



Sociedad Española
de Reumatología -
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Reumatología Clínica en imágenes

Miositis osificante circunscrita en codo simulando un sarcoma de partes blandas: hallazgos clínico-radiológicos similares

Myositis ossificans in elbow mimicking soft tissue sarcoma: Similar clinical and radiological findings

Elena Espinosa Muñoz*, Diego Ramírez Ocaña, Ana María Martín García y Carmen Puentes Zarzuela

Unidad de Gestión Clínica de Medicina Nuclear, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 11 de abril de 2017

Aceptado el 17 de mayo de 2017

On-line el 19 de junio de 2017

Mujer de 36 años, en seguimiento por tumoración dolorosa y progresiva en cara antero-medial del codo izquierdo e impotencia funcional, de 2 meses de evolución, resistente al tratamiento analgésico. Refería antecedente traumático previo, siendo diagnosticada de rotura fibrilar muscular. Ante la persistencia del cuadro, se realizó RMN ambulatoria, que sospechó un sarcoma de partes blandas, ingresándose para estudio de extensión. Los estudios de laboratorio y TC toraco-abdominal fueron negativos. Mediante gammagrafía ósea en 2 fases (figs. 1A y B), se demostró un área de captación heterogénea en región anterior del codo izquierdo, sin hallazgos significativos a otros niveles. Se planteó diagnóstico diferencial entre sarcoma de partes blandas, condrosarcoma y osteocondroma con degeneración maligna. Finalmente, se decidió biopsia percutánea eco-guiada, cuyo resultado fue de tumoración mesenquimal sin caracteres de malignidad, estableciéndose el diagnóstico definitivo de miositis osificante. Se recomendó reposo, tratamiento antiinflamatorio y rehabilitación posterior. A los 3 meses, presentó mejoría clínica con disminución del dolor, flexión completa y extensión a 120°. El control por radiología simple (figs. 2A y B) y TC sin contraste (fig. 3) reveló una masa calcificada, compatible con el diagnóstico anatómo-patológico.

Mensaje didáctico

La miositis osificante circunscrita es una entidad infrecuente de etiopatogenia incierta, caracterizada por una metaplasia celular

del tejido conectivo inducida por traumatismos¹⁻³. A la exploración destaca una tumoración endurecida, indistinguible de otras lesiones tumorales¹. Su principal problema radica en que suele confundirse con procesos malignos (especialmente sarcoma de partes blandas) e infecciosos (osteomielitis)^{1,2}. Es importante conocer las características morfológico-funcionales de esta lesión, que cursa con diferentes estadios evolutivos, mostrando la fase aguda una reacción inflamatoria con un patrón clínico-radiológico difícil de distinguir de procesos agresivos². Por tanto, es fundamental la realización de una historia clínica exhaustiva (posibles traumatismos, agresiones repetidas, quemaduras, inmovilizaciones prolongadas, parálisis traumáticas) y estudio anatómo-patológico, para descartar la miositis osificante, una patología benigna de tratamiento conservador¹⁻⁴.

Autoría

1. Concepción y diseño del manuscrito: Elena Espinosa Muñoz.
2. Recogida de datos: Elena Espinosa Muñoz.
3. Análisis e interpretación de los datos: Elena Espinosa Muñoz, Diego Ramírez Ocaña, Ana María Martín García y Carmen Puentes Zarzuela.
4. Redacción, revisión, aprobación del manuscrito: Elena Espinosa Muñoz, Diego Ramírez Ocaña, Ana María Martín García y Carmen Puentes Zarzuela.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elenaespinosamunoz@gmail.com (E. Espinosa Muñoz).

