



Diagnóstico Diferencial de Lesiones Líticas Benignas

Mónica Campos Pérez, Isabel Ester Lizarán Parra, Lorenzo Abad Ortiz, Gloria Giraldo Alfaro, Irene Donoso Esteban, Irene Pérez Saus, Manuel Martínez Villalba, Hugo José Castellanos Tinoco.

***Hospital General Universitario de Albacete.
Albacete.***



OBJETIVO DOCENTE

- ✓ Realizar una revisión de las lesiones óseas líticas benignas más frecuentes, basándonos en la regla mnemotécnica propuesta por Helms: **FEGNOMASHIC**.
- ✓ Proponer claves para poder realizar **un correcto diagnóstico diferencial** entre estas lesiones.
- ✓ Ejemplificar las distintas lesiones con imágenes ilustrativas diagnosticadas en nuestro centro.



REVISIÓN DEL TEMA

1. Introducción

Las lesiones óseas líticas benignas se tratan de un **hallazgo frecuente** para el radiólogo en su práctica clínica. No obstante, puede ser un **reto diagnóstico el identificarlas y categorizarlas** como benignas, dado que algunas pueden presentar un aspecto radiológico agresivo independientemente de si son histológicamente benignas.

Además, una vez que las hemos identificado, debemos aportar como radiólogos un **correcto diagnóstico diferencial**, que haremos basándonos en la regla mnemotécnica de Helms: **FEGNOMASHIC**, donde siguiendo los puntos clave propuestos podemos llegar a un correcto diagnóstico diferencial hasta en el 98 % de los casos.

Antes de comenzar con nuestra lista, tenemos que tener una idea clave en mente y es **que no debemos confundir lesión benigna/maligna con lesión agresiva/no agresiva**. Es decir, hay lesiones que puede ser benignas y en cambio tener un aspecto radiológico agresivo, como por ejemplo el granuloma eosinófilo o la osteomielitis. De igual forma, una lesión puede ser histológicamente maligna y tener aspecto radiológico no agresivo, por ejemplo algunas metástasis óseas o el condrosarcoma de células claras.



2. FEGNOMASHIC

A continuación, presentamos la regla nemotécnica propuesta por Helms, que nos será útil para memorizar las lesiones más frecuentes, de las que expondremos sus características radiológicas en futuros apartados y propondremos sus diagnósticos diferenciales.

- F) Displasia **F**ibrosa
- E) **E**ncondroma y granuloma **E**osinófilo
- G) Tumor de células **G**igantes
- N) Fibroma **N**o osificante
- O) **O**steoblastoma
- M) **M**etástasis, **M**ieloma Múltiple
- A) Quiste óseo **A**neurismático
- S) Quiste óseo Solitario o **S**imple
- H) **H**iperparatiroidismo
- I) **I**nfección
- C) **C**ondroblastoma, fibroma **C**ondromixoide



2.1 Displasia fibrosa

Se trata de una lesión lítica expansiva que "puede parecerse a casi todo". Puede tener aspecto agresivo o no agresivo, esclerótico, también puede tener componente lítico con aspecto parcheado, y suele presentar aspecto expansivo.

¿Cómo podemos excluirla del diagnóstico diferencial?

- La displasia fibrosa **NO presenta periostitis**, hay que excluirla cuando tenemos DOLOR o REACCIÓN PERIÓSTICA.
- **NO es dolorosa** en huesos largos (a no ser que exista fractura).
- **NO sufre degeneración maligna**.

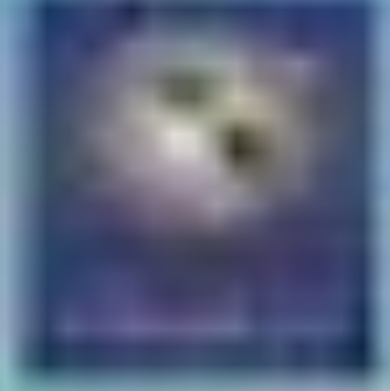
Su aspecto radiológico típico en la radiografía simple consiste en una lesión lítica, que adquiere un aspecto grumoso cuando calcifica la matriz, lo que le da su típica **apariencia en vidrio esmerilado**. Puede seguir calcificando y adquirir un aspecto predominantemente escleroso.

Puede ser **monostótica** (más frecuente) o **poliostótica**.

Los huesos más frecuentemente afectados son **pelvis, fémur proximal, costillas y cráneo**. Cuando se afecta la pelvis, el fémur proximal ipsilateral está invariablemente afectado.

Los síndromes asociados a esta entidad son:

- El **Síndrome de McCune-Albright**: displasia fibrosa poliostótica + manchas café con leche + pubertad precoz.
- El **Síndrome de Mazabraud**: displasia fibrosa + mixoma intramuscular.



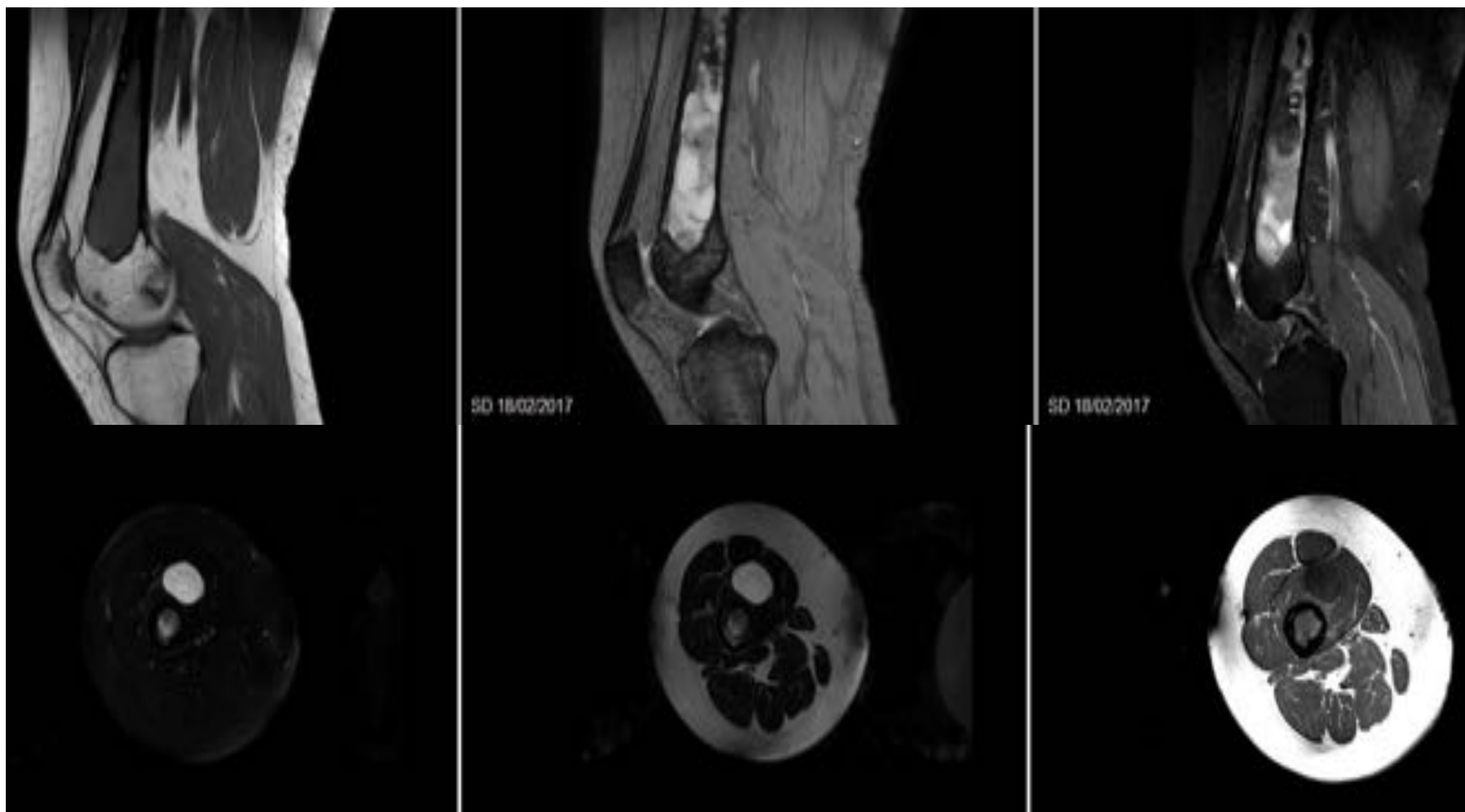
Radiografías simples de cráneo en proyección antero-posterior (izquierda) y de rodilla en proyección lateral (derecha) pertenecientes al mismo paciente.

Tanto a nivel de la calota como del peroné observamos lesiones líticas con un aspecto grumoso (en vidrio esmerilado) de aspecto expansivo.

Se trataba de una **displasia fibrosa poliostótica**.



