

Casos Clínic

Infart ossi: què fer amb aquesta troballa radiològica?

**Miracle Camarasa Barbosa,¹ Carme Florensa Piró,²
Ramon Mazana Novellon.³**

1 ABS Les Borges Blanques. Resident 4t any de MFIC.

2 ABS Les Borges Blanques. Metge de família.

3 ABS Les Borges Blanques. Metge de família.

Correspondència:

Miracle Camarasa Barbosa

Adreça electrònica: camarasabarbosa@hotmail.com

ABS Les Borges Blanques (Arbeca)

Publicat: 1 de març de 2009

|

Aquest article està disponible a

<http://pub.bsalut.net/butlleti/vol27/iss1/2/>

Aquest es un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

Introducció

L'infart ossi és una lesió benigna i silenciosa que es descobreix de forma casual en les radiografies que es practiquen als pacients i pot plantejar dubtes en relació al seu maneig a la primària.

Cal tenir present que no requereix tractament, però és important conèixer la seva patogènia i les causes desencadenants associades, els principals diagnòstics diferencials, així com la seva possible degeneració.

Cas clínic

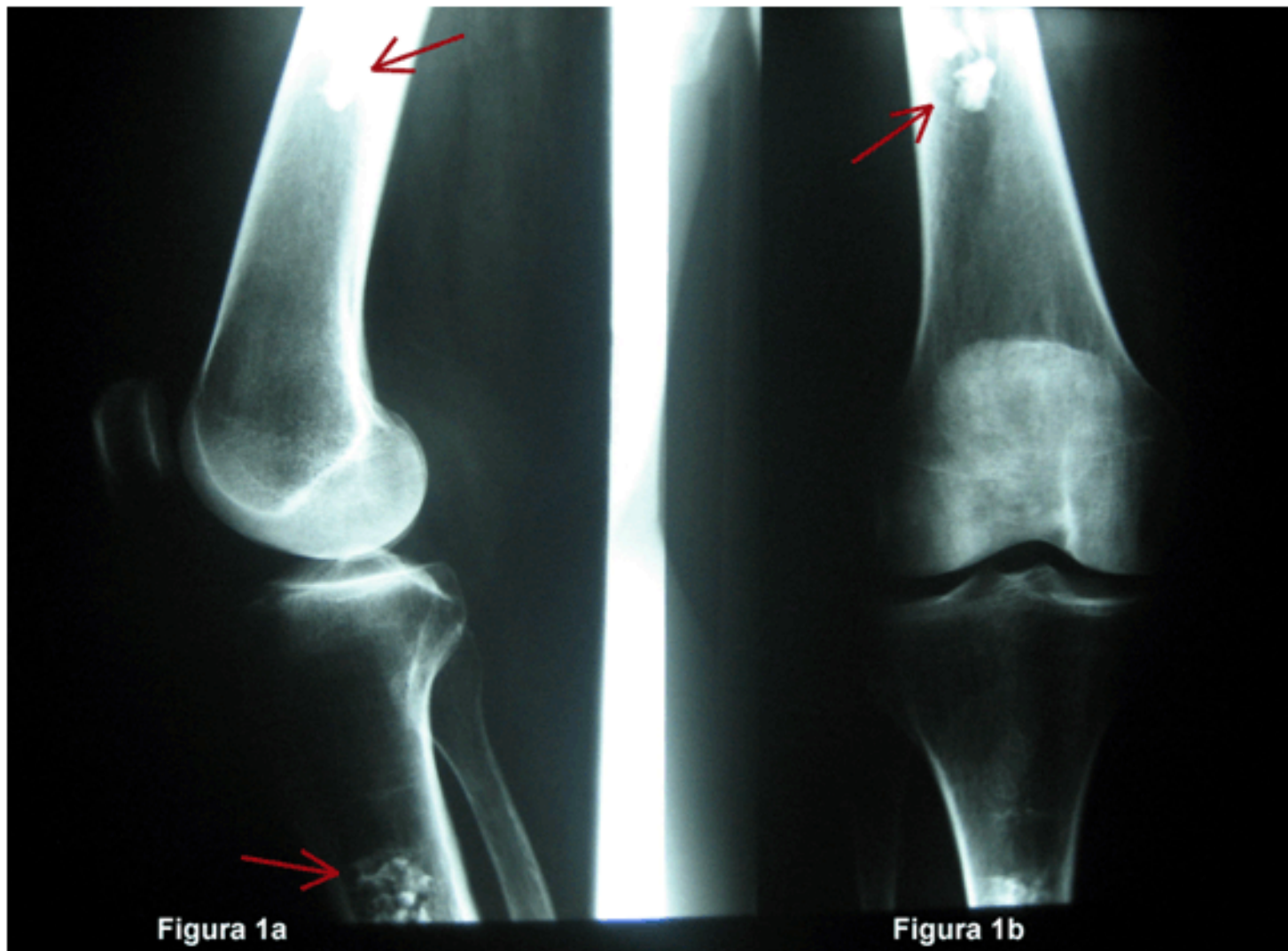
Pacient dona de 77 anys controlada en la consulta per factors de risc cardiovascular i malalties cròniques.

