

Presentación del caso

Juan Ignacio Pérez Abdala, Tomás Scarpaci, José I. Albergó, Germán Farfalli, Luis Aponte Tinao

Instituto de Ortopedia y Traumatología "Carlos E. Ottolenghi", Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Resolución del caso en la página 103.

Fractura por estrés como diagnóstico diferencial de sarcomas óseos

RESUMEN

Una mujer de 21 años consulta por gonalgia izquierda de 2 meses de evolución, relacionada con caminatas de más de 10 km, tras un período previo de sedentarismo. Tiene dolor de inicio insidioso, mecánico. No hay hallazgos relevantes en el examen físico. Las radiografías iniciales revelan un engrosamiento cortical difuso en la metáfisis distal femoral izquierda. La tomografía computarizada muestra una reacción cortical con solución de continuidad oblicua, sin compromiso medular ni de partes blandas. La resonancia magnética confirma un edema medular difuso, engrosamiento cortical y edema submuscular laminar. Ante estos hallazgos, se realiza una biopsia por punción para el análisis histopatológico.

Palabras clave: Fractura por estrés; biopsia; sarcoma óseo.

Nivel de Evidencia: IV

Stress Fracture as a Differential Diagnosis for Bone Sarcomas

ABSTRACT

A 21-year-old woman presents with a two-month history of left knee pain, associated with walking distances greater than 10 km following a prior period of inactivity. The pain has an insidious onset, is mechanical in nature, and no significant findings are observed on physical examination. Initial radiographs reveal diffuse cortical thickening in the distal metaphysis of the left femur. Computed tomography demonstrates cortical reaction with an oblique fracture line, without involvement of the medullary cavity or soft tissues. Magnetic resonance imaging confirms diffuse bone marrow edema, cortical thickening, and laminar submuscular edema. Based on these findings, a core needle biopsy is performed for histopathological analysis.

Keywords: Stress fracture; biopsy; bone sarcoma.

Level of Evidence: IV

INTRODUCCIÓN

Mujer de 21 años, sin antecedentes médicos de relevancia, que consulta por gonalgia izquierda de 2 meses de evolución. Refiere dolor de inicio insidioso tras la incorporación abrupta de caminatas de más de 10 km y que previamente llevaba una vida sedentaria. No había introducido modificaciones en la dieta y la indumentaria que utilizaba correspondía a la convencional para caminatas.

El dolor tiene características mecánicas, aumenta con la actividad y mejora en reposo, pero no cesa completamente. Está tomando analgésicos convencionales y tiene limitaciones para realizar actividades cotidianas.

En el examen físico, se observa un rango de movilidad completo sin dolor, y dolor a la palpación de la región distal medial del muslo con un leve edema.

Recibido el 19-10-2024. Aceptado luego de la evaluación el 2-1-2025 • Dr. JUAN IGNACIO PÉREZ ABDALA • ignacio.perez@hospitalitaliano.org.ar  <https://orcid.org/0000-0002-5398-6876>

Cómo citar este artículo: Pérez Abdala JI, Scarpaci T, Albergó JI, Farfalli G, Aponte Tinao L. Instrucción Ortopédica de Posgrado – Imágenes. Presentación del caso. *Rev Asoc Argent Ortop Traumatol* 2025;90(1):3-6. <https://doi.org/10.15417/issn.1852-7434.2025.90.1.2051>

HALLAZGOS E INTERPRETACIÓN DE LOS ESTUDIOS POR IMÁGENES

Se solicitan radiografías de rodilla y fémur izquierdos, de frente y de perfil, en las que se observa un engrosamiento cortical de bordes difusos a nivel metafiso-diafisario distal (Figura 1).



Figura 1. Radiografías de rodilla y fémur izquierdos, de frente y de perfil. Se observa un engrosamiento de la cortical medial, con bordes difusos, a nivel metafiso-diafisario. No hay cambios en el patrón de la médula ósea en la zona afectada ni lesiones líticas o blásticas que comprometan el fémur distal.