De izquierda a derecha observamos una radiografía en proyección anteroposterior de la tibia y su correlación con una imagen de TC y RM. Observamos una lesión extensa epifiso-metafiso-diafisaria y con aspecto en vidrio esmerilado, de aspecto expansivo en la tibia, que correspondía con una **displasia fibrosa**.



Cortes sagitales de RM (secuencias T1, T2 y T2 con supresión grasa (de izquierda a derecha). Observamos una lesión extensa diafisaria en el fémur, hipointensa en T1 y predominantemente hiperintensa en secuencias T2 y con supresión grasa, compatible con **displasia fibrosa**.

Corte axiales de RM a nivel del muslo (T2 con supresión grasa, T2 y T1 (de izquierda a derecha) donde se observa una lesión redondeada, bien definida, intramuscular, hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 y STIR, compatible con **mixoma intramuscular**.

Al tratarse del mismo paciente, se diagnosticó de **Síndrome de Mazabraud**.



2.2 Encondroma

Se trata de la **lesión lítica benigna más frecuente en falanges**. Aparecen en **cualquier hueso formado a partir de cartílago**. Se trata de lesiones centrales o excéntricas, expansivas o no expansivas pero que **contienen siempre matriz condroide calcificada ("en arcos y anillos")**, **EXCEPTO en las falanges** (donde pueden no tenerla).

Debemos establecer el diagnóstico diferencial con el infarto óseo, donde debemos tener en cuenta que:

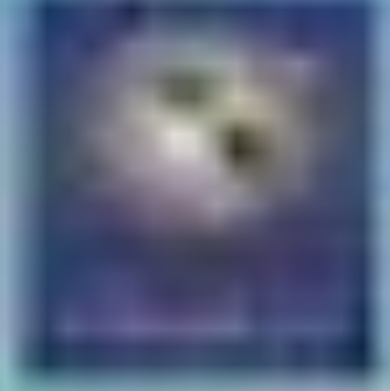
- El **infarto** tiene un **borde bien definido, escleroso y serpinginoso**. No causa festoneado endostal.
- El **encondroma** no tiene este borde. Sí causa festoneado endostal.

También es importante establecer el diagnóstico diferencial con el **condrosarcoma de bajo grado**, lo cual es muy difícil si solo disponemos de radiografía simple.

- En este caso prevalece el criterio clínico sobre la imagen. **Si hay dolor debemos descartar un condrosarcoma siempre**.
- Si realizamos una resonancia, es más sugestivo de condrosarcoma si la lesión ósea **asocia masa de partes blandas, captación de contraste nodular y edema de médula ósea** en secuencias T2 supresión grasa o STIR.

Los síndromes asociados a los encondromas son:

- La **Enfermedad de Ollier** → encondromas múltiples, con riesgo de degeneración maligna.
- La **Enfermedad de Maffucci** → encondromas múltiples + hemangiomas de partes blandas, también con riesgo de degeneración maligna.



Apreciamos dos lesiones líticas con matriz calcificada con morfología en arcos y anillos, una en la metáfisis humeral (imagen izquierda) y otra en la diáfisis femoral (imagen derecha). Ambas se tratan de **encondromas**.



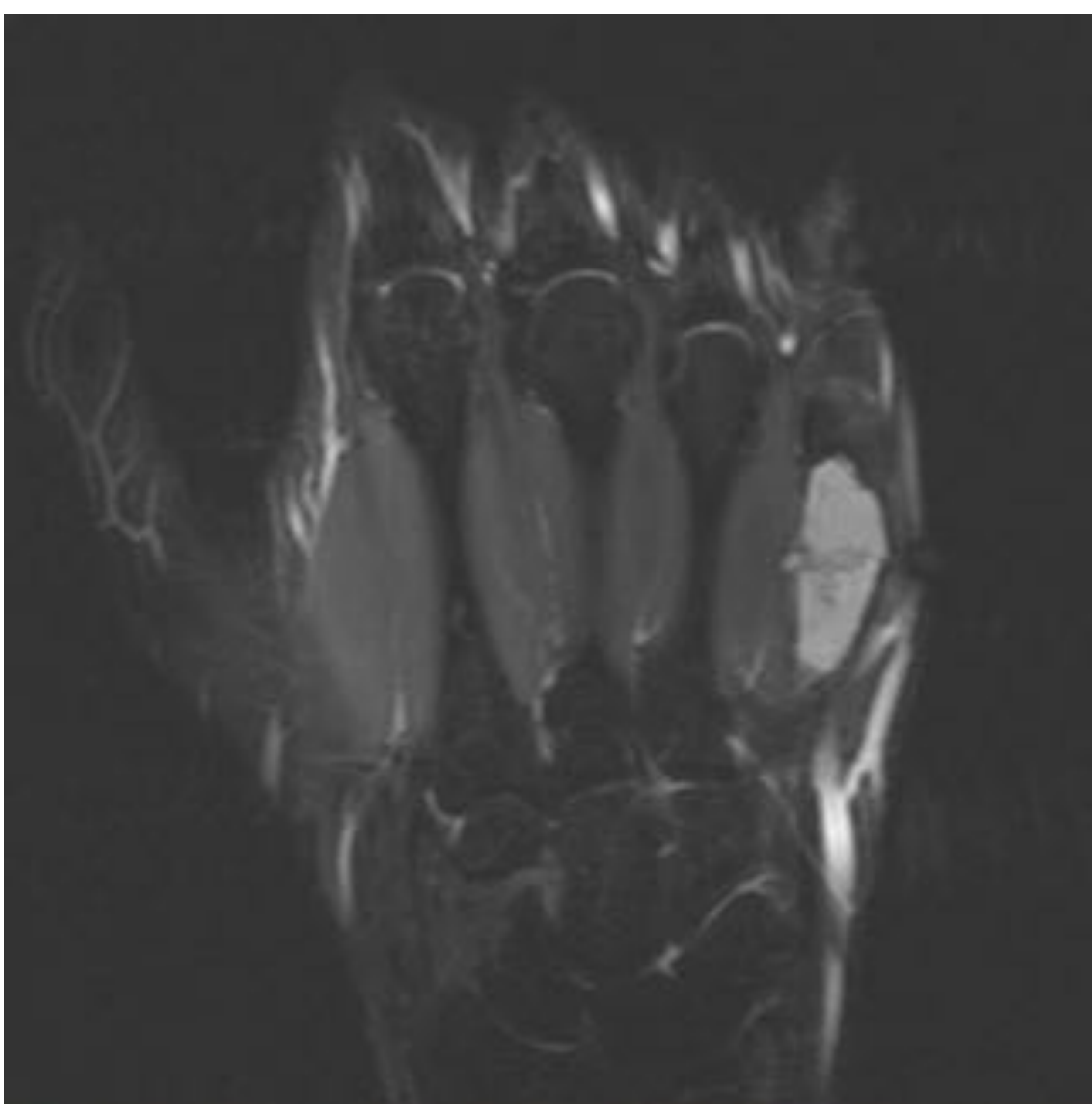
Lesión lítica metafiso-diafisaria en la falange media del tercer dedo derecho, que se trataba de un **encondroma**.



Lesiones líticas con borde escleroso serpinginoso metafiso-diafisarias a nivel femoral y tibial, que se trataban de **infartos óseos**.



Radiografía simple de mano derecha (2 proyecciones) donde se observa lesión lítica, central, en diáfisis del 5º metacarpiano de la mano derecha con fractura patológica.



Se realizó estudio RM de esta lesión, que presenta hiperintensidad de señal en secuencia T2 con supresión grasa (izquierda) e hipointensidad en T1 (derecha). El cartílago es típicamente hiperintenso en T2. Se trata de un **encondroma**.



2.3 Granuloma eosinófilo

Se trata de una **forma de histiocitosis por células de Langerhans**.

Su **aspecto radiológico es muy variado, incluso a veces** pueden presentar un aspecto **agresivo** y es difícil de hacer el diagnóstico diferencial con lesiones malignas.

