

Dra. Morella Lascurain *
Dr. Alejandro Pérez Oliva *

RESUMEN

Se presenta un caso de enostosis en cóndilo femoral y se discute la importancia de las enostosis como diagnóstico diferencial de otras lesiones tanto benignas como malignas que tienen mayores implicaciones clínicas.

PALABRAS CLAVE

Enostosis, Diagnóstico diferencial.

ABSTRACT

One case of enostosis in femoral condyle is presented, and the importance of the enostosis in the differential diagnosis of other lesions with more clinical significance is discussed.

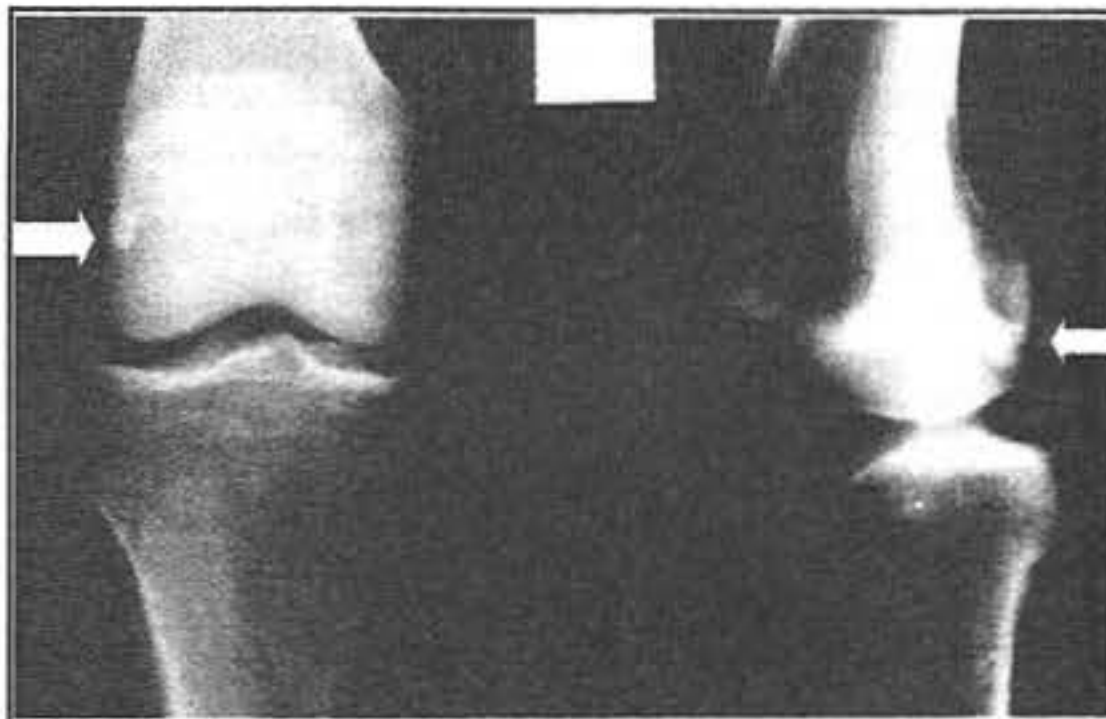
KEY WORD

Enostosis, Differential diagnosis

CASO CLINICO

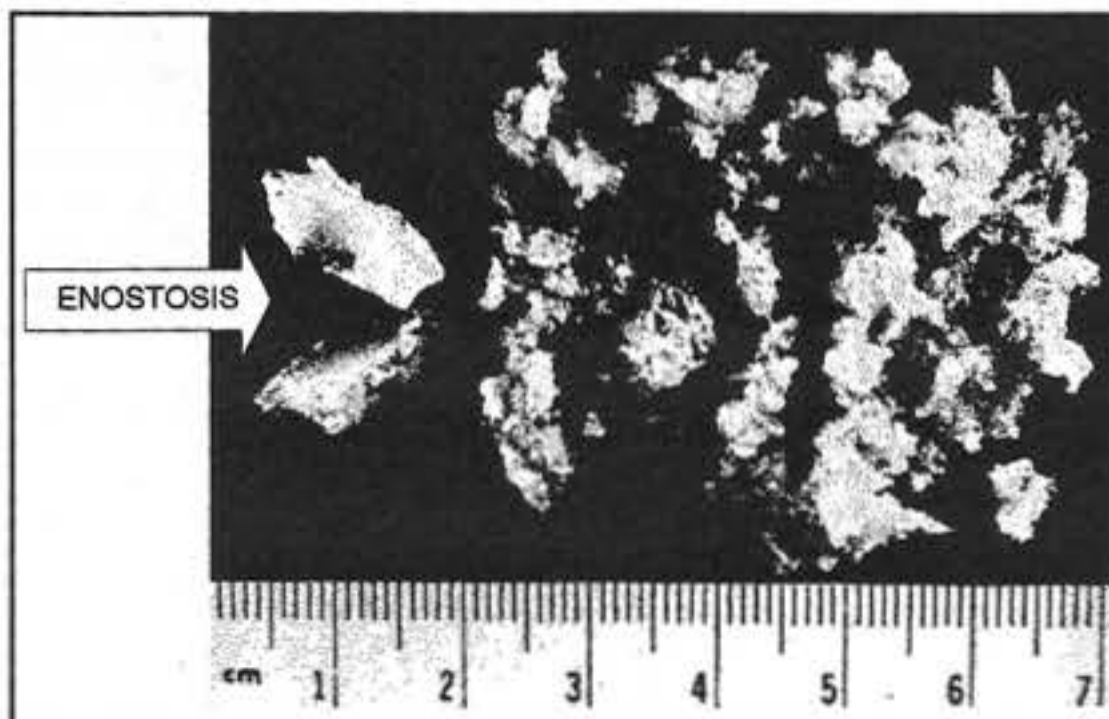
Paciente masculino de 27 años de edad quien consulta por presentar dolor en rodilla derecha desde hace 2 meses, de moderada intensidad, no irradiado, que se exagera con la actividad física, en especial la flexión de la articulación, sin antecedente traumático. En el examen físico no se evidencia aumento de volumen ni deformidad, y las maniobras de exploración articular no demuestran alteración alguna. Se realizan exámenes completos de laboratorio y radiografías anteroposterior y lateral de rodilla derecha, en las cuales se aprecia imagen radiopaca a nivel de cóndilo femoral externo de la rodilla derecha, indicándose tratamiento con AINES.

Dos meses después, consulta nuevamente por persistencia del dolor a pesar del tratamiento médico. En esta oportunidad se realiza tomografía lineal donde se corrobora la existencia de una imagen de alta densidad ósea, gruesamente calcificada en la cara posterior del cóndilo externo, bien delimitada, que sigue en sus contornos la trabeculación ósea, compatible con infarto óseo u otra lesión condensante.



Tomografía lineal, rodilla derecha.

En vista de la persistencia de la sintomatología, se decide realizar biopsia excisional de la lesión. El informe anatomopatológico reporta un fragmento ovoide de superficie irregular de 2 X 1,3 X 0,8 cm. y múltiples fragmentos de hueso esponjoso. El examen microscópico revela una masa de tejido óseo compacto normal incluido en tejido óseo esponjoso normal.



