

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

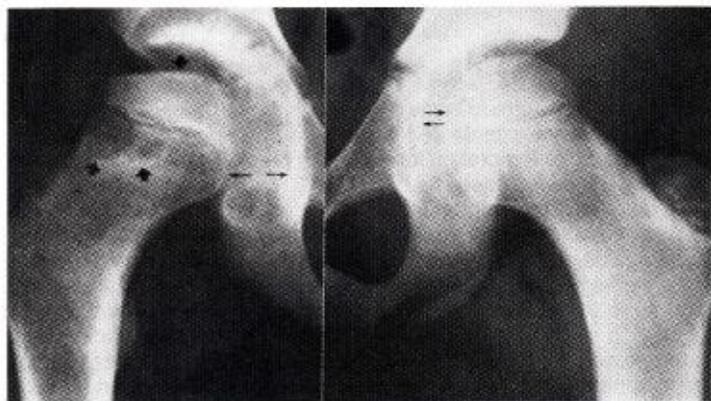
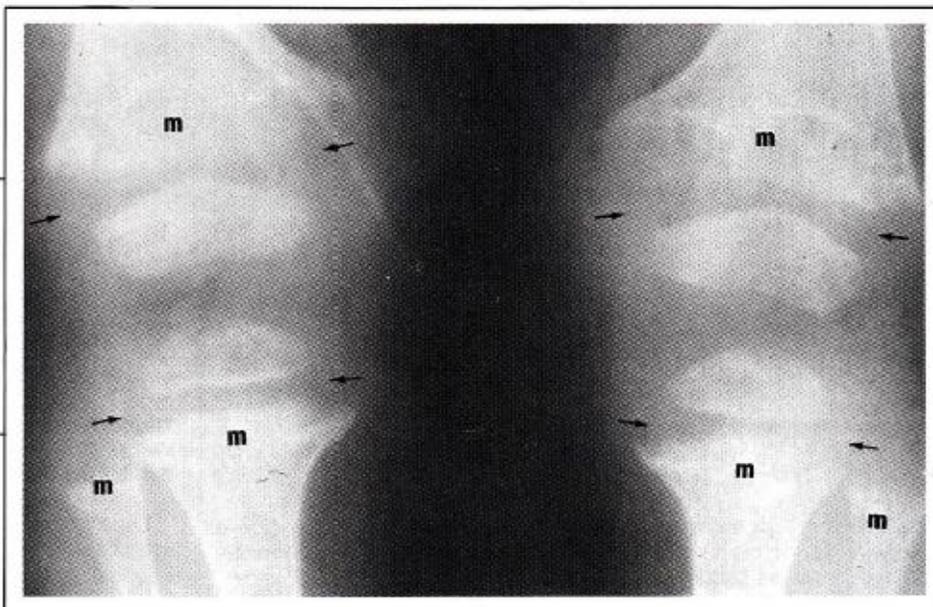
HISTORIAS CLINICAS

EDITOR: DR. CRISTIAN GARCIA BRUCE
Profesor Auxiliar de Radiología
Departamento de Radiología

BECARIA MARIA ELENA NAVARRO ORTEGA
Departamento de Radiología

CASO 1

Niño de 6 años, de bajo nivel socio-económico, con retraso de talla y peso, debilidad muscular, dolores óseos ocasionales generalizados. En su estudio esquelético se obtuvo una radiografía de ambas rodillas en proyección anteroposterior (Figura 1).

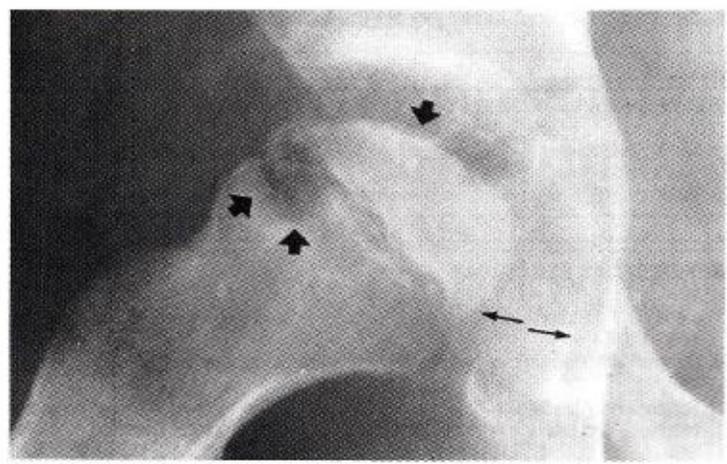


2-a

2-b

CASO 2

Niño de 8 años con dolor de la rodilla derecha desde hace aproximadamente un mes. Sin otros antecedentes de importancia. Se obtuvo radiografía anteroposterior de ambas caderas (Figura 2-a) y axial de cadera derecha (Figura 2-b).