Su aspecto radiológico puede ser como lesiones:

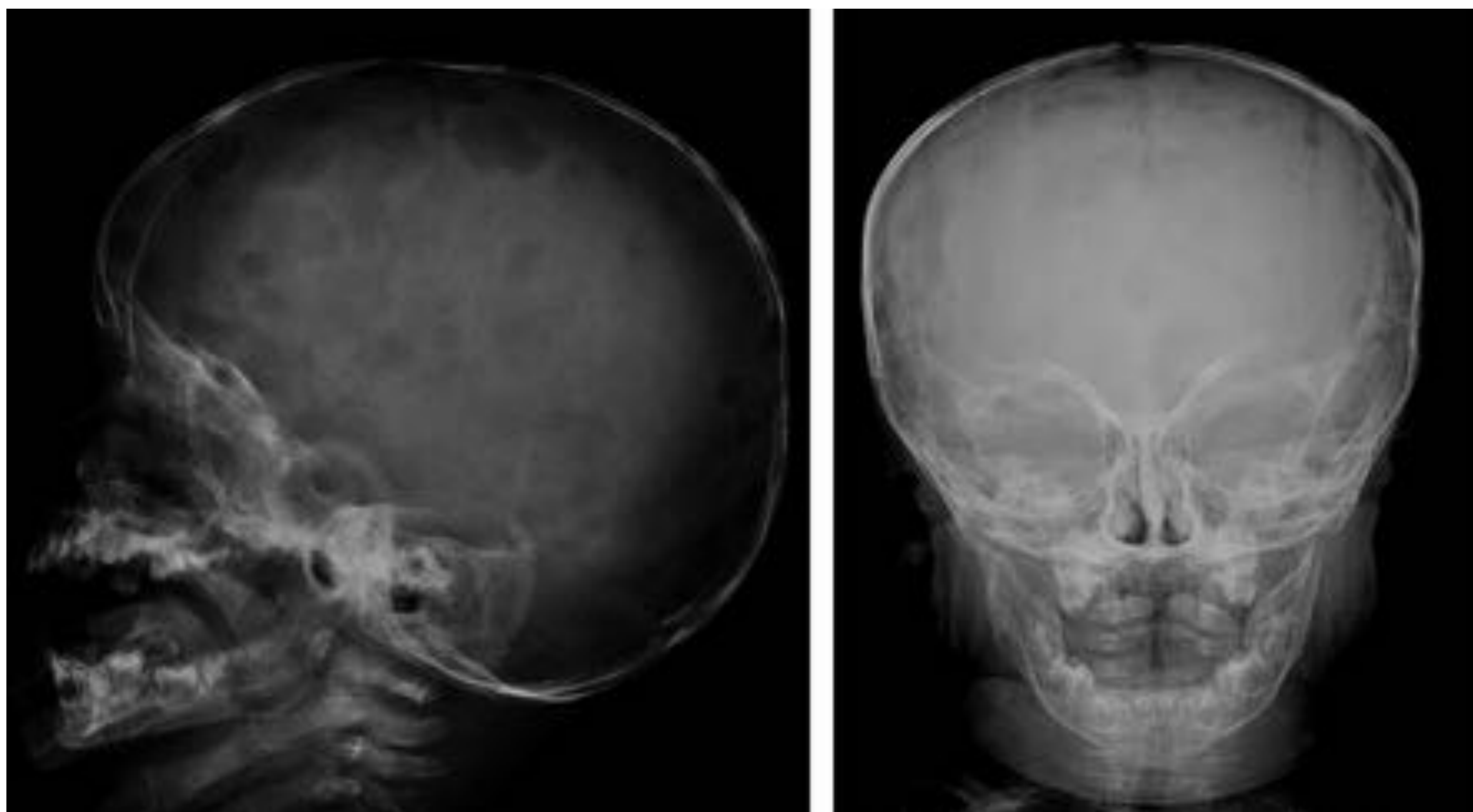
- Líticas o blásticas, de bordes bien o mal definidos.
- Pueden o no tener reacción perióstica (aunque si la tienen es de aspecto típicamente benigno: gruesa, uniforme, ondulada).
- Pueden tener patrón agresivo (incluso permeativo), incluso pueden simular un sarcoma de Ewing.
- Pueden asociar masa de partes blandas.
- Pueden ser monostóticas (más frecuente), pero también poliestóticas.

¿Cómo distinguimos el GE de otras lesiones líticas benignas?

- Es difícil excluirlo de casi cualquier diagnóstico diferencial de una lesión ósea.
- En este caso es de gran ayuda la **EDAD** → **Excluimos el diagnóstico de GE en > 30 años.**
- Pueden tener **SECUESTRO ÓSEO** → si lo presentan, recurriremos al diferencial de lesiones con secuestro óseo para hacer una mejor aproximación diagnóstica (osteomielitis, linfoma, fibrosarcoma y osteoma osteoide).

Síndromes asociados (formas de la histiocitosis de células de Langerhans):

- **Enfermedad de Letterer-Siwe.**
- **Enfermedad de Hand-Schüller-Christian.**



Radiografía simple de cráneo (proyección lateral y antero-posterior) donde se evidencian múltiples lesiones líticas a nivel de la calota, con afectación en diferentes grados de las tablas externa e interna que dan una apariencia de borde biselado o de doble contorno. Estos hallazgos y localización son típicos del **granuloma eosinófilo**.



En la radiografía simple y su correlación en el TC (coronal) observamos una lesión en la escápula que es lítica, polilobulada, con leve remodelación endostal, de márgenes esclerosos, con rotura en la cara posterior de la cortical de la escápula. En la RM (plano coronal en secuencia T2 y tras administración de contraste) se observa edema de médula ósea perilesional y en partes blandas adyacentes. Se trató de un **granuloma eosinófilo**.



2.4. Tumor de células gigantes (TCG)

Lo primero que debemos preguntarnos es: ¿Se trata de una lesión benigna o maligna?

- La **mayoría de los TCG son benignos**.
- Solo un 15% se consideran malignos y el **criterio es la RECURRENCIA tras la cirugía o si originan METÁSTASIS** (la más frecuentes son las pulmonares).

En el caso de los TCG, **hay cuatro características radiológica que deben estar presentes**. Si no están todos los criterios, debemos descartar el TCG en nuestro diagnóstico diferencial:

- El tumor debe aparecer en **epífis cerradas**.
- La **lesión** debe ser **epifisaria y lindar con la superficie articular** (puede haber lesión en la metáfisis al ser lesiones extensas).
- Lesión de **localización excéntrica** (si el tamaño es muy grande nos puede costar diferenciar si lo es realmente).
- Lesión con **zona de transición (borde) estrecho, bien definido pero NO escleroso**. Excepción huesos planos: pelvis y calcáneo.

El diagnóstico diferencial debemos hacerlo con:

- El **fibroma no osificante (FNO) o fibroma condromixoide** por su localización excéntrica, aunque estas lesiones no llegan a la superficie articular. El FNO **tiene un borde típico escleroso**.



Radiografía simple de rodilla (proyección lateral y antero-posterior) donde se observa una lesión lítica epifisaria, de borde bien definido no escleroso en el cóndilo femoral interno.



Correlación de las imágenes de radiografía simple con RM, donde observamos la misma lesión que muestra alta señal en secuencia GE T2 y leve edema de médula ósea adyacente en secuencia STIR y que es hipointensa en T1. Se trataba de un **TCG**.



Radiografía simple de tobillo (proyección lateral y antero-posterior) donde se observa en la epífisis tibial una lesión lítica, que toca la superficie articular, de localización excéntrica y borde bien definido no escleroso.



Correlación de la imagen anterior con RM (cortes sagitales) T1 y T2 con supresión grasa, donde se observa la misma lesión que en la radiografía, llamando la atención la formación de un nivel. Esto también es típico del **TCG**.



2.5 Fibroma no osificante (FNO)

Se trata de **una de las lesiones más frecuentes** de la lista.

Está descrita hasta en un 20% de niños, se trata de una lesión típica de **menores de 30 años**, que suelen regresar espontáneamente (es raro encontrarlas en adultos).

- Cicatrizan con esclerosis hasta llegar a desaparecer.

Pueden ser de gran tamaño. Se pueden diferenciar en función de su tamaño FNO si la lesión es > 2 cm o defecto cortical fibroso si es < 2 cm.