Se decide solicitar una tomografía computarizada (TC) y una resonancia magnética (RM) sin contraste para caracterizar mejor la lesión (Figuras 2 y 3).

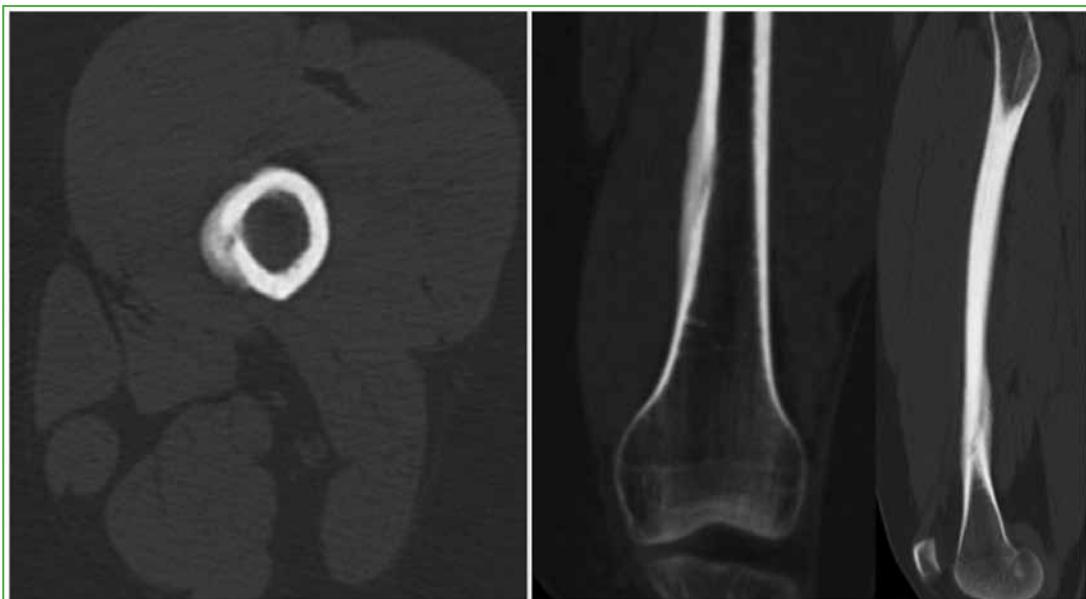


Figura 2. Tomografía computarizada de fémur izquierdo, cortes axial, coronal y sagital. Se observa, con más detalle, la reacción cortical en la metafisis distal medial, y una solución de continuidad en la cortical en sentido oblicuo respecto al eje del fémur. No se detecta compromiso medular ni de partes blandas adyacente.

