

ENFERMEDAD DE PELLEGRINI-STIEDA

M.A. CONTRERAS BLASCO

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. SANTANDER.

Se trata de una mujer de 69 años, sin antecedentes médicos de interés, con dolor de características mecánicas en ambas rodillas, fundamentalmente al subir y bajar escaleras, de 8 meses de evolución. La paciente no recordaba antecedente traumático previo. En la exploración física sólo destacaba de crepitación femoropatelar en ambas rodillas, siendo la movilidad completa e indolora. Tampoco se evidenció derrame articular. Se realizó un estudio radiológico simple de ambas rodillas, observándose en la proyección anteroposterior de la rodilla derecha (fig. 1) una osificación lineal adyacente al cóndilo femoral interno, correspondiente a un área de miositis osificante, también denominada enfermedad o síndrome de Pellegrini-Stieda.

COMENTARIO

Se denomina enfermedad o síndrome de Pellegrini-Stieda a la osificación del ligamento colateral interno de la rodilla. La tendinitis calcificada es frecuente, mientras que la osificación de las estructuras tendinosas es relativamente rara, excepto en el ligamento colateral interno de la rodilla.

Para la clasificación de los tumores óseos se utiliza la establecida por la OMS en el año 1972, resultado de la coordinación del Dr. Fritz Schajowicz con distintos patólogos. Se trata de una clasificación basada en el tipo de diferenciación histológica y establece la distinción entre lesiones



Fig. 1. Radiografía anteroposterior de la rodilla derecha. Puede observarse una osificación lineal adyacente al cóndilo femoral interno, existiendo una banda radioluciente que la separa de la cortical adyacente.

benignas y malignas, incluyendo un grupo de lesiones denominadas paratumorales, donde se incluye la miositis osificante, de gran importancia para el clínico ya que pueden simular verdaderos tumores, pudiendo llevar a un error diagnóstico y en consecuencia a un mal enfoque terapéutico.

La denominación de miositis osificante no es ideal, ya que en realidad se trata de una formación de hueso heterotópico. Sin embargo, en la clasificación de la OMS se mantuvo este término por estar ya muy difundido, a pesar de que no se demues-

tra la relación con proceso inflamatorio muscular.

La etiología de la miositis osificante no queda clara, habiéndose implicado un factor traumático hasta en el 60%-75% de los pacientes con miositis circunscrita. Suele ser única y bien delimitada.

Su presentación clínica es en forma de dolor en una fase inicial, seguido de una tumefacción circunscrita e indolora que termina transformándose con el tiempo en una masa cálcica bien delimitada e indolora, constituyendo entonces un hallazgo radiológico.

Radiológicamente se presenta en su fase inicial como un aumento de densidad de las partes blandas, que acaba convirtiéndose en una masa calcificada en estadios avanzados. Uno de los puntos más importantes cuando nos encontremos con esta imagen radiológica es establecer el diagnóstico diferencial con determinadas lesiones tumorales. En primer lugar debemos diferenciarlo del osteosarcoma paraostal, que es un tumor que se origina en la metafisis de los huesos trabeculares, especialmente a lo largo de la cara posterior del extremo distal del fémur. Se diferencia de la miositis osificante porque éste está más densamente calcificado en su porción central, la periférica es menos densa y el tumor crece con el tiempo. Además, en el caso de la miositis osificante suele existir una zona radioluciente entre la masa cálcica y el hueso subyacente. En segundo lugar hay que diferenciarlo del osteosarcoma periostal que se origina en la cortical de la diáfisis de un hueso tubular, produciendo un engrosamiento cortical y matriz osteoide espiculada, que es progresivamente más densa desde su periferia hacia su base cortical. Otro tumor con el que hay que hacer diagnóstico diferencial es con el osteocondroma, que tiene su origen en el hueso sub-

Correspondencia: M.A. Contreras Blasco.
Servicio de Reumatología del
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Avda. Marqués de Valdecilla, s/n.
39008 Santander.

yacente y que aparece conectado a él. Por último, deberíamos diferenciar la miositis osificante del osteoma, que aparece como una excrecencia ósea que se extiende desde la superficie externa de la cortical.

La miositis osificante no requiere excisión quirúrgica, excepto cuando causa molestias importantes.

La malignización de esta lesión es dudosa, por lo que cuando se encuentra debemos pensar que se trataba de un osteosarcoma

de bajo grado que no fue inicialmente bien diagnosticado.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

De Miguel C, Sánchez del Campo I. Otros tumores del aparato locomotor. En: Pascual Gómez, Rodríguez Valverde V, Carbonell Abelló J, Gómez-Reino Carnota J, editores. Tratado de Reumatología. Madrid: Arán; 1998. p. 1572-86.

Majo J, Bagnes S. Tumores óseos benignos. En: Pascual Gómez, Rodríguez Valverde V, Carbonell Abelló J, Gómez-Reino Carnota J, editores. Tratado de Reumatología. Madrid: Arán; 1998. p. 1513-26.

Resnick D. Tejidos blandos. En: Resnick D, editor. Huesos y articulaciones en imagen. Madrid: Marbán; 2001. p. 1240-72.

Schajowicz F. Histological typing of bone tumors. Second edition. WHO classification. Berlin Heidelberg: Springer Verlag; 1993.

Schajowicz F. Tumores y lesiones pseudotumorales de huesos y articulaciones. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 1982.