

## CASO CLÍNICO Nº 10 (SCLECARTO, 2010)

### CASO CLINICO

Paciente mujer de 20 años de edad que consulta por un traumatismo en su mano derecha. En la radiografía realizada se observa una imagen patológica sobre la que hay que debatir.



## **DIAGNÓSTICO**

Contusión de mano, con enostosis o mancha ósea en la epífisis distal del segundo metacarpiano (hallazgo casual)

## **TRATAMIENTO Y RESULTADO**

La contusión se trató de forma sintomática, mientras que la enostosis no precisó ningún tratamiento, salvo la información a la paciente de la existencia de la entidad y de su benignidad.

## **DISCUSIÓN**

La enostosis, mancha ósea o islote óseo es una variante de los osteomas, que son tumores óseos benignos formadores de hueso, con tejido óseo maduro bien diferenciado con una estructura predominantemente laminar y de crecimiento muy lento. Schajowicz distinguía formas clásicas o convencionales, yuxtacorticales y medulares (enostosis). Éstas están formadas por hueso compacto de aspecto normal, sugiriendo el centro de la lesión la existencia de un lugar más activo de remodelación, a la que se debe la capacidad lesional para crecer o desaparecer y su presencia en enfermedades sistémicas (como en el hiperparatiroidismo).

Epidemiológicamente no se sabe su frecuencia real, puesto que son asintomáticas. No obstante, se calcula que aparece en el 0,43% de las costillas y en el 0.9% de las pelvis. Afecta por igual a hombres y mujeres y a individuos de cualquier edad, con menos frecuencia en los niños. En cuanto a su localización, cualquier hueso puede afectarse, siendo más frecuentes en la pelvis, el extremo proximal del fémur y las costillas. En el cráneo, donde son frecuentes otras formas de osteomas, son poco frecuentes. En los huesos tubulares, como es el caso que nos ocupa, suele asentar en las epífisis.

Se desconoce su causa, si bien es distinta a la de los infartos óseos, infecciones y a otros tumores. Probablemente sea la consecuencia de una alteración de la secuencia normal de la formación-reabsorción ósea, que cursaría con una producción excesiva de osteoformación en un lugar concreto del esqueleto.

La lesión es asintomática y muestra un aspecto radiográfico característico en forma de densidad intraósea homogénea, simple o múltiple, con márgenes discretamente definidos. Su morfología suele ser ovoide, redondeada o rectangular y a menudo se alinea con el eje largo de las trabéculas. Pueden observarse espículas de hueso radiante desde el centro de la lesión entrelazándose con las trabéculas. No protruyen en la cortical y su tamaño es variable, siendo las mayores propias de la pelvis.

En otras pruebas de imagen las enostosis no suelen presentar ninguna actividad, aunque algunos casos aislados podrían ser positivos por aumento del flujo

sanguíneo asociado a la neoformación ósea durante la aparición y el crecimiento lesional.

El diagnóstico diferencial de una enostosis incluye muchas lesiones osteocondensantes (Tabla 1).

Monostótica	Oligostótica	Poliostótica
Infarto óseo Metástasis Enfermedad ósea de Paget	Enfermedad ósea de Paget Metástasis	Enfermedad ósea de Paget Metástasis
Tumor óseo benigno Infecciones Osteonecrosis epifisaria Leontiasis Hiperostosis frontal int. Osteítis condensante iliaco Otras	Leucemias y linfomas Intoxicación por metales (plomo, bismuto, fósforo) Melorreostosis Enfermedad de epífisis punteadas Osteopoiquilia Displasia diafisaria progresiva (Camurati-Engelman) Hiperostosis cortical generalizada Esclerosteosis Osteopatía estriada Enfermedad Hand-Schuller-Chr. Osteomalacia axial Fibrogénesis imperfecta	Osteopetrosis Fluorosis Mielofibrosis idiopática Osteosclerosis renal Picnodisostosis Mastocitosis sistémica Oxalosis Esclerosis tuberosa

  

Localización de algunas lesiones radiodensas monostóticas	
LESIÓN	LOCALIZACIÓN
Enostosis	Medular
Osteoma	Protrusión cortical
Osteoma osteoide	Cortical, medular o subperióstico
Encondroma	Medular
Osteocondroma	Protrusión cortical y medular
Infarto óseo	Medular

**Tabla 1.** Diagnóstico diferencial de las osteocondensaciones atendiendo a su número en el esqueleto. Por osteocondensación entendemos un cuadro anatomoradiológico de aumento de la masa ósea por unidad de volumen y una osteocondensación radiográfica. Abajo, distinción de lesiones radiodensas monostóticas según su localización.

Hay que distinguir las particularmente de metástasis de carcinomas de próstata en pacientes de edad avanzada, sobre todo cuando aquéllas se descubren en el esqueleto axial (en el 1-14% de los casos); de los osteomas (que protruyen desde la superficie ósea); de los infartos óseos, que suelen mostrar márgenes escleróticas y un centro radioluciente bien o pobremente definido.

En el esqueleto axial algunos las denominan endosteomas, mostrando un área circular o triangular en el soma (ocasionalmente en los elementos posteriores), sin expansión ósea ni irregularidad de la superficie vertebral; sin pinzamiento discal; sin focos radiolucientes intercalados y con gammagrafía ósea habitualmente negativa (lo que no ocurre en las metástasis, infecciones, lesiones condrales ni osteocondrosis intervertebral).

Aunque inicialmente se pensó que eran lesiones estables, hoy se sabe que pueden aumentar (generalmente en adolescentes en periodo de crecimiento, y hasta en adultos -simulando metástasis esqueléticas-), disminuir e incluso desaparecer. Por ello, el tratamiento que precisan es, conociendo su existencia, la observación.

En conclusión, el caso discutido es una enostosis o mancha ósea que se ha descubierto casualmente con motivo de la radiografía realizada por el traumatismo en la mano y que no precisa más tratamiento que la información a la paciente de su existencia y comportamiento.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Enneking WF. Enostoses. En Clinical Musculoskeletal Pathology. University of Florida Orthopaedic Association Inc. 13-5-13-7.

Hudson TM. Radiologic-pathologic correlation of musculoskeletal lesions. Williams and Wilkins, 1987: 31-3.

Onitsuka H. Roetgenologic aspects of bone islands. Radiology 1997;123:607-12.