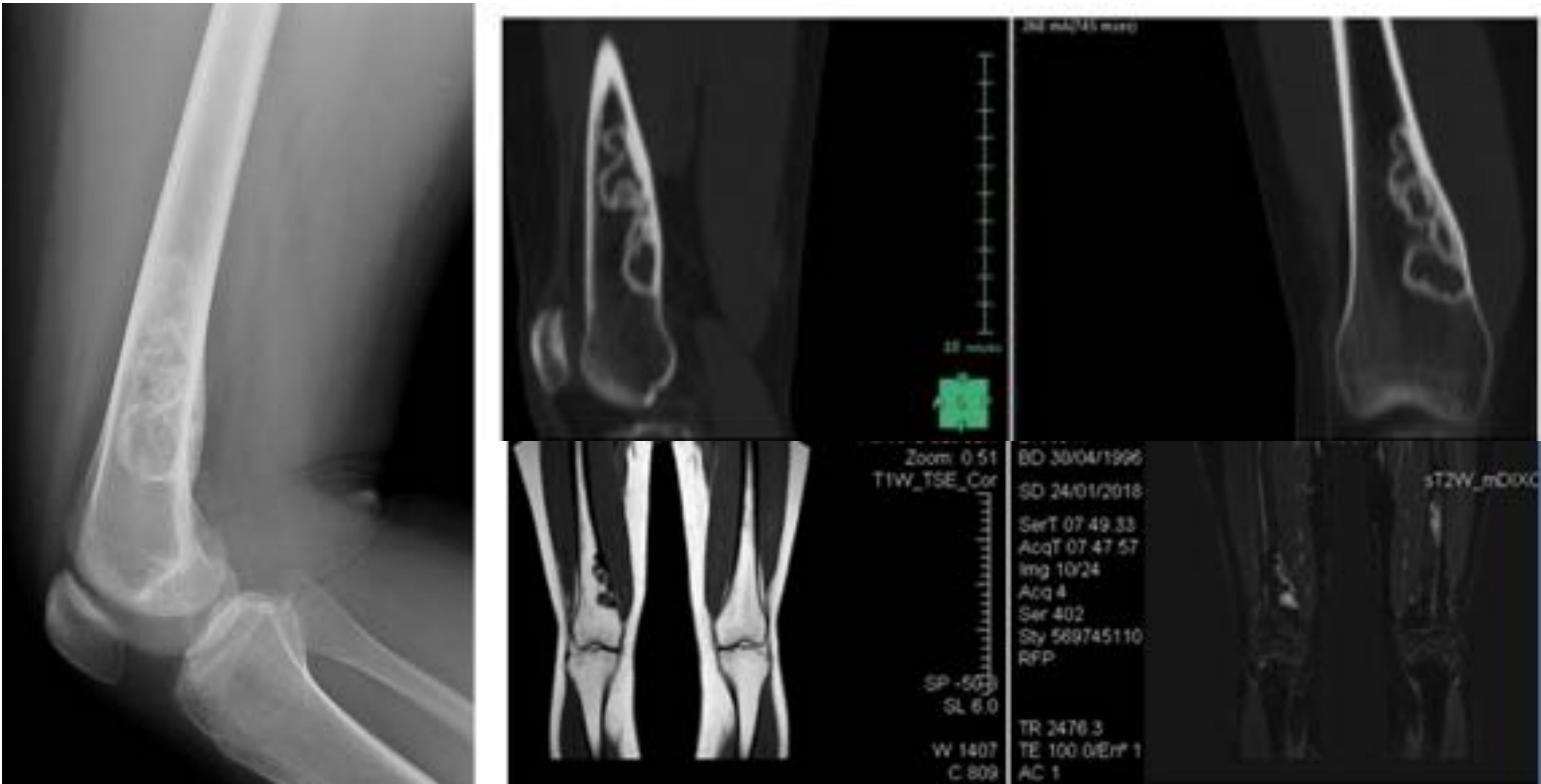
Es **una lesión lítica, benigna, asintomática**. Se localizan en el córtex (**excéntrica**) de la metáfisis de huesos largos, siendo la localización más frecuente alrededor de la **rodilla**.

En la radiografía simple presentan **un borde esclerótico fino, festoneado y levemente expansivo**. No presentan reacción perióstica (salvo traumatismo previo).

Debemos tener en cuenta si la lesión está en fase de cicatrización (esclerosa):

- En fase de cicatrización pueden aparecer como lesiones calientes en gammagrafía ósea.
- En TC puede aparecer rotura de la cortical, que en realidad se trata de tejido fibroso que reemplaza a la cortical.

En la **RM** presentan un **aspecto más variable** (hipointenso en T1 y señal variable en T2).



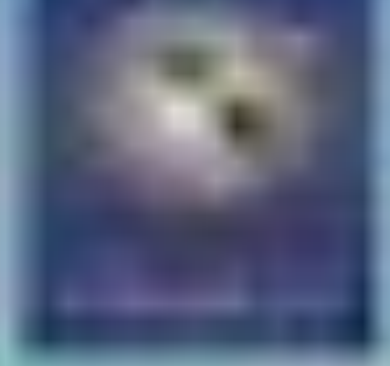
Lesión lítica, metafisodiafisaria femoral, excéntrica y con borde escleroso bien definido, sin reacción perióstica en la radiografía simple.
 Observamos su correlación con TC, que muestra las mismas características descritas en la radiografía.
 También vemos su correlación en cortes coronales de RM, es hipointensa en T1 e hiperintensa en T2
 Se trata de un **FNO**.



Lesión lítica, de localización metafisodiafisaria femoral, excéntrica, menor de 2 cm de tamaño y sin reacción perióstica. Se trata de un **defecto fibroso cortical**.
 (←)

Lesión lítica bien definida, metafisodiafisaria en tibia, de localización excéntrica, con borde festoneado y escleroso. No asocia reacción perióstica.
 Se trata de un **FNO**. (→)





2.6. Osteoblastoma

Lesiones **muy poco frecuente**. Según Helms, tendremos escasa probabilidad de equivocarnos si no las incluimos en el diagnóstico diferencial.

Hay dos formas de presentación típicas:

1. **Forma esclerosa** → similar a osteomas osteoides de gran tamaño (también llamados *osteomas osteoides gigantes*).
2. **Lesión lítica, expansiva, con aspecto en pompas de jabón** → pueden simular quiste óseo aneurismático.

Sobre todo **incluirla en el diagnóstico diferencial si encontramos una lesión lítica en elementos posteriores**. En este caso incluiremos en nuestro diagnóstico el quiste óseo aneurismático, osteoblastoma y TBC.



En la imagen de radiografía simple, se observa una lesión lítica epifisaria, bien definida en la tibia. Posteriormente, se completó el estudio con RM, siendo la lesión heterogénea, de predominio hipointenso en todas las secuencias, con edema de médula adyacente. Se trató de un **osteoblastoma** de localización atípica.



2.7. Metástasis

Debemos considerar una metástasis **ante cualquier lesión lítica en pacientes > 40 años.**

Pueden tener **cualquier aspecto radiográfico** (agresivo o no agresivo).

En este caso es muy importante tener en cuenta la **edad y antecedentes** del paciente (antecedentes oncológicos o tumor conocido en el momento actual).

Son características las lesiones líticas expansivas en el caso del carcinoma de células renales y el carcinoma de tiroides.



Lesión lítica de aspecto agresivo en la diáfisis humeral que rompe la cortical humeral con fractura patológica. Se trataba de una **metástasis de un carcinoma de células renales.**



2.8 Mieloma múltiple

Debemos considerar este diagnóstico **ante pacientes con edad superior a 40 años.**

En patrón radiológico típico con lesiones **líticas óseas múltiples** hueso (**patrón permeativo**).

También son típicas las lesiones líticas solitarias (**plasmocitomas**). Pueden preceder 3-5 años la clínica y trastornos hematológicos, puede aparecer en pacientes algo más jóvenes (35 años). Estas lesiones pueden presentar **morfología típica cerebriforme** si afectan a las vértebras.



Lesión lítica diafisaria humeral con destrucción de la cortical que se observa parcialmente en un TC torácico.

Se trató de un **mieloma múltiple**.



2.9 Quiste óseo aneurismático (QOA)

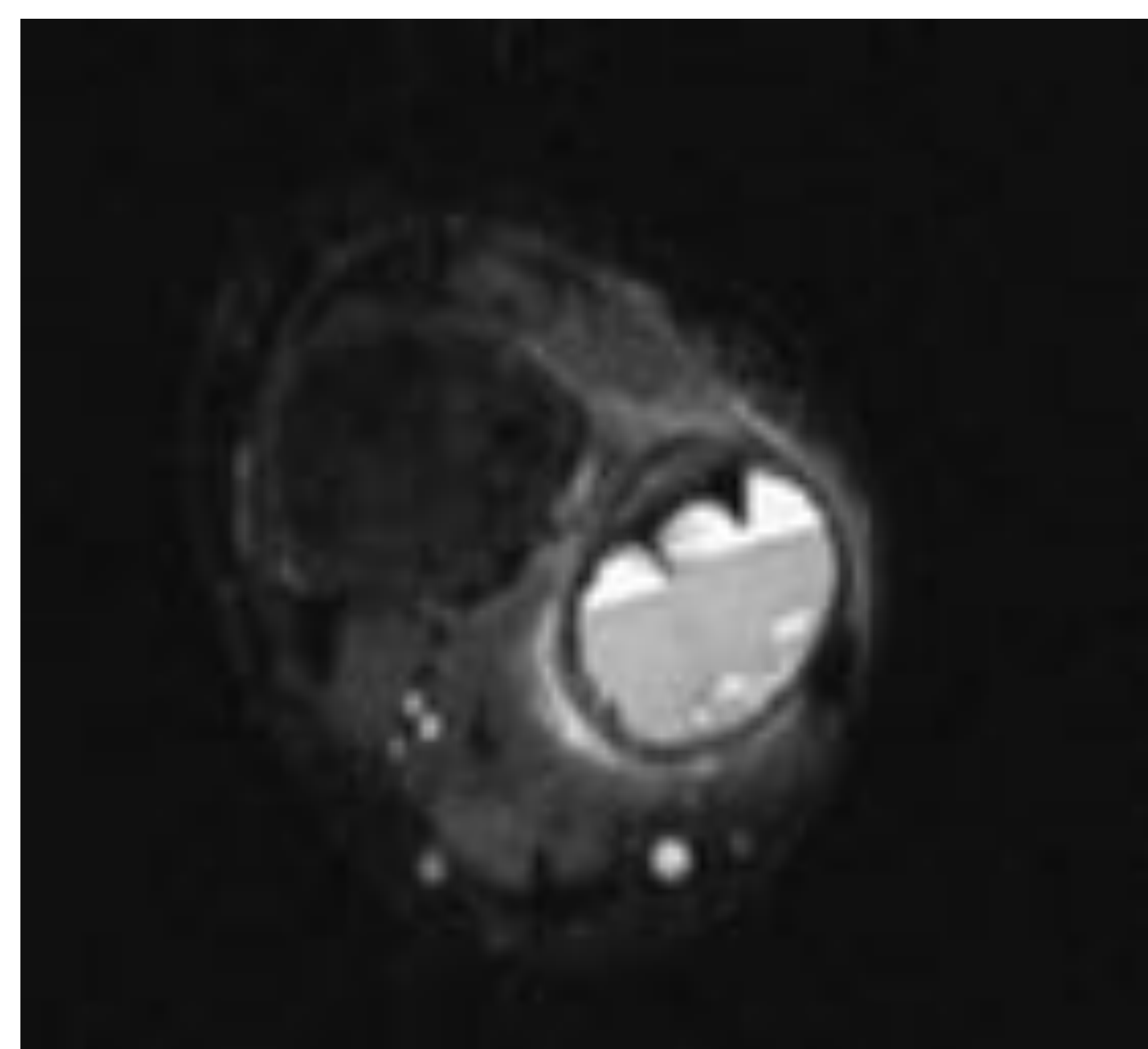
Se trata de una lesión aneurismática, es decir, una **lesión expansiva**, que típicamente adelgaza la cortical.