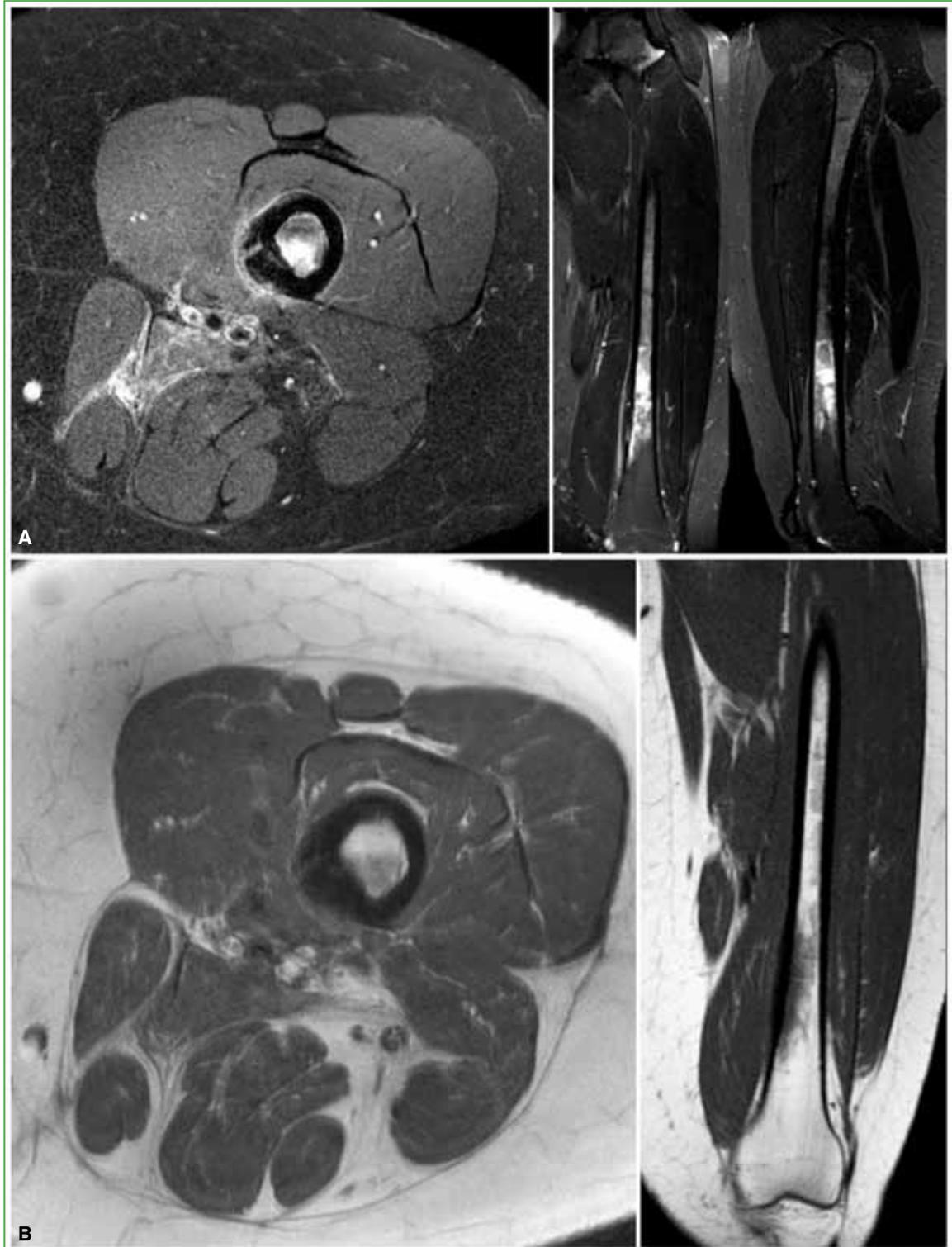


Figura 3. Resonancia magnética de la región distal del fémur izquierdo, cortes axial, coronal y sagital. **A.** Secuencia STIR. Resalta el edema medular difuso que ocupa casi todo el ancho y no invade la cortical, asociado al engrosamiento cortical distal medial y a un edema laminar en el plano submuscular. **B.** Secuencia T1. Se visualiza el edema medular con un mismo patrón difuso. No se observan lesiones a distancia.

En la TC, se visualiza una reacción cortical en la metafisis distal medial del fémur con solución de continuidad oblicua, sin compromiso medular ni de partes blandas. La RM revela un edema medular difuso que ocupa casi todo el ancho sin invadir la cortical, con engrosamiento cortical distal medial y edema submuscular laminar.

Considerando los hallazgos clínicos y en los estudios por imágenes, en un ateneo multidisciplinario, se decide realizar una biopsia por punción de la lesión para su análisis histopatológico.

ORCID de T. Scarpaci: <https://orcid.org/0009-0000-2404-5527>
ORCID de J. I. Albergro: <https://orcid.org/0000-0002-7175-6812>

ORCID de G. Farfalli: <https://orcid.org/0000-0001-7986-2989>
ORCID de L. Aponte Tiniao: <https://orcid.org/0000-0002-2096-7206>