Aspecto macroscópico de la lesión.

* Residente Asistencial, Servicio de Traumatología, Hospital Pérez de León, Petare.

centro médico

Enostosis como diagnóstico diferencial

Diagnóstico: Enostosis (isla ósea) del cóndilo femoral externo derecho.

El paciente refiere, posterior a la resección de la lesión, total remisión de sus síntomas desde hace ocho años.

ENOSTOSIS

Una enostosis o "isla ósea" se define como un foco de hueso compacto dentro de hueso esponjoso (1).

Se le considera una alteración en el proceso de la maduración y moldeado esquelético, resultado en zonas que no se reabsorben durante la osificación endocondral (2) (3) (4).

Es una condición benigna, típicamente asintomática, que se presenta frecuentemente como un hallazgo incidental en radiografías realizadas por otra causa (1) (5) (6). Su frecuencia se desconoce, aunque Onitsuka reporta una prevalencia de enostosis en costillas y pelvis de 0,43 y 1,08% respectivamente, en 189 sujetos (7). Resnik y Col. reportan un 14% de enostosis vertebrales en un estudio efectuado en 100 cadáveres (8). Es más frecuente en adultos, en igual proporción en hombres y mujeres. Pelvis, fémur y costillas son las localizaciones más frecuentes, aunque se puede encontrar en cualquier hueso, preferentemente en las epífisis (4) (6).

Su aspecto radiológico es característico, mostrándose como un área redonda u ovalada, esclerótica, homogéneamente densa, localizada en hueso esponjoso. Es altamente distintiva de esta lesión la presencia de espículas radiantes que se extienden desde su centro, entremezclándose con las trabéculas circundantes, dándole un aspecto "espinoso". No hay esclerosis reactiva en el hueso que la rodea (1) (4) (6).

La mayoría de las enostosis mide entre 1 mm y 2 cm, aunque se ha descrito lesiones gigantes, de hasta 5 cm (9).

En la TAC, aparece como un foco de baja atenuación (6).

Usualmente es una lesión estable, aunque puede aumentar o disminuir de tamaño. En adolescentes, puede crecer en proporción al crecimiento óseo (1) (4).