Se dan normalmente pacientes **< 30 años**. Suelen ser **dolorosos**.

No tienen una localización concreta, a veces pueden aparecer en la epífisis.

Recordemos el **diagnóstico diferencial en lesiones líticas en los elementos posteriores** de la columna vertebral con osteoblastoma y TBC.

En la RM podemos ver la existencia de **lesiones con nivel líquido-líquido**. En este caso, también tenemos que tener en cuenta el diagnóstico diferencial de lesiones que presentan niveles líquido-líquido en la RM: quiste óseo aneurismático, quiste óseo simple, osteoblastoma, condroblastoma, osteosarcoma teleangiectásico, TCG.



Lesión lítica metafisaria en el peroné, de aspecto expansivo, que adelgaza la cortical. Observamos un nivel líquido-líquido en secuencias RM, tratándose de quiste óseo aneurismático.



2.10 Quiste óseo simple (QOS)

Se trata de la única lesión del FEGNOMASHIC que **es SIEMPRE de localización CENTRAL**. Por tanto, excluirémos este diagnóstico ante lesiones excéntricas.

La localización más frecuente (2/3) en **la metáfisis proximal del húmero o del fémur**.

Otra **localización típica es el calcáneo**: ante una lesión lítica bien definida en calcáneo hay que hacer el diagnóstico diferencial entre quiste óseo simple, lipoma y variante de la normalidad.

Lesión **asintomática excepto si hay fractura**. En estos casos, a veces se observan los fragmentos corticales en el interior de la **lesión ("signo del fragmento caído")**.

Normalmente pacientes **jóvenes (< 30 años)**.



Lesión lítica bien definida, de localización central y metafisaria femoral, con fractura asociada y el **signo del fragmento caído**. Se trata de un **QOS**.



Continuación del caso anterior. Vemos secuencias de RM en plano coronal T1, T2 con supresión grasa y tras administración de contraste. Vemos como el QOS es hipointenso en T1, hiperintenso en T2 y que presentan captación periférica fina lineal de su pared. Hallazgos característicos de **QOS**.



2.11 Hiperparatiroidismo (HPT)

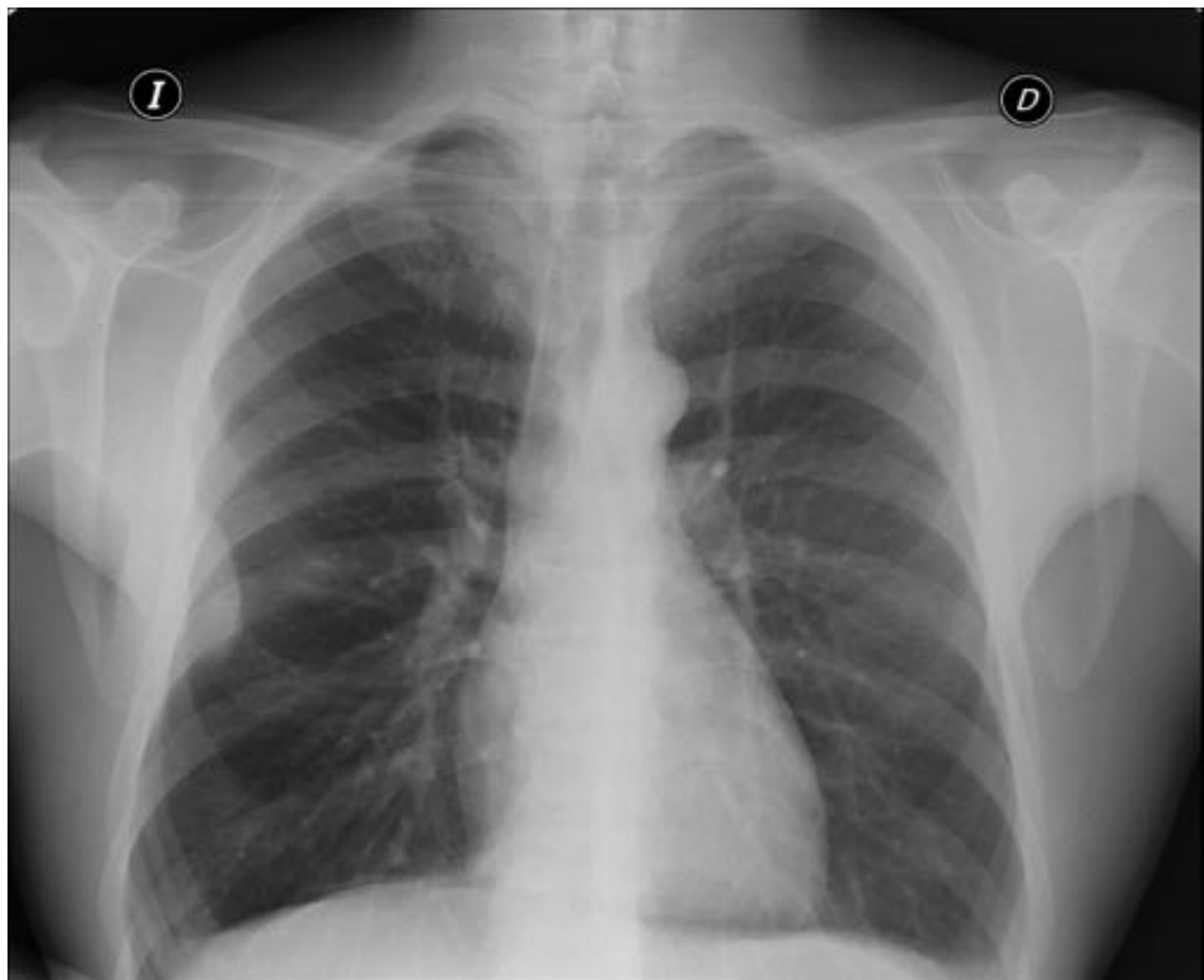
Pueden tener **casi cualquier apariencia** (lesión lítica o esclerótica).

Suelen ser líticas y con tratamiento del hipertiroidismo se esclerosan y desaparecen.