Presenta com a antecedents personals: hipertensió arterial, hipercolesterolèmia, diabetis mellitus 2, cardiopatia isquèmica i síndrome ansiosodepressiva. Actualment la pacient està estable de les seves malalties cròniques i els seus controls analítics són satisfactoris.

Acut a la consulta referint haver sofert caiguda casual fa una setmana, amb traumatisme en genoll esquerre i explicant un dolor que no remet. A l'exploració física s'aprecia una petita tumefacció de genoll sense augment de temperatura, palpació rotuliana dolorosa, xoc rotulià lleument positiu, flexo-extensió completa i sense limitacions, genoll estable, sense signes de patologia meniscal.

Es practiquen radiografies de genoll, lateral (**figura 1a**) i anteroposterior (**figura 1b**), en les quals no s'evidencien fractures, s'observen signes degeneratius lleus, i s'aprecien unes imatges ben delimitades d'osteopènia/osteosclerosi amb calcificacions a l'interior, en diàfisi de fèmur i tibia.

Figura 1. Radiografia de genoll. Projecció lateral (a) i posteroanterior (b)



Es demana l'informe radiològic que descriu les lesions com imatges d'aspecte càlcic, grumoses, en diàfisi de tibia i fèmur esquerre, suggestives d'infarts ossis. Posteriorment es remet la pacient al traumatòleg per valorar i confirmar el diagnòstic radiològic. El traumatòleg confirma la lesió i informa que no cal cap intervenció.

Discussió

L'infart ossi és una lesió calcificada que afecta moll d'os, es produeix per isquèmia òssia i és irreversible. Es presenta en pacients d'edat mitja o avançada. El insuficient reg sanguini provoca necrosi de l'osteòcit, augment de

vascularització que circumda el focus de necrosi, resorció de l'os necrosat i reosificació posterior ¹. Segons la seva localització pot ser medul·lar o corticomedul·lar.

El que coneixem pròpiament com Infart Ossi és el medul·lar: embolcalla l'arquitectura trabecular i la cavitat medul·lar, afecta preferentment la zona metàfiso-diafisària, és clínicament silenciós i no progressiu. L'infart corticomedul·lar, és el subcondral, periarticular o epifisari, afecta amb freqüència el cap femoral o humeral, i és clínicament dolorós. Amb una expressió radiològica i pronòstic diferent, es coneix convencionalment com necrosi avascular o asèptica (no s'exposa en aquest article).

L'etiologia és idiopàtica en molts casos, però hi ha uns factors predisponents d'isquèmia òssia i malalties generals amb les que s'associa: traumatismes o estats d'hipercoagulabilitat (hemoglobinopaties, col·lagenosis, alcoholisme, embòlia grassa, pancreatitis, tractament llarg amb esteroides, malaltia hepàtica o renal), que s'han de descartar en aquests pacients². La imatge radiològica d'infart ossi és la d'una lesió de forma arrodonida o arraïmada, amb calcificacions medul·lars que conformen un patró mixta d'osteopènia-osteoesclerosi, i calcificació perifèrica que delimita bé la lesió ³.

El diagnòstic diferencial que planteja, preferentment, és amb lesions formadores de cartílag, com l'encondroma, l'ostecondroma, el condroblastoma; i com a lesió maligna el condrosarcoma en fases incipients. També pot plantejar dubtes diagnòstics amb el quist ossi unicameral i quist ossi aneurismàtic, entre altres ². Per al diagnòstic diferencial es té en compte, a més a més de la imatge radiològica, la localització, l'edat del pacient, i l'existència de clínica. A continuació es fa una descripció breu d'aquestes lesions.

Encondroma. Tumor benigne que pot ser múltiple. Es localitza en metàfisis d'ossos llargs (falanges, metacarpians i metatarsians). És asimptomàtic. Presenta perill de degenerar a condrosarcoma. Radiològicament difícil de diferenciar del condrosarcoma de baix Grau. S'ha vigilar radiològicament.

