

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

CASOS RADIOLOGICOS

Editores:

Dr. CRISTIAN GARCIA BRUCE*, Dra. SANDRA LOYOLA ZUNINO**, Dra. GABRIELA AMIGO ORELLANA***

CASOS CLINICOS

Caso 1

Hombre de 75 años, sin antecedentes de traumatismo, con dolor de la rodilla derecha de 3 meses de evolución. Se ilustra radiografía de rodilla derecha (Figura 1), en proyecciones anteroposterior (a) y lateral (b).



Figura 1 a



Figura 1 b

* Profesor Adjunto. Departamento de Radiología

** Médico Residente. Departamento de Radiología

*** Médico en programa de formación en Radiología Osteoarticular.
Departamento de Radiología

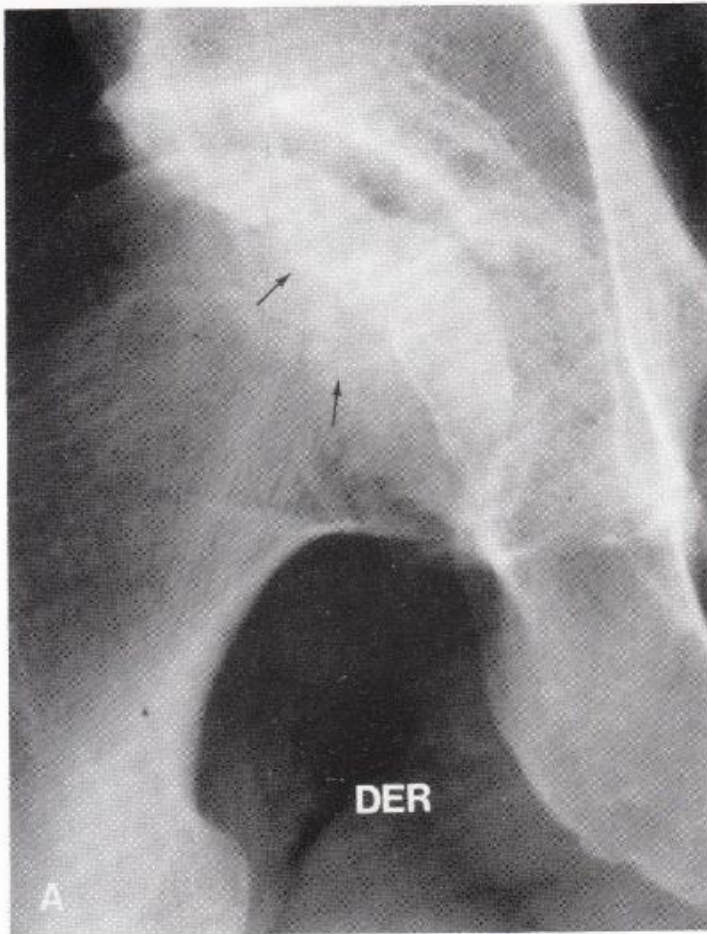


Figura 2 a

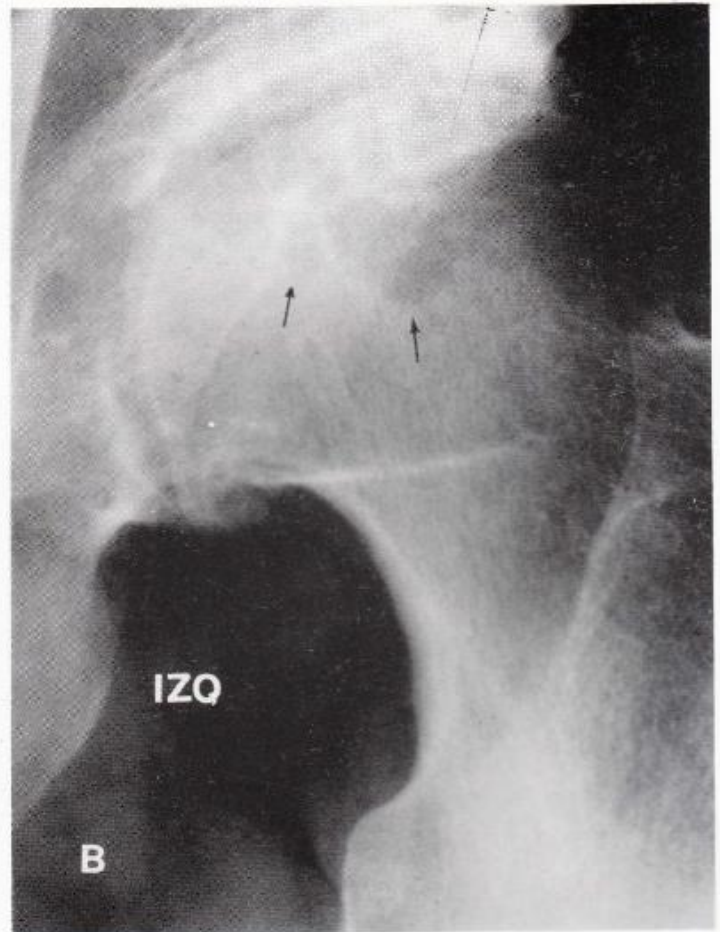


Figura 2 b

Caso 2