Para incluirla en el diagnóstico diferencial **deben existir otros datos de HPT.**

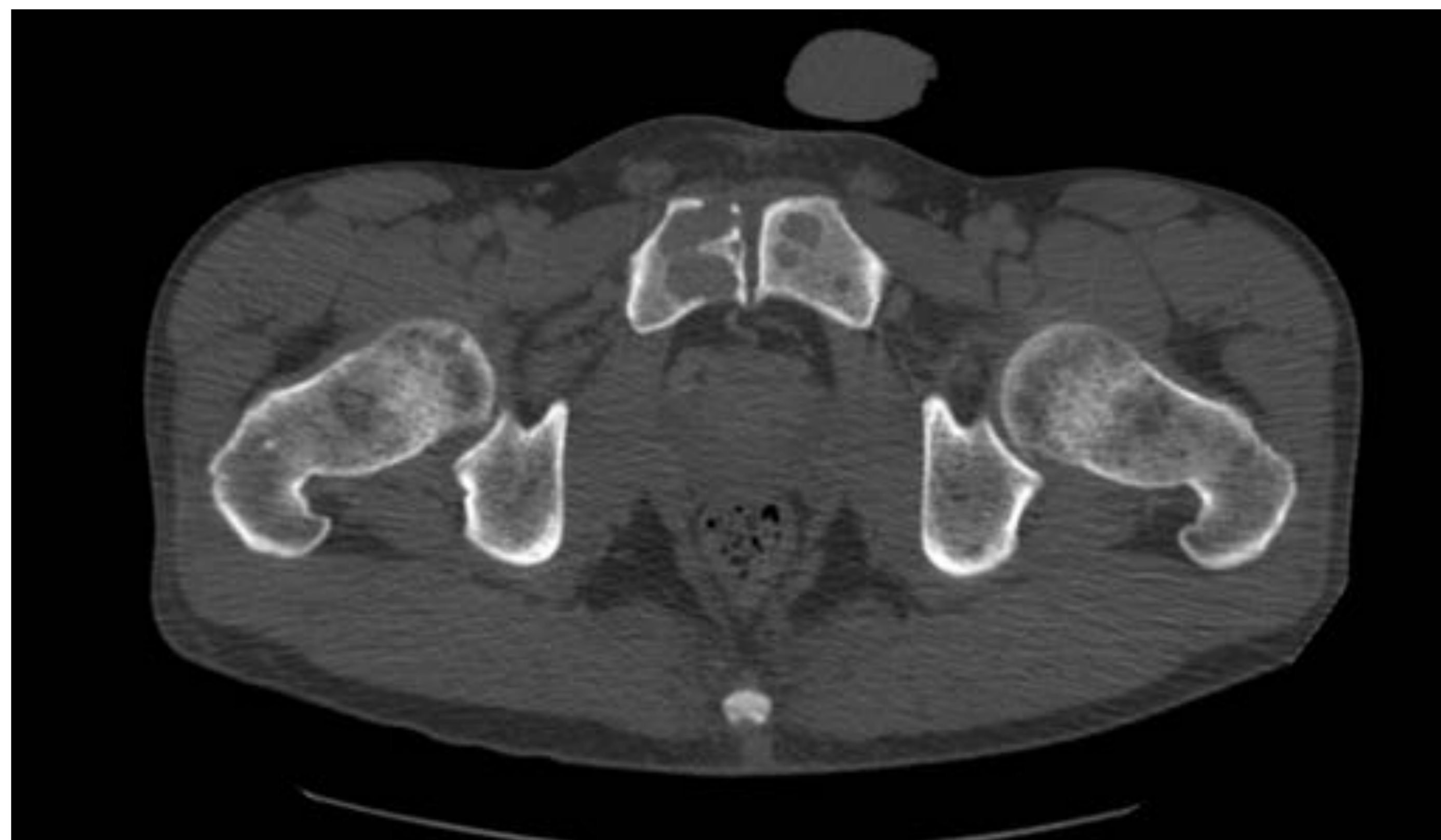
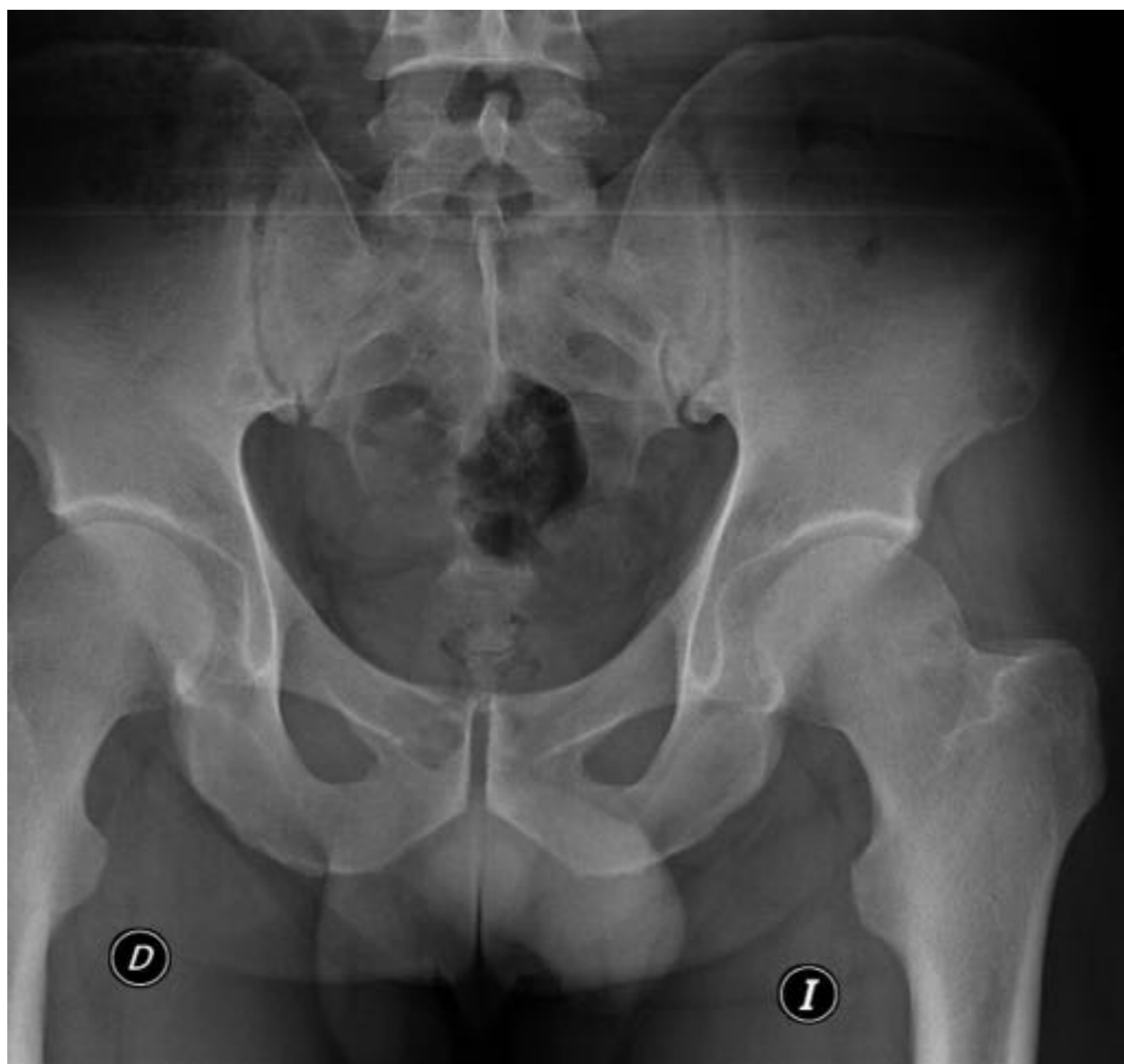
- **Reabsorción ósea subperióstica** (patognomónica del HPT). Debemos buscarlo en el lado radial de las segundas falanges, extremo distal de clavículas, lado medial de la parte proximal de las tibias y articulaciones sacroiliacas (aspecto erosivo bilateral).
- Presencia de **osteoporosis +/- osteoesclerosis** que podrían sugerir presencia de osteodistrofia renal (HPT secundario).

Se cree que **los tumores pardos se asocian más al HPT primario**, sin embargo **hay muchos más casos en general de HPT secundario** por lo que esta segunda asociación se ve más frecuentemente en la práctica clínica.

