

Nombre:	Marta
Apellido:	Tovar Pérez
Otros Autores:	Irene Cases Susarte, Vanesa Trias Carratú, Emilio J. Inarejos Clemente.
E-mail:	<a href="mailto:martatovarper@hotmai.com">martatovarper@hotmai.com</a>
Hospital:	Hospital Sant Joan de Déu
Ciudad:	Barcelona
Título:	Osteomielitis crónica disfrazada de quiste óseo
Presentación:	Niña de 11 años que consulta por dolor en el tobillo derecho tras caída el día previo. Se realiza Rx de tobillo derecho en la que se observa una lesión lítica intraósea en metáfisis de tibia distal contactando con la fisis, bien delimitada y de borde escleroso con leve derrame articular del receso anterior (figura 1A). Por la persistencia del dolor realizamos TC apreciándose la lesión descrita con un secuestro óseo y extensión transfisaria y epifisaria con trayecto de drenaje hacia la articulación tibioperoneoastragalina anterior (figura 1B). En la RM complementaria con contraste intravenoso, identificamos un realce intenso del tejido de granulación que rodea a la lesión, con pequeño absceso de Brodie, sinovitis moderada y derrame articular asociados (figura 1C y 1D).
Discusión :	La paciente presentó una osteomielitis crónica. El diagnóstico de las osteomielitis subagudas y crónicas puede ser complejo ya que la sintomatología no es tan característica como en las agudas. El absceso de Brodie se produce en osteomielitis hematógenas por microorganismos poco virulentos en huéspedes con resistencia inmunológica alta. Suele localizarse en la metáfisis de huesos largos, existiendo una predisposición por las extremidades inferiores probablemente asociada a traumatismo. Inicialmente la lesión puede malinterpretarse con un quiste simple, siendo la identificación en TC del secuestro óseo y la cloaca de drenaje a la articulación tibio-astragalina anterior, lo que orienta el diagnóstico. El secuestro óseo puede plantear dudas con un osteoma osteoide con un nido calcificado, pero la presencia de la cloaca, el signo de la penumbra y la imagen en diana del absceso de Brodie son definitivos para el diagnóstico.
Conclusión:	El secuestro óseo, la cloaca y los signos de la penumbra son signos radiológicos característicos de la osteomielitis crónica.
Bibliografía:	1.Amin MU, Shafique M, Jalil J, Nafees M, Khan S. Brodie's abscess--an uncommon cause of leg pain. J Coll Physicians Surg Pak. 2008; 18:183-4. 2.Shimose S, Sugita T, Kubo T, Matsuo T, Nobuto H, Ochi M. Differential Diagnosis between Osteomyelitis and Bone Tumors. Acta Radiol. 2008; 49:928-33. 3.Moser T, Ehlinger M, Chelli Bouaziz M, Fethi Ladeb M, Durckel J, Dosch JC. Pitfalls in osteoarticular imaging: How to distinguish bone infection from tumour? Diagn Interv Imaging. 2012; 93:351-59. 4. Tyler PA, Mohaghegh P, Foley J, Isaac A, Zavareh, A, Thorning C et al. Tibial cortical lesions: A multimodality pictorial review. Eur J Radiol. 2014; 84:123-41.
Pie de foto:	Figura 1A: RX lateral de tobillo derecho con lesión lítica intraósea en metáfisis distal de la tibia en contacto con la fisis (flecha), de bordes bien delimitados y esclerosos (patrón geográfico A), sin reacción perióstica y con derrame articular en el receso anterior

(asterisco). 1B: TC de tobillo con reconstrucción sagital oblicua con filtro de hueso donde se observa la lesión lítica descrita en A (flecha), con imagen de secuestro óseo en su interior (cabeza de flecha) y una trayecto de drenaje a través del aspecto anterior de la epífisis tibial hacia el receso articular anterior (asterisco). 1C y D: Secuencia sagital potenciada en T1 y coronal T1 con supresión grasa post-contraste donde se identifica la comunicación con el receso anterior de la articulación (flecha), derrame articular (asterisco). Se observan los "signos de la penumbra": (1) área sin realce en relación a absceso, (2) tejido hiperintenso con realce tras el contraste intravenoso sugestivo de tejido de granulación, (3) halo hipointenso escleroso periférico a la lesión y (4) edema.