Osteocondroma. Tumor benigne solitari, més freqüent o exostosi osteocartilaginosa. Es localitza en la metàfisi ossos llargs (50% fèmur distal) i es asimptomàtic. La malignització es poc freqüent. S'ha de fer vigilància radiològica⁴.

Condroblastoma. Tumor benigne solitari menys freqüent. De predomini en epífisis d'ossos llargs. Apareix en la segona dècada de la vida i predomina en el sexe masculí 2:1. Acostuma a produir un dolor intens. Pot envair teixits veïns. Conducta conservadora: raspai i empelt.

Osteosarcoma. Es la neoplàsia òssia primària maligna mes freqüent. Afecta la segona dècada de la vida. Es presenta en els extrems metafisaris dels ossos llargs (fèmur distal, tibia i húmer proximal). Provoca clínica i signes inflamatoris locals. Pot aparèixer fractura patològica com a primera manifestació.

Quist ossi unicameral. Procés que afecta nens de 5-10 anys, rarament adults. Es localitza preferentment en la metàfisi superior de l'húmer. Té tendència a l'expansió i a la fractura. Després del tractament pot recaure. Quist ossi aneurismàtic. S'observa en nens més grans i adults joves. Es localitza en ossos llargs i vertebres. És excèntric, produeix símptomes per compressió i poc dolor. El tractament és curetatge.

El diagnòstic d'infart ossi es fa per les imatges característiques d'isquèmia òssia a la radiografia simple, aquestes imatges no són aparents fins a setmanes o mesos posteriors a l'inici, però quan es troben ja ens el defineixen.

La RNM és un mètode eficaç i sensible per diagnosticar necrosi òssia en etapes inicials, és útil per determinar-ne l'extensió. La Gammagrafia és una tècnica molt sensible en els estadis inicials, però poc específica, i poc útil per valorar extensió. L'anatomia patològica és un mètode invasiu, no utilitzat com a diagnòstic rutinari, sí en cas de dubte diagnòstic ^{2,5}.

En relació amb l'evolució, l'infart ossi és un procés irreversible i no progressiu, però pot no ser una lesió silent i tranquil·la, sinó que pot patir cert grau de malignització intrínseca cap a fibrohistiocitoma maligne, sarcoma osteogènica, fibrosarcoma, i només en alguns casos cap a angiosarcoma ^{1,9}.

La patogènesi d'aquesta sarcomatització és desconeguda. Clínicament es pot manifestar com dolor espontani en el lloc de la lesió, fractura espontània i/o creixement ràpid evident en la radiografia. En la literatura trobem que aquesta associació amb sarcoma es molt poc freqüent, fins i tot en alguns treballs ens parlen d'ocasional, i son molt pocs els casos ben documentats que han estat publicats⁸.

Finalment, per concloure, direm que l'infart ossi és una lesió benigna i silent, que acostuma a ser troballa casual de la radiografia simple, i que la importància del seu abordatge en l'Atenció Primària radica en: poder fer un diagnòstic diferencial inicial acurat de la lesió, descartar factors de risc associats i/o malalties generals desencadenants, i sobretot, en tenir present que ocasionalment podria degenerar a sarcoma.

Bibliografia

1. Sepúlveda M. Lesiones psudotumorales no neoplásicas. Instituto traumatológico. Disponible: www.Medwave.cl
2. Olazábal zudaire A. Infarto oseo. Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2004;11:637.
3. Roca-Casas A. FMC. Formación Médica Continuada Atención Primaria. 2006; 13:161.
4. Martínez Ballesteros O.F. e Vargas Carvajal J.X.. Osteocondroma: una causa de dolor de rodilla. Medicina de familia. SEMERGEN 2008;34(4):205-8.
5. Medinuc. Osteonecrosis e infartos oseos. Disponible: www.hospitales.nisa.es
6. De Miguel, E. Atlas Practico de Reumatologia. UPSA Medica; 1999. Tomo 1; p. 94-8.
7. Farreras i Rozman. Medicina Interna. Ed. Doyma; 1992. p. 1.099-100.

8. Torres F.X., Kyriakos M. Bone infarct-associated osteosarcoma. Cancer.1992.Nov 15; 70(10):2418-30.
9. Abdelwahb IF,Klein MJ. Angiosarcoma associated with bone infarcts. Skeletal radiol. 1998 Oct; 27(10): 546-51.