RESPUESTAS

CASO 1

Diagnóstico: Raquitismo

Hallazgos radiológicos

La Figura 1 muestra osteoporosis difusa, marcada deformación e irregularidad de las metáfisis distales de ambos fémures y proximales de ambas tibias y peronés (m), con pérdida de la zona de calcificación provisional y ensanchamiento del espacio comprendido entre la metáfisis y la diáfisis (flechas).

Discusión

El raquitismo es una enfermedad generalizada del hueso en crecimiento caracterizada por falta de calcificación y mineralización ósea normales, especialmente en la zona de calcificación provisional o cartilago de crecimiento.

Si bien son variadas las causas de raquitismo, las manifestaciones radiológicas son comunes para todas ellas. Radiológicamente, el signo más precoz es la pérdida de la zona densa de calcificación provisional, visible en los extremos distales del radio, del cúbito y en los huesos largos de la rodilla. Posteriormente, las metáfisis se hacen irregulares, pudiendo adquirir forma de copa, y aumenta el espacio comprendido entre la metáfisis y las epífisis. En una etapa más tardía aparece osteoporosis que compromete el resto del hueso, incluyendo la diáfisis, y pueden aparecer deformidades óseas y fracturas patológicas.

Las alteraciones radiológicas del raquitismo son en general características, pero en ocasiones pueden confundirse con otras enfermedades como hipofosfatasa y condrodisplasias metafisiarias.

REFERENCIAS ESCOGIDAS

1. Caffey J. Pediatric X-ray diagnosis. Year Book Med Publishers, Chicago, 1978; 1443-1451.
2. Harrison HE. Primary vitamin D resistance rickets. J Pediatr 1964; 64:618-621.

REFERENCIAS ESCOGIDAS

1. Caffey J. Pediatric X-ray diagnosis. Year Book Med Publishers, Chicago, 1978; 1353-1374.
2. Ozonoff MB. Pediatric orthopedic radiology. WB Saunders Company, 1979; 163-188.
3. Sutherland AD, Savall JP, Paterson DC et al. The nuclear bone scan in the diagnosis and management of Perthes disease. J Bone Joint Surg, 1980; 62B:300-305.

CASO 2

Diagnóstico: Enfermedad de Perthes de la cadera derecha

Hallazgos Radiológicos

Las Figuras 2-a y 2-b muestran ensanchamiento del espacio articular de la cadera derecha con respecto a la izquierda (flechas pequeñas), aplanamiento y esclerosis de la cabeza femoral derecha, con fractura subcondral en su mitad externa (flechas superiores) e imágenes cistoideas metafisiarias (flechas inferiores).

Discusión

La enfermedad de Perthes, o necrosis avascular idiopática de la cabeza femoral, ocurre con mayor frecuencia entre los 3 y 12 años de edad y es más frecuente en varones. La enfermedad puede comprometer la cabeza femoral en forma total o parcial y en aproximadamente 10%-13% de los casos es bilateral.

Si bien las alteraciones demostradas en la radiografía simple pueden ser características, aparecen en forma tardía, no antes de cuatro semanas de comenzada la enfermedad. Los hallazgos más precoces consisten en ensanchamiento del espacio articular y fractura subcondral de la cabeza femoral. Este último signo es considerado patognomónico de la enfermedad. Posteriormente hay disminución de tamaño, aplanamiento y, a veces, fragmentación de la cabeza femoral en la zona afectada y pueden aparecer áreas cistoideas en la metáfisis proximal del fémur.

En la etapa de curación ocurre regeneración total de la cabeza femoral, con un grado variable de deformidad, dependiendo del grado de compromiso y del peso soportado por la articulación durante la fase reparativa. De esta manera, la cabeza femoral puede, por un lado, curar sin secuelas, y por otro, terminar con una coxa vara o magna y desarrollo precoz de artrosis.

La cintigrafía ósea es altamente sensible en el diagnóstico de la enfermedad de Perthes y es el método diagnóstico de elección en estos casos, ya que demuestra un defecto de captación de la cabeza femoral desde las 24 horas después de iniciada la enfermedad. La resonancia magnética presenta una sensibilidad diagnóstica a lo menos similar a la cintigrafía ósea en estos pacientes.