

## Lesión ósea solitaria

C. Lloret Pastor y D. Chordá Grau

Servicio de Radiodiagnóstico. Centro de Especialidades y Hospital Marina Alta. Denia. Alicante.

Una lesión solitaria puede ser debida a la presencia de una neoplasia primaria o secundaria de hueso, a lesiones inflamatorias, traumáticas, vasculares, metabólicas, etc.

El diagnóstico diferencial se basa en su apariencia radiográfica, apoyada por una serie de factores como edad, localización, tamaño, etc.

### SEMIOLÓGÍA

a) Edad: en términos generales, se puede decir que los tumores benignos suelen presentarse en las primeras décadas de la vida; los tumores malignos pueden verse a edades tempranas y su incidencia aumenta en la segunda y tercera décadas.

Después de los 40 años, los más frecuentes son las metástasis (especialmente si hay un tumor primitivo conocido), el mieloma y condrosarcoma.

b) Localización:

- La mayoría de los tumores primitivos suelen presentarse en las extremidades y en la pelvis.

- La mayoría de los tumores metastásicos tienen preferencia por los huesos de médula roja, costillas, pelvis, vértebras y cráneo.

c) Tamaño: en general, las lesiones benignas son menores de 6 cm y las lesiones malignas, mayores de 6 cm.

d) Criterios radiológicos: ¿cómo diferenciar un proceso benigno de un tumor maligno?

1. Destrucción cortical: a menudo el hueso cortical es reemplazado por una matriz no calcificada, y puede dar la impresión falsa de destrucción cortical en las radiografías simples; este criterio debe ir acompañado de otro como la zona de transición.

2. Periostitis: la reacción perióstica se produce de manera inespecífica, siempre que el periostio es irritado, bien por un tumor benigno o maligno, una infección o un traumatismo.

Hay dos tipos: benigna (gruesa, densa, ondulada) o agresiva (lamelada, amorfa, rayos de sol). La diferencia entre las dos depende más del tiempo que ha actuado el

**Figura 1.** Radiografía simple de pelvis: se observa una lesión lítica, con borde parcialmente escleroso aunque no bien definido. Afecta a la rama iliopúbica izquierda.

**Figura 2.** TC de la pelvis: lesión osteolítica destructiva con márgenes muy irregulares y destrucción cortical. El paciente fue diagnosticado e intervenido hace 2 años de un tumor vesical. Ahora acude al médico por presentar dolor en la ingle izquierda.

Correspondencia: Servicio de Radiodiagnóstico.  
Centro de Especialidades.  
Partida Plana Est, 4. 03700 Denia. Alicante.

SEMERGEN 2000; 26: 322-323.

factor irritante que de si el proceso causante es benigno o maligno.

3. Orientación o eje de la lesión: es un criterio poco útil para diferenciar una lesión benigna de una maligna.

4. Zona de transición: es el indicador más fiable para determinar si una lesión es benigna o maligna.

La zona de transición es el límite entre la lesión y el hueso normal. Se considera estrecha si está bien definida, que puede dibujarse a punta de lápiz. Si no puede delimitarse claramente, se dice que es ancha.

Si la lesión tiene un borde escleroso, por definición la zona de transición es estrecha.

Si la lesión tiene una zona estrecha, es un proceso benigno, y si es amplia, se trata de un proceso agresivo.

Los huesos de la pelvis se afectan frecuentemente en las metástasis esqueléticas. Las vías de diseminación tumoral a esta zona pueden ser por vía hematógena o por extensión directa desde el tumor primario o desde los ganglios linfáticos colonizados. Se han visto patrones osteolíticos puros, osteoscleróticos puros y mixtos.

## INDICACIONES DE LAS EXPLORACIONES RADIOLÓGICAS

El estudio de las metástasis óseas ha seguido un protocolo estándar desde hace tiempo, aunque ha experimentado modificaciones en los últimos años.

1. Gammagrafía ósea para que los resultados puedan servir como guía para las proyecciones radiológicas específicas.

2. Radiografía convencional: serie ósea metastásica y proyecciones localizadas ante una sintomatología específica.

3. La tomografía computarizada (TC) se utiliza para:

- Delimitar la naturaleza de una región gammagráficamente positiva.

- Definir la extensión intraósea y extraósea (de sus relaciones con los principales vasos y nervios) de la lesión tumoral.

- Proporciona más información a la penetración cortical, calcificaciones y la presencia de fracturas patológicas.

- Para planificar la zona de la radiación o puntos para la biopsia.

4. La resonancia magnética se utiliza para la evaluación de las metástasis en la columna vertebral.