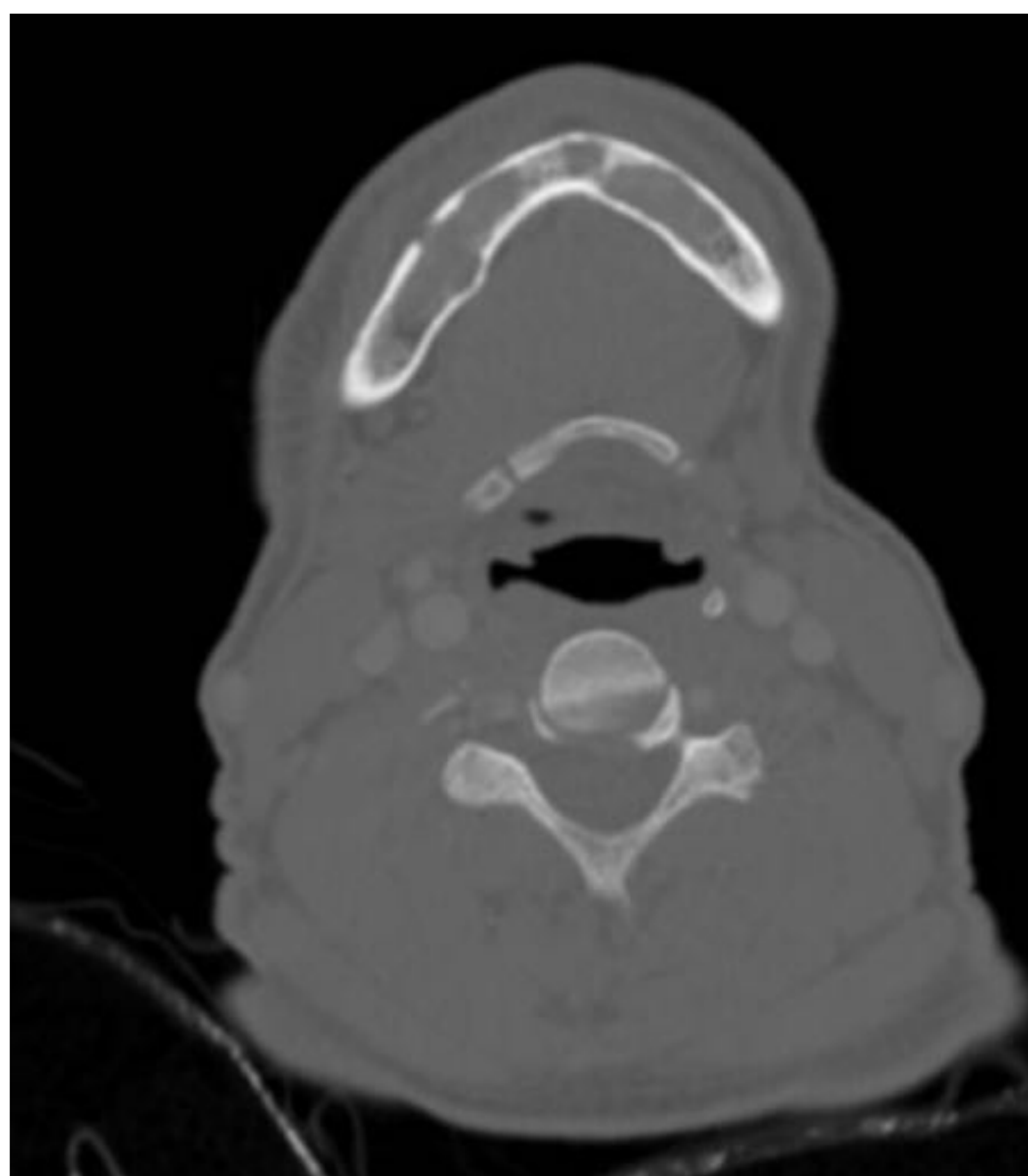


Paciente de 48 años con hiperparatiroidismo (HPT).

En la placa simple de tórax se observa una lesión sugestiva de ser extrapulmonar proyectada sobre el hemitórax derecho. Se realiza un TC torácico, confirmando esta localización extrapulmonar, pues se trata de una lesión lítica expansiva en arco costal derecho.



En la radiografía de pelvis también vemos una lesión lítica bien definida en ambas ramas pubianas, mayor en la derecha. En el TC realizado se objetivó esta lesión y otras de similares características en la rama pubiana izquierda.



En el corte axial de TC de cuello se observa lesión lítica expansiva en rama mandibular. Se trata de tumores pardos..



2.12 Infección

No hay ningún modo fiable para excluirla del diagnóstico diferencial con la radiografía simple.

Aspecto radiográfico variable, **cualquier localización y edad**.

Pueden tener **periostitis asociada** (aspecto agresivo).

El margen puede o no ser esclerótico, si lo es suele ser grueso y mal definido.

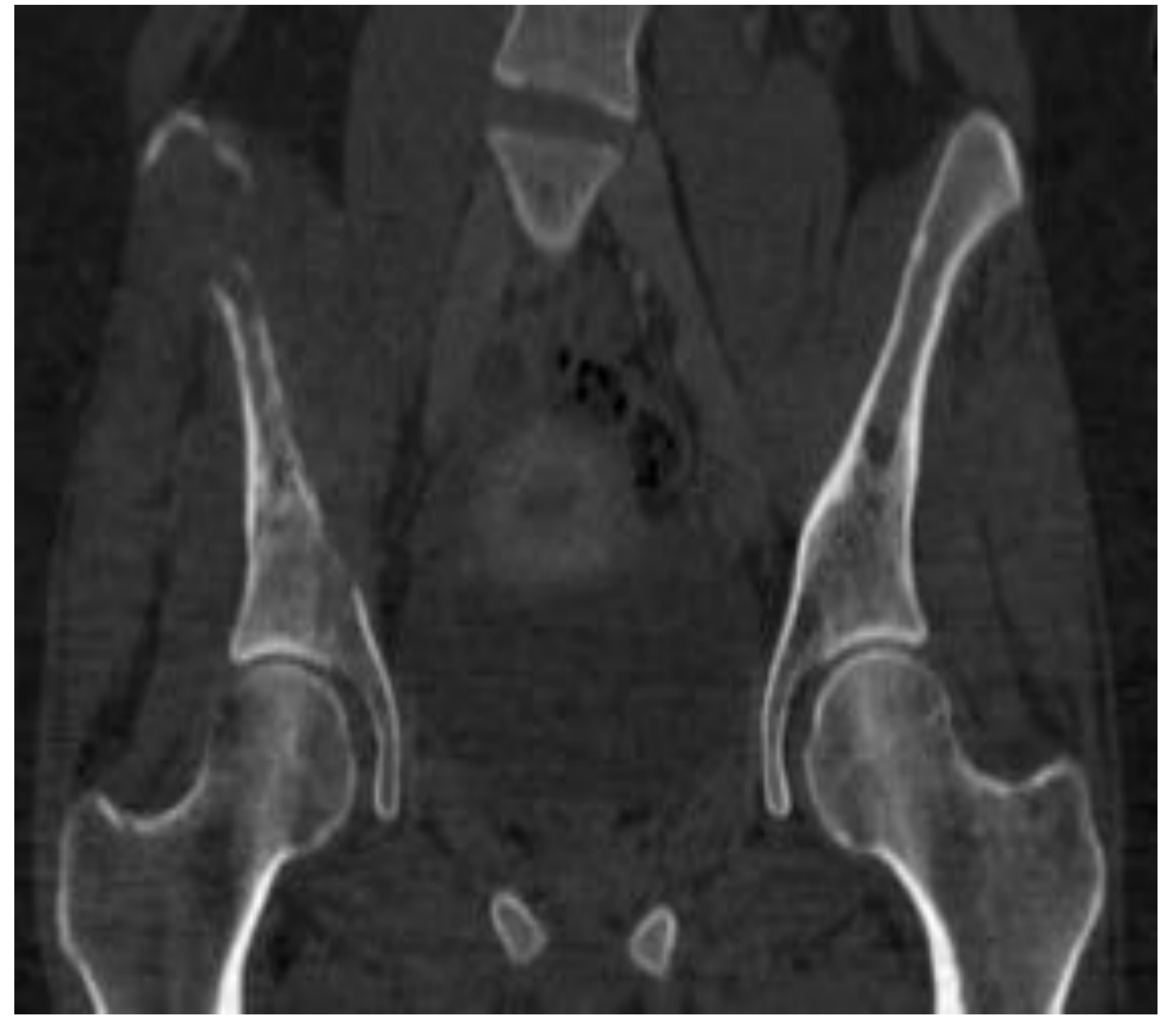
Ver **aumento de partes blandas y borramiento de planos grasos** no es un signo fiable, esto puede aparecer en tumores o granuloma eosinófilo.

Si la lesión alcanza la superficie articular podemos ver pérdida del cartílago articular y cierto grado de **derrame** (si está adyacente a una articulación debe estar afectada).

