

Enfoque multidisciplinar del diagnóstico por imagen en la melorreostosis

DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1889-836X2021000200009>

Moreno-Ballesteros A, García-Gómez FJ, Calvo-Morón MC

Unidad de Gestión Clínica de Medicina Nuclear. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla (España)

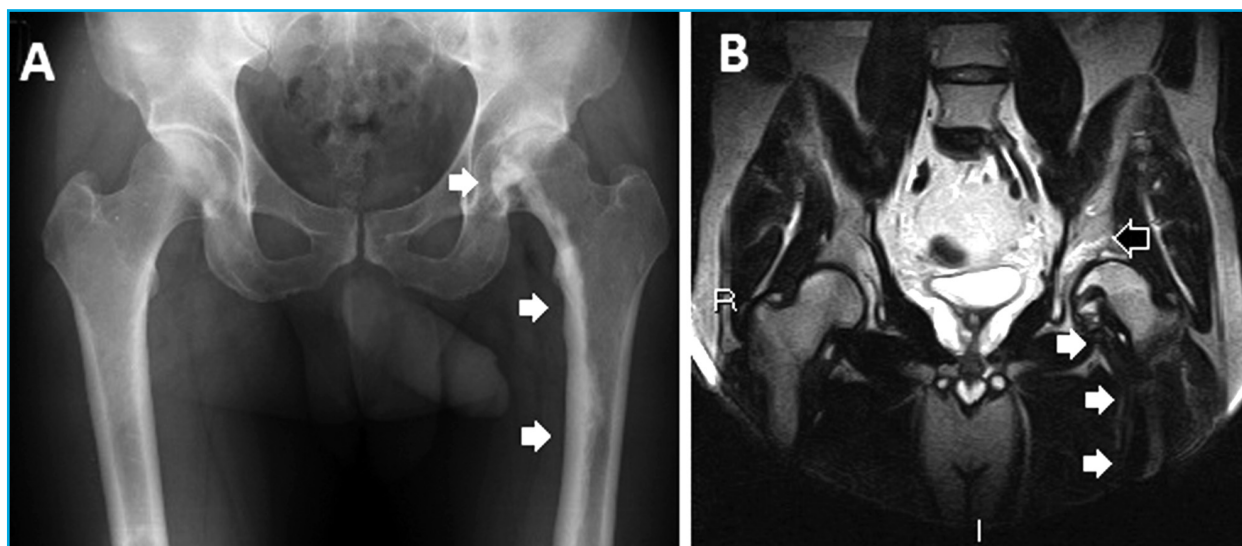
Fecha de recepción: 18/03/2021 - Fecha de aceptación: 18/04/2021

Presentamos un varón de 44 años con antecedentes de politraumatismo en la infancia y traumatismo de cadera izquierda ocho meses antes de la consulta, que consultó por dolor de corta evolución (5 días) en cadera izquierda, presentando en la exploración física una limitación en el rango de movimiento en los grados extremos de la cadera izquierda, sin signos de infección local ni alteraciones analíticas. La radiografía de caderas (Figura 1A) mostró una hiperostosis perióstica a lo largo de la cortical interna del fémur izquierdo (flechas blancas), dando lugar a una imagen característica de "cera fundida goteando por el lateral de una vela". En la resonancia magnética (Figura 1B) dicho engrosamiento cortical aparecía como hipointenso en todas las secuencias de imágenes (flechas blancas), además de evidenciar edema óseo de la cabeza del fémur relacionado con una artropatía osteodegenerativa (flecha negra). Se solicitó estudio gammagráfico óseo.

Las fases precoces del estudio gammagráfico óseo con 28 mCi (1036 MBq) de Tc99m-MDP (Figura 2) mostraron un aumento de la vascularización en la cadera izquierda (flechas negras). La imagen tardía de cuerpo completo resaltó la captación focal del radiotrazador en la región superior de la articulación femoroacetabular (flecha negra), correspondiéndose en las imágenes de fusión SPECT/TC con una zona de esclerosis y enfermedad degenerativa articular. Además, se identificó otro depósito de menor intensidad en la diáfisis femoral izquierda (flechas blancas), en relación con el engrosamiento radiológico del borde interno de la cortical visualizado en las imágenes fusionadas.

La melorreostosis es una displasia ósea benigna que afecta predominantemente el esqueleto apendicular y a los tejidos blandos adyacentes¹. La distribución ósea suele ser asimétrica² y puede ser monostótica o poliostótica.