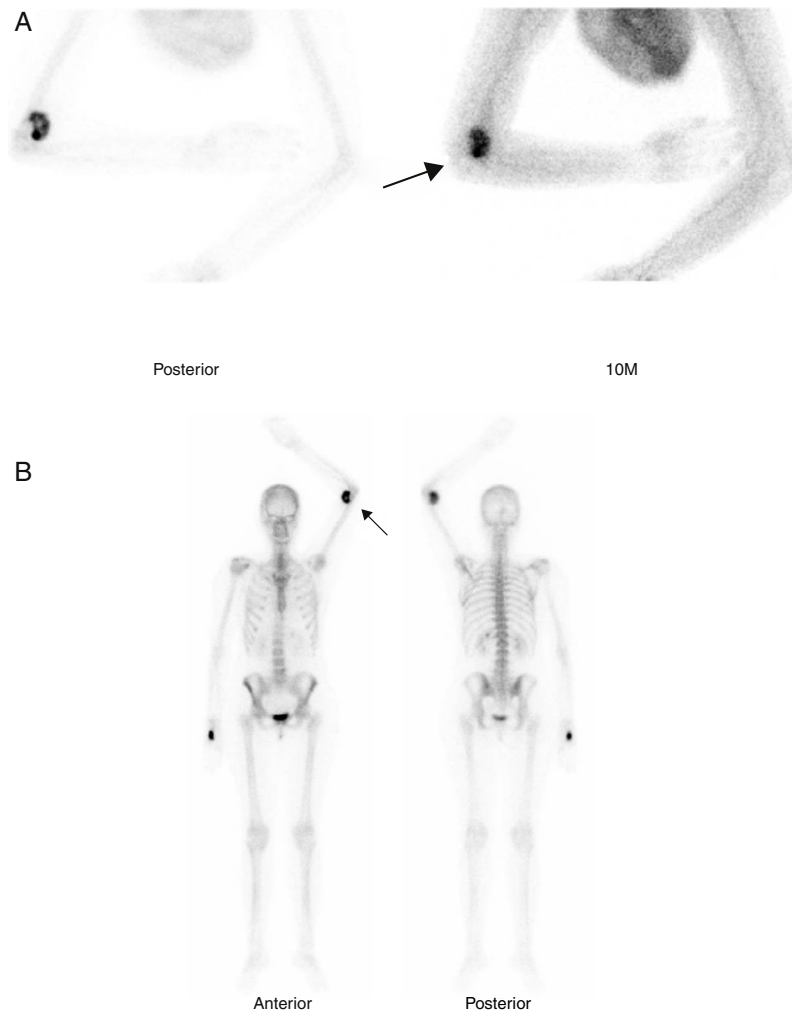


Figura 1. Gammagrafía ósea en 2 fases tras la inyección de 814 MBq de ^{99m}Tc -hidroxi-difosfonato. Imágenes estáticas a los 10 min (fase tisular [A]) y cuerpo completo a las 2 h (fase ósea [B]), en las que se observa captación heterogénea del radiotrazador en región anterior del codo izquierdo (flechas).



Figura 2. Radiografía simple de codo izquierdo en proyección lateral (A) y anteroposterior (B).



Figura 3. TC sin contraste iv de codo izquierdo. Ambos estudios radiológicos evidencian una masa calcificada de superficie esclerosa sin dependencia de la cortical del radio (flechas).

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ríos Zambudio A, Illana Moreno J, Piñero Madrona A, Parrilla Paricio A. Miositis osificante aguda. *Rev Clin Esp.* 2001;201:349–51.
2. Dosdá R, Martí-Bonmatí L, Galant J, Concepción L. Miositis osificante: evaluación mediante RM. *Radiología.* 1999;41:211–4.
3. Janeiro-Barrera S, García-Sánchez A, Molina-Barraguer I, Ramos-Murguialday M, Morey-Mas MA, Iriarte-Ortabe JI. Miositis osificante traumática. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac.* 2013;35:137–43.
4. Pàmies A, Samitier A, Rodríguez-Fernández J, Fontova R. Miositis osificante en los músculos del cuello. *Reumatol Clin.* 2015;11:182–3.