



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 160/1976 - Dolor óseo epifisario: lo que la radiografía no ve

I. Cuesta Bermejo<sup>a</sup>, S.M. Hernández Sánchez<sup>b</sup>, V. Berdión Marcos<sup>c</sup>, I. Riera Carlos<sup>d</sup>, M.Á. Paule Sánchez<sup>e</sup> y C. de Manueles Astudillo<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca.

<sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca. <sup>c</sup>Enfermera. Área de Aldeadávila de la Ribera.

Salamanca. <sup>d</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan.

Salamanca. <sup>e</sup>Médico Familia. Centro de Salud San Juan. Salamanca. <sup>f</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina

Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Juan. Salamanca.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer, 60 años, ama de casa. AP: HTA, dislipemia, sobrepeso y osteopenia. No hábitos tóxicos. Uso de tacón alto. No deportista. MC: dolor en rodilla derecha (RD) de 20 días de evolución, de carácter progresivo, con impotencia funcional a la deambulación y pseudobloqueos, sin mejoría tras dexketoprofeno 25 mg/8h. No antecedente traumático previo.

**Exploración y pruebas complementarias:** Entra en consulta con bastón y claudicación antiálgica. No signos inflamatorios, infecciosos ni lesiones dérmicas. Bostezo en valgo a 0° positivo. Dolor a la palpación de parte media de interlínea articular interna. Exploración meniscal y rotuliana negativa. No signos de derrame articular ni atrofia muscular. Rx: SHV. Ante sospecha clínica de esguince de LLI, indicamos reposo relativo + vendaje + tramadol 50 mg según dolor y solicitamos interconsulta a especializada para realización de RM. RM: importante edema a nivel cóndilo femoral interno con discreto derrame articular.

**Juicio clínico:** SEOT (síndrome del edema óseo transitorio).

**Diagnóstico diferencial:** Por la localización, los síntomas y la exploración descrita, hemos realizado diagnóstico diferencial con: 1. Lesión del menisco interno: jóvenes, deportistas. 4:1 hombre/mujer. Rx negativa. 2. Lesión del ligamento lateral interno (LLI): jóvenes, deportistas. Antecedente de traumatismo previo. Varo positivo a 0 y 30°. Rx negativa. 3. Contusión (lesión tipo "Clip"): jóvenes, deportistas. Traumatismo previo (rodilla flexionada forzada en varo). Rx positiva sólo si lesión grave. 4. Fracturas por estrés: todas las edades (pico 14-16 años). Deportistas. Relación con tipo calzado. Rx negativa (70% casos). 5. Artrosis: mayor incidencia a partir de 60 años, igualdad de sexos. En mujeres, predominio en rodilla e interfalángicas. Rx diagnóstica. 6. Síndrome del edema óseo transitorio: predomina en sexo masculino y femenino posparto, deportistas y antecedente traumático previo. Rx y TC negativos. 7. Osteonecrosis primaria: 3:1 mujeres/hombres, mayor incidencia ≥ 60 años. Obesos. Dolor de inicio agudo. Rx negativa. Precisan de diagnóstico confirmatorio con RM los diagnósticos 1, 2, 6 y 7.

**Comentario final:** El SEOT es considerado una forma reversible de osteonecrosis y una entidad

poco frecuente en AP. Aunque la localización del dolor y la exploración puede confundirnos con un esguince LLI, ante una mujer de 60 años con dolor que no responda a la analgesia habitual y pruebas radiológicas negativas; debemos solicitar interconsulta a Traumatología para realizar una RM que nos permita conocer mejor una serie de trastornos que cursan con edema óseo epifisario de partes blandas y derrame articular. Las características diferenciales en RM son: a) Fracturas de estrés: signo de la semiluna. b) Osteonecrosis primaria: isquemia ósea. c) SEOT: no necrosis ósea. La adecuada categorización de pacientes con edema óseo epifisario, en base a la sensibilidad de la RM, permitirá realizar un diagnóstico precoz de la enfermedad; fundamental para el tratamiento adecuado y la prevención del colapso óseo y daño articular.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Patel S. Primary bone marrow oedema syndromes. *Rheumatology*. 2014;53(5):785-92.
2. Fernández-Cantón G. Del edema de médula ósea a la osteonecrosis. Nuevos conceptos. *Reumatol Clin*. 2009;5(5):223-7.
3. Gómez-Puerta JA, Peris P, Guañabens N. Osteonecrosis múltiple. Patogénesis, características clínicas y tratamiento. *Semin Fund Esp Reumatol*. 2007;8(4):185-92.