

## CASO CLÍNICO Nº 3 (SCLECARTO, 2011)

### AUTOR

Comité editorial de [www.sclecarto.org](http://www.sclecarto.org)

### CASO CLINICO

Paciente mujer de 77 años que consulta por presentar sendas tumoraciones indoloras en sus dos rodillas desde hace más de 20 años y sin antecedente traumático conocido, que no le impiden realizar una vida completamente normal. Refiere, al requerírsele en un intento por investigar la posible causa de las lesiones por las que consulta, que durante muchos años, en el pueblo donde vive, lavaba la ropa arrodillada en el río.

A la exploración física presenta las referidas tumoraciones a nivel de la tuberosidad tibial anterior, duras a la palpación y no desplazables, con función normal del aparato extensor de la rodilla.

El aspecto radiográfico de sus rodillas, en proyecciones ántero-posterior y lateral, se muestra en las figuras 1, 2 y 3. En las figuras 4 y 5 se observa el aspecto de las lesiones en RM, en proyecciones sagitales y axial, respectivamente.



Figura 1



Figura 2



Figura 3

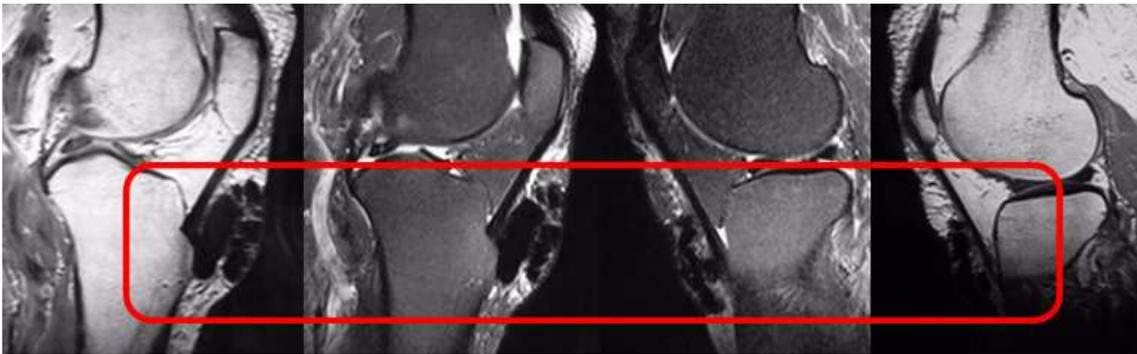


Figura 4

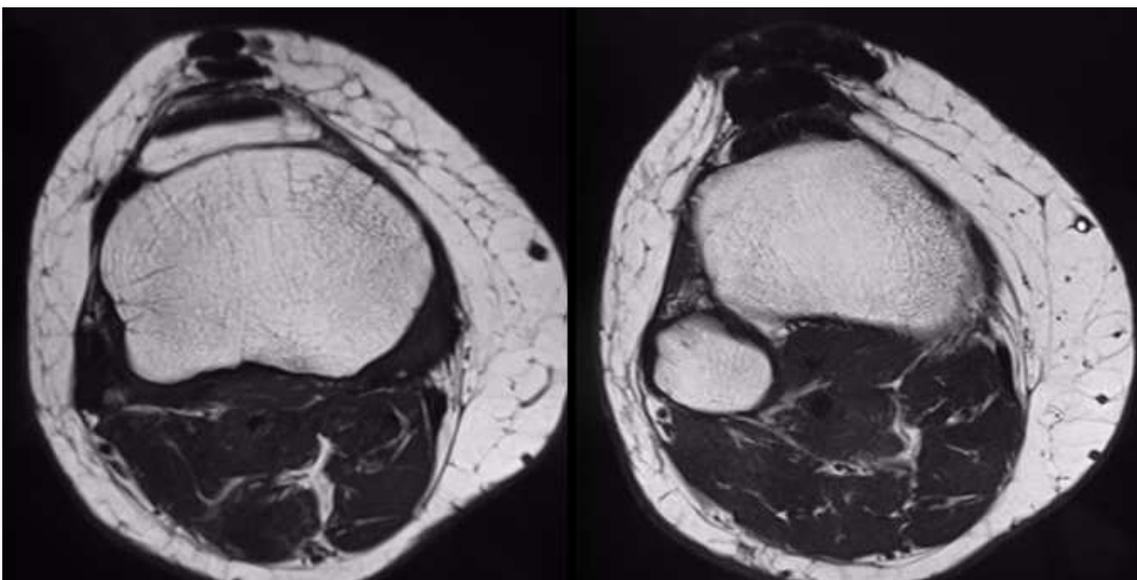


Figura 5

## DIAGNÓSTICO

Bursitis prerrotuliana bilateral crónica calcificada.

