTRERAS Y B.P. VILLACASTÍN

SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO.  
FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ Y UNIVERSIDAD AUTÓNOMA. MADRID.



Figura 1.

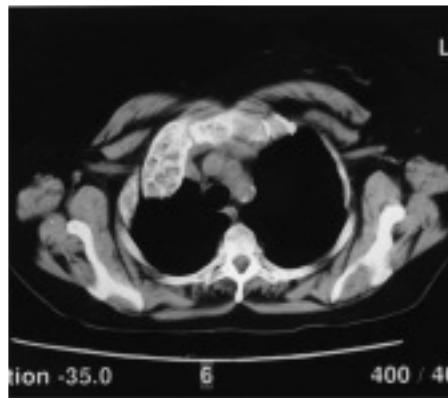


Figura 2.

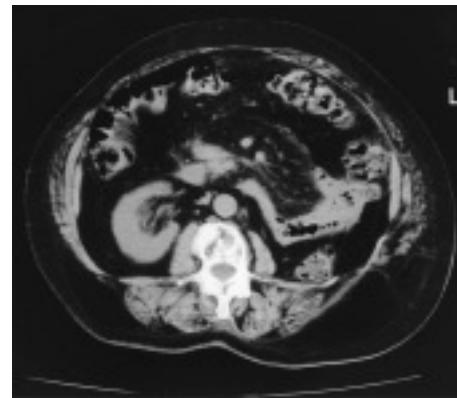


Figura 3.

Se presenta el caso de una mujer de 67 años con antecedentes médico-quirúrgicos de hipernefroma izquierdo tratado con nefrectomía total. Diagnosticada de carcinoma de mama derecha que se trató con mastectomía total y quimioterapia. Diez años más tarde consultó por astenia, un nódulo paraesternal derecho palpable y no doloroso y tumefacción en la cicatriz de la mastectomía, diagnosticándose por biopsia de ésta de recidiva del carcinoma de mama. A su vez estaba siendo vista en el servicio de traumatología por dolor de características mecánicas en región glútea izquierda que no cedió con antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Se le realizó gammagrafía ósea en la que se objetivó hipercaptación del trazador diseminada sugerente de metástasis, por lo que se le hizo estudio de extensión con: radiografía (Rx) de tórax posteroanterior (PA) y lateral, tomografía axial computarizada (TAC) toraco-abdominal, resonancia magnética nuclear (RMN), y serie ósea que confirmaron tales imágenes de características osteolíticas en arcos costales, esternón, vértebras dorso-lumbares, pelvis y rodilla izquierda.

En la Rx PA de tórax (fig. 1) se observa: ausencia radiológica de mama derecha, insuflación del arco anterior y medio de la

primera costilla derecha e imágenes similares de menor tamaño en el arco medio de la segunda costilla y arco posterior de la séptima. Afectación del lado derecho del manubrio esternal. En la TAC toraco-abdominal (fig. 2) se aprecia: asimetría de partes blandas, insuflación de la primera costilla con esclerosis de la cortical y trabeculación interior moderada, también se objetiva alteración de características similares en manubrio esternal.

En la figura 3 se observa ausencia de riñón izquierdo y cuerpo vertebral lumbar desestructurado, que podría corresponder a cambios degenerativos, no observándose otras alteraciones significativas.

### COMENTARIO

Los procesos con expansión del córtex (insuflación) son indicativos de crecimiento lento, sin especificar su posible benignidad o malignidad. La expansión puede ser central o excéntrica. Las causas más frecuentes de lesiones expansivas óseas están reseñadas en la tabla 1<sup>1</sup>.

En el caso presentado en el diagnóstico diferencial de las lesiones óseas de la paciente podemos descartar, en primera instancia, que se trate de un tumor primario benigno

óseo dada la múltiple localización de las lesiones. En segundo lugar también descartamos que sea un tumor primario maligno óseo por las razones anteriores, a excepción del mieloma múltiple; lo más característico son las imágenes en «sacabocados» aunque también puede manifestarse radiológicamente como lesiones líticas expansivas como en el caso que nos concierne<sup>1</sup>. En tercer lugar pueden tratarse de metástasis óseas de una enfermedad

**Tabla 1**  
*Procesos expansivos óseos*

Tumores primarios benignos de hueso

- Encondroma
- Condroblastoma benigno
- Fibroma condromixoide
- Tumor de células gigantes

Tumores primarios malignos de hueso

- Mieloma múltiple
- Condrosarcoma
- Fibrosarcoma
- Tumor de células gigantes maligno
- Adamantinoma

Tumores metastásicos

- Cáncer de riñón
- Cáncer de tiroides
- Melanoma
- Mama

Modificada de Greenfield.

neoplásica. Las lesiones metastásicas osteolíticas ocasionalmente pueden presentar marcada expansión y trabeculación, produciendo imágenes insufladas, características de los carcinomas de riñón y tiroides, aunque también se han descrito en carcinomas de mama, melanoma y pulmón<sup>2</sup>. En el caso que exponemos creemos que las lesiones óseas halladas son debidas a metástasis neoplásicas. Dado que la paciente tiene antecedentes de carcinoma renal izquierdo y recidiva de carcinoma de mama derecho, podría tratarse de cualquiera de ellos, siendo más frecuente como hemos visto las metástasis de carcinoma renal<sup>3</sup>. En este caso no se ha realizado biop-

sia de las lesiones óseas para tener el diagnóstico histológico y así actuar en consecuencia dado el diferente tratamiento que conllevan<sup>4</sup>.

En el caso de las metástasis de carcinoma de mama sería QT y hormonoterapia (tamoxifeno), y en las de carcinoma de riñón sería RT e inmunoterapia (interferón e interleucina-2) y en algunos casos la cirugía<sup>4</sup>. La paciente lleva dos años en tratamiento con tamoxifeno, siguiendo controles por el servicio de Oncología, con mejoría clínica y estabilización de la enfermedad, por lo que nos podemos inclinar a pensar que se tratan de metástasis óseas de su recidiva de carcinoma de mama.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pedrosa CS. Tratado de radiología clínica. Diagnóstico por imagen. Sistema musculoesquelético: lesiones óseas generalizadas. 1986; 47: 1.427-1.462.
2. Johnston AD. Pathology of metastatic tumors in bone. Clin Orthop 1970; 73: 8.
3. Harrison. Principios de Medicina Interna. 2 volúmenes: «Sarcomas de los tejidos blandos y del hueso». 1998; Volumen I (14.<sup>a</sup> Ed.) 100: 701.
4. DeVita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA. Cáncer. Principles & Practice of Oncology (5.<sup>a</sup> Ed.). 1997; 36(2): 1.602-1.606.

## NOTICIAS

### LA REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMEDADES METABÓLICAS ÓSEAS EN CD ROM

IDEPSA, bajo el patrocinio de AVENTIS ha editado un CD ROM, donde se compilan los últimos cuatro volúmenes de la Revista Española de Enfermedades Metabólicas Óseas.

En él se integran todos los artículos aparecidos entre 1996 y 1999 en una versión informática moderna que permite cruzar todo tipo de datos, especialmente los sistemas de búsqueda temático (por secciones) y onomástico completado con 25 páginas de ayuda. El sistema presenta la primera página de cada número y permite imprimir el artículo completo.