Paciente de sexo masculino de 45 años, sin antecedentes traumáticos, con dolor de caderas bilateral de larga evolución. Se obtiene radiografía de ambas caderas en proyección antero posterior (Figura 2a y 2b).

Caso 3

Paciente de sexo femenino de 71 años, con antecedente de caída hace aproximadamente 8 semanas y dolor lumbar puro desde hace 1 mes. Se ilustra radiografía de columna lumbar en proyección lateral (Figura 3).

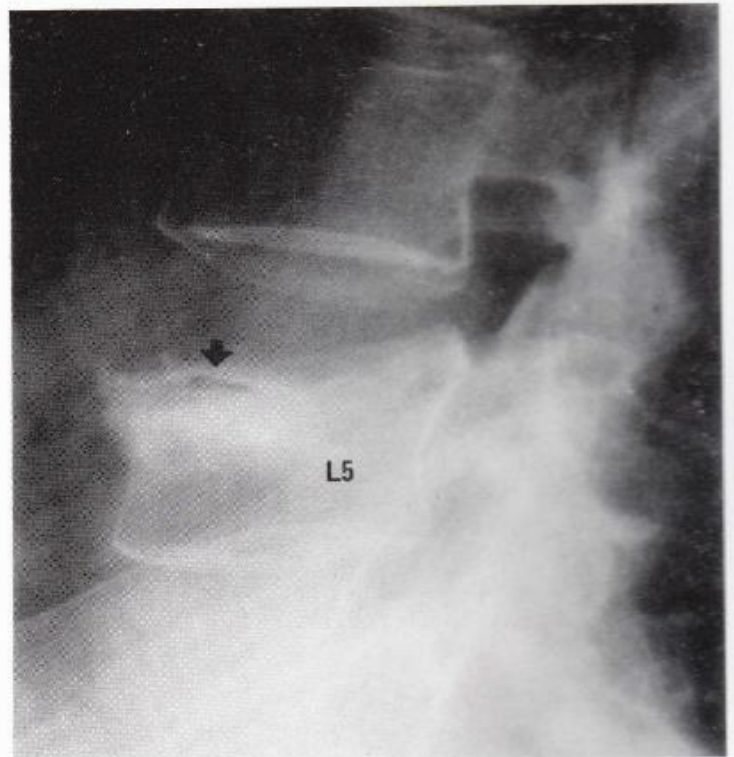


Figura 3

RESPUESTAS

CASO 1

La radiografía muestra un área ovoidea radiolúcida en la región subcondral del cóndilo femoral medial, rodeada de una banda esclerótica de contornos difuminados, asociada a hundimiento de la superficie articular y disminución de amplitud del espacio articular femorotibial medial (flechas).