## TRATAMIENTO Y RESULTADO

No existiendo dudas en el diagnóstico, siendo una patología intrínsecamente benigna y estando la paciente asintomática, se convino en la observación, recomendándose evitar la posición de rodillas.

La paciente fue dada de alta informada de la posibilidad de una bursectomía en el supuesto de que las tumoraciones se hicieran sintomáticas.

## DISCUSIÓN

Como se discutió en el caso número 26 de la primera temporada, el diagnóstico diferencial de una tumoración de partes blandas en la rodilla es extenso. El caso que nos ocupa pudo también haberse confundido, y esa fue la pretensión de presentar inicialmente sólo la proyección radiográfica ántero-posterior de una rodilla, con una lesión ósea osteocondensante. En este sentido, en las tablas siguientes se hace un listado de lesiones osteoblásticas.

Monostótica	Oligostótica	Poliostótica
Infarto óseo Metástasis Enfermedad de Paget	Enfermedad de Paget Metástasis	Enfermedad de Paget Metástasis
Tumor óseo benigno Infecciones Osteonecrosis epifisaria Leontiasis Hiperostosis frontal int. Osteítis condensante ilíaco Otras	Leucemias y linfomas Intoxicación por metales (plomo, bismuto, fósforo) Melorreostosis Enf. de epífisis punteadas Osteopoiquilia Displasia diafisaria progresiva (Camurati-Engelman) Hiperostosis cortical generalizada Esclerosteosis Osteopatía estriada Enfermedad de Hand-Schuller- Christian Osteomalacia axial Fibrogénesis imperfecta	Osteopetrosis Fluorosis Mielofibrosis idiopática Osteosclerosis renal Picnodisostosis Mastocitosis sistémica Oxalosis Esclerosis tuberosa

### Localización de algunas lesiones radiodensas monostóticas

Lesión	Localización
Enostosis	Medular
Osteoma	Protrusión cortical
Osteoma osteoide	Cortical, medular o subperióstico
Encondroma	Medular
Osteocondroma	Protrusión cortical y medular
Infarto óseo	Medular

En las tablas no se incluyen las lesiones de partes blandas calcificadas o mineralizadas, que también habría que incluir en el diagnóstico diferencial y entre las que figurarían, entre los tumores de partes blandas benignos, los lipomas, los condromas y los hemangiomas. Entre los malignos, el sarcoma sinovial, el liposarcoma y el osteosarcoma y el condrosarcoma de partes blandas. Una bursa calcificada es otra posibilidad. En el caso que nos ocupa se trataba de la calcificación de la bursa infrapatelar superficial, que suele inflamarse por traumatismos o el sobreuso profesional.

La inflamación de la bursa infrapatelar es un problema común, a menudo autolimitado. Suele diagnosticarse en base a datos clínicos, resumidos en una tumoración más o menos dura por delante de la tuberosidad tibial anterior. La presencia de calcificaciones bilaterales en el lugar que ocupa la referida bursa es suficientemente característica para concluir con el diagnóstico de bursitis crónica y excluir otras posibilidades diagnósticas. La inflamación habría sido la consecuencia de microtraumatismos de repetición durante la posición de arrodillado, siguiéndose del espesamiento de la pared bursal y, posteriormente, del depósito de sales de calcio y la calcificación distrófica.

Con respecto a las calcificaciones, se han asociado a diferentes enfermedades, como son la diabetes, los trastornos tiroideos y otras, existiendo una relación metabólica entre aquéllas y la uremia y la hemodiálisis; así como con el movimiento repetitivo en un contexto profesional. En este supuesto existiría una necrosis local inicial que conduciría al depósito de material calcificado. Sin embargo, como algunas calcificaciones ocurren en ausencia de fenómenos necróticos, también se ha apuntado que pudiera existir una metaplasia de cartílago previa, a la que seguiría el proceso calcificante.

Las bursitis agudas inflamatorias suelen responder al tratamiento antiinflamatorio, en forma de reposo, hielo y medicación antiinflamatoria. Las formas crónicas pueden requerir, cuando sean sintomáticas, infiltraciones o una bursectomía quirúrgica. Cuando no causen síntomas bastaría con las recomendaciones higiénico-dietéticas y posturales de rigor.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Faure G, Daculsi G. Calcified tendinitis: a review. *Ann Rheum Dis* 1983;42 (Suppl 1):49-53.

Kamper L, Haage P. Images in clinical medicine. Infrapatellar bursitis. *N Engl J Med* 2008;27:359(22):2366.

Stahnke M, Mangham DC, Davies AM. Calcific haemorrhagic bursitis anterior to the knee mimicking a soft tissue sarcoma: report of two cases. *Skeletal Radiol* 2004;33:363-6.