La enostosis no se visualiza en el gammagrama óseo, por tener una actividad metabólica semejante a la del tejido esponjoso circundante, por lo cual esta técnica se ha utilizado tradicionalmente como uno de los elementos que permiten diferenciarla de una metástasis esquelética osteoblástica. Sin embargo, se han reportado al menos nueve casos de enostosis hipercaptantes, lo cual podría obedecer a un mayor grado de modelado óseo con actividad osteoblástica y mayor flujo sanguíneo en dichas lesiones (1) (6).

Histopatológicamente muestra una estructura lateral madura, que contiene sistema de Havers. De su periferia radian trabéculas engrosadas, en forma de espinas, que se conectan con las trabéculas del tejido esponjoso circundante. El centro de la lesión puede ser más irregular, con focos de tejido no lamelar, y es excepcional encontrar focos de actividad osteoblástica u osteoclástica (4) (6).

La enostosis cobra importancia cuando se incluye en el diagnóstico diferencial de otras lesiones escleróticas, tanto benignas como malignas que tienen mayores implicaciones clínicas (ver cuadro) (1) (4) (5) (6) (10) (11).

LESIONES RADIODENSAS LOCALIZADAS

LESION	CLINICA	LOCALIZACION	ASPECTO
Enostosis	Asintomática	Medular	Forma redondeada u ovalada, espículas radiantes
Osteoma	Asintomático	Cordical	Protruye de la superficie cortical, aspecto homogéneo, superficie lisa o lobulada
Osteocondroma	Por lo general asintomático	Protruye de corteza y médula	Corteza y esponjosa se continúan con las del hueso
Osteoma Osteoide	Dolor empeora en la noche y calma con aspirina	Cortical Medular Paraóstico	-Cortical: radiolúcido, con o sin calcificación, rodeado de tejido esclerótico. -Medular: radiolúcido o calcificado, poca esclerosis. -Paraóstico: erosión cortical con esclerosis reactiva
Encondroma	Por lo general asintomático	Medular	Radiolúcido, bien circunscrito, calcificación central
Osteoblastoma	Dolor leve o moderado	Cortical, Medular, Paraóstico	Radiolúcido o radiopaco, bien circunscrito, calcificación intralesional, esclerosis del hueso circundante
Infarto óseo	Puede ser o no sintomático	Medular	Radiolúcido, bien o mal circunscrito, márgenes escleróticos
Osteopoiikosis	Asintomático	Múltiples medulares.	Múltiples focos radiodensos, semejantes individualmente al aspecto de una enostosis
Metástasis Osteoblástica	Usualmente dolorosa	Cualquier localización. Usualmente múltiples	Radiodensa, mal circunscrita, poca reacción periódica. Pérdida de la arquitectura ósea normal.

COMENTARIOS

Cabe destacar que en el caso anteriormente presentado, la sintomatología del paciente era producida por la enostosis, contrario a lo que clásicamente se describe en la literatura, posiblemente por su cercanía a la superficie articular. El dolor desapareció completamente tras la resección de la lesión y no se le encontró ninguna otra posible causa.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Greenspan A: Bone Island (enostosis): A Current Concept: A Review. *Skeletal Radiol.* 24: 111-115, 1995.
- Greenspan A, G Steiner, R Knutson: Bone Island (enostosis): Clinical Significance and Radiologic and Pathologic Correlations. *Skeletal Radiol.* 20: 85-90, 1991.
- Greenspan A: Sclerosing Bone Dysplasias: A Target-site Approach. *Skeletal Radiol.* 20 (8): 561-83, 1991.
- Resnik D, G Niwayama: Diagnosis of Bone and Joint Disorders. *Saunders Philadelphia.* 2962-74, 1981.
- Mirra J: *Bone Tumors. Diagnosis and Treatment.* J.B. Lippincot Company Philadelphia. 85, 1980.
- Greenspan A, RC Stadalnik: Bone Island: Scintigraphic Findings and their Clinical Application. *Can Assoc Radiol J.* 46 (5): 368-79, 1995.
- Onitsuka H: Roentgenologic Aspects of Bone Islands. *Radiology.* 123:607. 1977.
- Resnik D, AH Nemcek Jr., P Haghghi: Spinal Enostosis (Bone Islands). *Radiology.* 147:373-76, 1983.
- Gold RH, JM Mirra, F Remotti, G Pignatti: Case Report 527. *Skeletal Radiol.* 18:129, 1989
- Palmer PES, WP Cockshott, V Hegedus, E Samuel: *Manual of Radiographic Interpretation for General Practitioners.* Geneva, World Health Organization. 116-17, 1985.
- Edeiken J: *Roentgen Diagnosis of Diseases of Bone.* Williams & Wilkins Baltimore. 393-96, 1981.