Diagnóstico

Osteonecrosis del cóndilo femoral medial con hundimiento del hueso subcondral y osteoartrosis secundaria.

CASO 2

La radiografía de ambas caderas muestra que ambos acetábulos son de menor profundidad que lo normal, principalmente el derecho. En la epífisis proximal de ambos fémures hay áreas radiolúcidas redondeadas, delimitadas por finas zonas de esclerosis (flechas pequeñas), que comprometen principalmente la mitad superior, asociadas a aplanamiento de la superficie articular, la que tiene un contorno abollonado. También hay áreas radiolúcidas redondeadas subcondrales en ambos acetábulos y osteofitos marginales en la epífisis proximal del fémur izquierdo.

Diagnóstico

Secuelas de displasia del desarrollo de ambas caderas, mayores a derecha. Hallazgos compatibles con necrosis avascular de la epífisis proximal de ambos fémures.

CASO 3

En la radiografía lateral de columna lumbar baja se observa acentuada osteopenia, con hundimiento de la cara superior del cuerpo vertebral L5, con un área de esclerosis y presencia de gas en su interior (flechas).

Diagnóstico

Hallazgos compatibles con osteonecrosis del cuerpo vertebral, probablemente postraumática.

DISCUSION

La osteonecrosis, también llamada necrosis isquémica o avascular, se caracteriza por muerte de las células óseas, adiposas y médula hematopoyética debido a isquemia. Dentro de las múltiples causas se incluyen traumatismos, hemoglobinopatías, hipercortisolismo, alcoholismo, pancreatitis,

trasplante renal, colagenopatías, etcétera. También existe un grupo sin causa reconocible, que se denominan primarias o espontáneas y son más frecuentes en rodillas y caderas.

La alteración se localiza principalmente en las epífisis y regiones metafisiarias de los huesos largos. Dentro de las complicaciones de la osteonecrosis isquémica se incluyen osteoartrosis, formación de cuerpos óseos o cartilagosos intraarticulares y la transformación quística o sarcomatosa.

La osteonecrosis presenta alteraciones radiológicas características que se presentan tardíamente, ya que son fundamentalmente producidas por la respuesta reparativa del hueso. Los hallazgos radiológicos en las epífisis incluyen la presencia de una línea radiolúcida subcondral, áreas lúcidas y de esclerosis y colapso óseo con espacio articular conservado. En la región diafisometafisiaria es frecuente encontrar un área radiolúcida rodeada de un anillo esclerótico, mientras que en huesos planos se ven más comúnmente áreas lúcidas, escleróticas y colapso óseo.

La tomografía computada permite un diagnóstico en etapas más tempranas que la radiología convencional, siendo posible ver interrupción de las trabéculas óseas. La cintigrafía ósea es también una técnica que muestra alteraciones en forma precoz, ya que evidencia una interrupción de la irrigación sanguínea, demostrada como lesiones no captantes o «frías», las que posteriormente se transforman en hipercaptantes, debido a la fase de revascularización. La resonancia magnética es actualmente considerada el método más sensible en la detección precoz de osteonecrosis.

La necrosis avascular de la cabeza femoral puede verse en relación a fracturas del cuello femoral y luxaciones, como también asociada a displasia de cadera.

La osteonecrosis postraumática del cuerpo vertebral o Enfermedad de Kummell, se ve en pacientes de edad media o mayores y puede manifestarse semanas o años después del traumatismo. Compromete principalmente las vértebras dorsales bajas o lumbares altas y se caracteriza por fenómeno del vacío en el cuerpo vertebral.

REFERENCIAS

1. Resnick D: Bone and joint imaging. W.B.Saunders Co, New York. 1996; 941-959.
2. Williams JL, Cliff MM, Bonakdarpour A: Spontaneous osteonecrosis of the knee. Radiology 1973; 107:15-19.
3. Brower AC, Downey EF Jr: Kummell disease: Report of a case with serial radiographs. Radiology 1981; 141: 363-364.