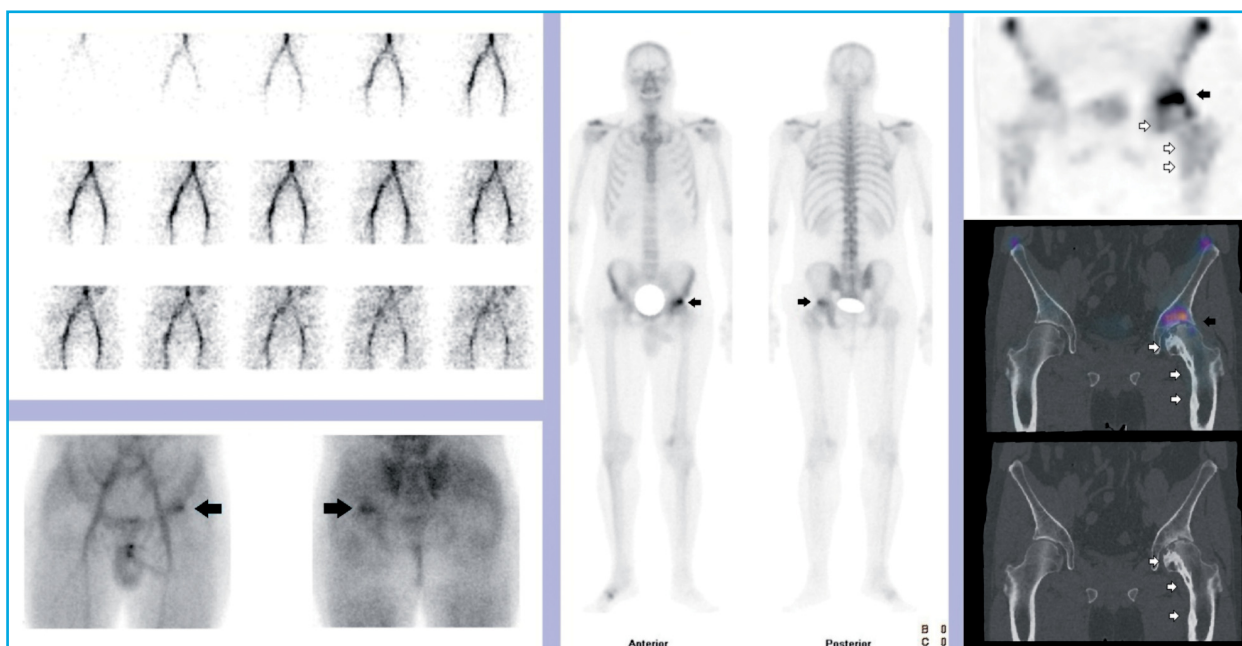
Figura 1. Radiografía AP simple de caderas (A) y RMN plano coronal secuencia T2 STIR (B)



Está causada por una anomalía del desarrollo embrionario con distribución esclerotomal³. No existe un tratamiento estándar, por lo que debe planificarse individualmente. Se ha descrito la eficacia de los bifosfonatos sobre el dolor^{4,5}, pero en algunos casos la cirugía correctiva de las deformidades óseas y las secuelas osteodegenerativas puede ser necesaria. El diagnóstico a

menudo se realiza mediante radiografía convencional, mediante la identificación de hiperostosis cortical con imagen en "cera de vela"^{6,7}. Dado que los análisis de laboratorio son normales, el patrón de gammagrafía ósea es crucial para el diagnóstico diferencial de otras enfermedades infiltrativas y otros síndromes osteodisplásicos^{8,9}.

Figura 2. Gammagrafía ósea con ^{99m}Tc-MDP en tres fases de caderas, rastreo de cuerpo completo y SPECT/TC de caderas



►► **Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ashish G, Shashikant J, Ajay P, Subhash D. Melorheostosis of the foot: A case report of a rare entity with a review of multimodality imaging emphasizing the importance of conventional radiography in diagnosis. *J Orthop Case Rep.* 2016;6:79-81.
2. Sonoda LJ, Halim MY, Balan KK. Detection of extensive melorheostosis on bone scintigram performed for suspected metastases. *Clin Nucl Med.* 2011;36:240-1.
3. Murray RO, McCredie J. Melorheostosis and the sclerotomes: a radiological correlation. *Skeletal Radiol.* 1979;4:57-71.
4. Ben Hamida KS, Ksontini I, Rahali H, Mourali S, Fejraoui N, Bouhaouala H, et al. Révélation atypique d'une melorheostose améliorée par du pamidronate. *La Tunisie Médicale.* 2009;87:204-6.
5. Donath J, Poor G, Kiss C, Fornet B, Genant H. Atypical form of active melorheostosis and its treatment with bisphosphonate. *Skeletal Radiol.* 2002;1:709-13.
6. Campbell CJ, Papademetriou T, Bonfiglio M. Melorheostosis: a report of the clinical, roentgenographic, and pathological findings in fourteen cases. *J Bone Joint Surg Am.* 1968;50:1281-304.
7. Slimani S, Nezzar A, Makhoulfi H. Successful treatment of pain in melorheostosis with zoledronate, with improvement on bone scintigraphy. *BMJ Case Rep.* 2013 Jun 21;2013:bcr2013009820.
8. Janousek J, Preston DF, Martin NL, Robinson RG. Bone scan in melorheostosis. *J Nucl Med.* 1976.12:1106-8.
9. Elsheikh AA, Pinto RS, Mistry A, Frostick SP. A unique case of melorheostosis presenting with two radiologically distinct lesions in the shoulder. *Case Reports in Orthopedics.* 2017;2017:9307259.