



Medicina de Familia SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



IMÁGENES EN MEDICINA DE FAMILIA

Hallazgo casual en una gonalgia mecánica en paciente con antecedentes de cáncer de mama

Incidental finding in mechanical gonalgia in a patient with a history of breast cancer

R.M. González Muriel^a, D. García Rabanal^a y L.R. Ramos Pascua^{b,*}

^a Centro de Salud La Alamedilla, Salamanca, España

^b Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

Mujer de 72 años de edad con antecedentes de carcinoma de mama en curación que consulta por dolor mecánico de su rodilla derecha de varios meses de evolución, sin traumatismo previo. La exploración física objetiva dolor en la interlínea femorotibial interna y chasquidos a la flexoextensión de la rodilla, cuya movilidad es completa y no dolorosa. Se realizan radiografías en proyección anteroposterior y lateral de la rodilla, en las que se objetivan signos discretos de gonartrosis y una lesión de la superficie de la tibia, a nivel de su metáfisis proximal (figs. 1 y 2).

Los osteocondromas son los tumores óseos benignos más frecuentes y representan el 30-40% del total de los primarios del esqueleto, con una incidencia aproximada del 3% en la población general. Aunque pueden diagnosticarse en cualquier hueso y a cualquier edad, lo más frecuente es que se descubran alrededor de la rodilla en el entorno de la segunda y tercera décadas de la vida¹. Su sintomatología es muy variable, pudiendo ser asintomáticos o no, en este caso

generalmente por la compresión de estructuras anatómicas vecinas. Otra posibilidad es que se malignice, habitualmente a un condrosarcoma de bajo grado. Esta evolución se sospecha cuando un osteocondroma conocido empieza a doler o a crecer después de la madurez esquelética, o ante signos radiográficos de agresividad, sobre todo si se observan en radiografías sucesivas². Otro signo preocupante es una anchura mayor de 3 cm en la cubierta de cartílago del osteocondroma en una RM.

La incidencia exacta de condrosarcomas secundarios a osteocondromas no se conoce con exactitud. Se estima que oscilaría entre el 0,4% y el 2% en las formas solitarias y entre el 5% y el 25% en las múltiples². En la imagen presentada no hay signos clínicos ni radiográficos de sospecha de malignidad³. Tampoco lo son las dos osteocondensaciones en el interior del osteocondroma, que han de interpretarse como la calcificación natural de una lesión propia de la adolescencia con más de 50 años de evolución y no como un osteosarcoma secundario o la metástasis del carcinoma de mama que tuvo la paciente.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luisramospascua@gmail.com (L.R. Ramos Pascua).



Figura 1 Radiografía anteroposterior de rodilla. Se observa un leve pinzamiento femorotibial interno, con esclerosis subcondral en las mesetas tibiales e incipientes osteofitos en los compartimentos femorotibiales. En la metáfisis proximal de la tibia se observan dos imágenes esclerosas uniformes de bordes irregulares bien definidos (puntas de flecha).

Nuestro caso suma el interés de una patología relativamente infrecuente y potencialmente grave que puede manejarse adecuadamente en el ámbito de la atención primaria en la mayoría de las ocasiones con el conocimiento de la lesión, una historia clínica completa y radiografías de buena calidad en dos proyecciones, con el correspondiente seguimiento para corroborarlo en el tiempo. Se trataba de una gonalgia por artrosis de rodilla con el hallazgo incidental de un osteocondroma en la metáfisis proximal de la tibia que se trató de forma sintomática y se mantuvo en seguimiento⁴. La irregularidad de la cortical posterior del fémur es otro descubrimiento casual que se denomina desmoide cortical, por tracción repetida de la inserción de la aponeurosis del aductor mayor⁵. La derivación a la atención hospitalaria se justifica ante dudas diagnósticas o sospechas de malignidad, ambos escenarios con indicación de la realización de una RM.

Responsabilidades éticas

Se ha contado con el consentimiento informado del paciente para la publicación y se han seguido los protocolos de los centros de trabajo de los autores sobre el tratamiento de la información relativa al paciente.



Figura 2 Radiografía lateral de rodilla. Se observa el aspecto típico de un osteocondroma pediculado de la cara posterior de la metáfisis proximal de la tibia, prolongando el tejido óseo cortical y esponjoso de esta (flecha llena). En el interior de la lesión se identifican dos zonas de predominio escleroso y bordes bien definidos en la proximidad de su borde periférico (puntas de flecha), que parece regular y también bien definido. No hay reacción perióstica, calcificaciones periféricas ni aparente masa de partes blandas. En la cara posterior de uno de los cóndilos femorales se observa una irregularidad cortical (desmoide cortical) (flecha hueca).

Financiación

No la hay.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Subhas N, Bui KL, Sundaram M, Ilaslan H, Recht MP. Incidental tumor and tumor-like lesions around the knee. *Semin Musculoskelet Radiol.* 2009;13:353–70.
2. Ahmed AR, Tan TS, Unni KK, Collins MS, Wenger DE, Sim FH. Secondary chondrosarcoma in osteochondroma: Report of 107 patients. *Clin Orthop.* 2003;411:193–206.
3. Douis H, Saifuddin A. The imaging of cartilaginous bone tumours. I. Benign lesions. *Skeletal Radiol.* 2012;41:1195–212.
4. Vanel D, Ruggieri P, Ferrari S, Picci P, Gambarotti M, Staals E, et al. The incidental skeletal lesion: Ignore or explore? *Cancer Imaging.* 2009;9:S38–43.
5. Kontogeorgakos VA, Xenakis T, Papachristou D, Korompilias A, Kanellopoulos A, Beris A, et al. Cortical desmoid and the four clinical scenarios. *Arch Orthop Trauma Surg.* 2009;129:779–85.