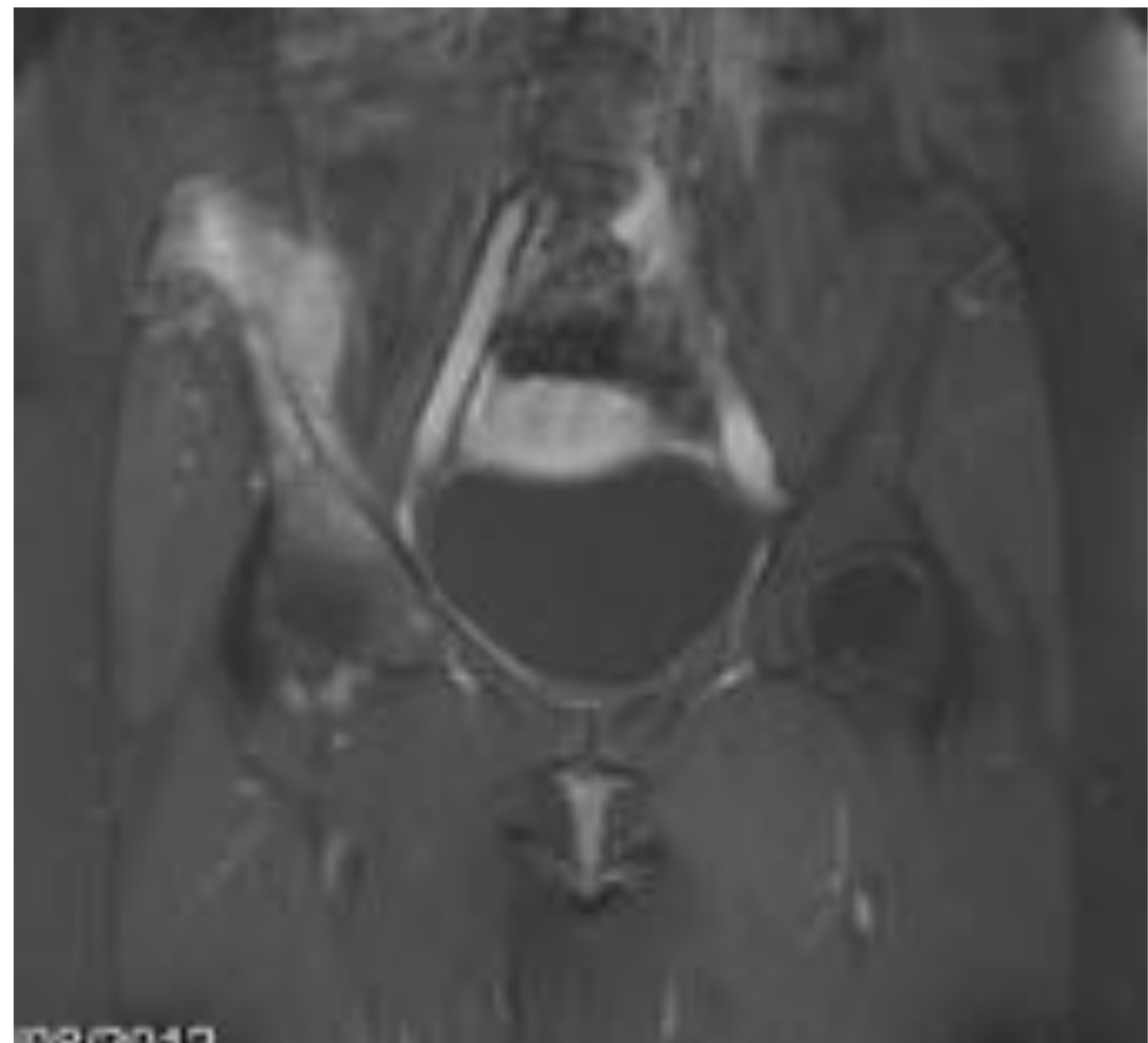
A veces aparece **secuestro** (recordemos el diagnóstico diferencial de las lesiones con secuestro).

En estos casos es **muy importante la clínica**: dolor, fiebre (aunque no es 100% fiable).

También debemos tener en cuenta el **absceso de Brodie**, que se trata de un foco de infección subaguda o crónica, que se ve radiológicamente como una lesión lítica, redondeada, bien definida y que también tiene un amplio diagnóstico diferencial, siendo importante la clínica. Es típica de la edad pediátrica.

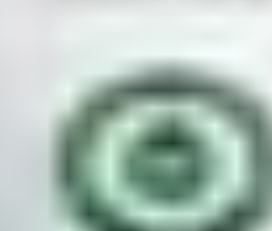


Lesión lítica en la pala iliaca derecha, de aspecto agresivo mal definida y con destrucción de la cortical en un paciente con fiebre y dolor localizado. Imagen de radiografía simple y su correlación con TC.



Correlación con RM (planos coronales) donde se observa edema óseo y masa de partes blandas adyacente en la secuencia STIR y captación de contraste en la secuencia T1 con supresión grasa y gadolinio.

Se trató de una **osteomielitis**.



2.13 Condrioblastoma

Aparece **únicamente en la epífisis**.

- Los huesos del carpo, tarso y rótula tienden a comportarse como epífisis.

Es una lesión **casi exclusivo de < 30 años**.

En un **40-60% muestras calcificaciones**. Podemos ver **matriz condral** (en arcos y anillos) al tratarse de una lesión de estirpe cartilaginosa.

En el **diagnóstico diferencial** hay que tener en cuenta por localización y/o edad son: **infección, granuloma eosinófilo y TCG** (esto incluye el 98% de diagnósticos diferenciales y a su vez, podemos combinarlo con el diagnóstico diferencial de las lesiones óseas con niveles una vez realizada la RM).

También hay que tener en cuenta que el condrioblastoma por imagen puede ser indiferenciable del **condrosarcoma de células claras**.

Otro diagnóstico diferencial importante ante lesión epifisaria es el **quiste subcondral o geoda**, descrita clásicamente en cuatro procesos (debemos asegurarnos de que no existen estas patologías de forma subyacente para hacer un buen diagnóstico diferencial y evitar biopsias innecesarias).

- Enfermedad degenerativa articular: estrechamiento heterogéneo del espacio articular, esclerosis subcondral y osteofitos.
- Artritis reumatoide.
- Enfermedad por depósitos de pirofosfato cálcico (clásicamente se presenta como una osteoartritis +/- visualización de depósitos de pirofosfato en localizaciones claves: rodilla, muñeca y sínfisis púbica).
- Necrosis avascular.



Lesión lítica epifisaria, de bordes bien definidos, en el cóndilo femoral interno.

Vemos la correlación con RM donde observamos que la presenta niveles líquido-líquido.

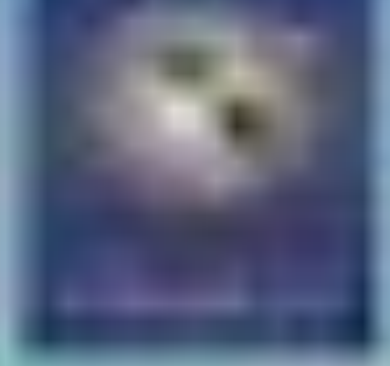
Se trató de un condroblastoma.





Paciente de 14 años que presenta lesión lítica con borde bien definido en cuerpo del astrágalo, que al completar el estudio con RM presenta niveles líquido-líquido y edema de médula ósea adyacente, tratándose de un condroblastoma.





2.14 Fibroma condromixoide

Se trata de una **lesión muy rara**, tendremos una baja tasa de error si no las incluimos en nuestros diagnósticos diferenciales.

Son **similares al fibroma no osificante**, pero pueden verse en pacientes de **cualquier edad**.

Pueden presentar **dolor** a diferenciar del fibroma no osificante.

Pueden progresar de lesión benigna a agresiva e incluso maligna (raro dentro de lo raro).



Paciente de 17 años con lesión lítica, de bordes bien definidos, que adelgazada la cortical, en cuerpo del calcáneo.

Se trata de un **fibroma condromixoide**.

(←)

Paciente de 49 años con lesión lítica, excéntrica, de localización metafisodiafisaria en tibia izquierda, de borde bien definido y esclerótico.

En TC complementario, se observa que la lesión insufla y adelgaza la cortical.

Se trata de un fibroma condromixoide (→).





3. Otras consideraciones sobre las lesiones líticas benignas

Con el listado del FEGNOMASHIC, según Helms obtenemos una precisión del 98% en nuestro diagnóstico diferencial de lesiones líticas benignas.

Hay otras lesiones líticas omitidas de la lista que también puede incluirse en el diagnóstico diferencial (suponen menos del 2%), y es mejor realizar el diagnóstico mediante anatomía patológica. Se trata de las siguientes: gangliones intraóseos, seudotumor hemofílico, hemangioendotelomas, fibroma osificante, lipoma intraóseo, tumor glómico, neurofibroma, granuloma de células plasmáticas, schwannoma.



4. Pequeño resumen para orientar nuestro diagnóstico diferencial

LESIONES EN MENORES DE 30 AÑOS

- GE (siempre)
- QOA (expansiva)
- QOS (central, fractura, hueso largo)
- FNO (excéntrica, borde escleroso)
- CONDROBLASTOMA (matriz condral)

LESIONES EPIFISARIAS

- CONDROBLASTOMA (calcificaciones, matriz condral)
- INFECCIÓN (siempre)
- TCG (> 30 años)
- GEODA (osteoartritis, AR, NAV, pseudogota).
- GE (siempre)

NI PERIOSTITIS NI DOLOR

- Displasia fibrosa (vidrio esmerilado)
- Encondroma (matriz condral, excepto falange)
- FNO (excéntrica, borde escleroso).
- QOS (central, fractura, huesos largos).

MÚLTIPLE

- Displasia fibrosa (poliostótica, más asociada a síndromes; McCune-Albright, Mazabraud).
- GE (siempre).
- Encondroma (síndromes; Ollier y Maffucci).
- Metástasis y MM (> 40 años).
- Hiperparatiroidismo (otros signos HPT, resorción ósea, osteoporosis).
- Infección (siempre).



CONCLUSIONES

La **alta frecuencia de las lesiones óseas líticas benignas** hace que sean **de obligatorio conocimiento** para el radiólogo, haciéndose necesaria una combinación de **identificación** de la lesión como de escasa agresividad y propuesta de un **correcto diagnóstico diferencial** en función de los hallazgos radiológicos.



BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Fundamentos de radiología del esqueleto. [Clyde A. Helms](#). 3ª edición. 2017. Marbán. (2) 7-31.
- ✓ Blyth MJ, Kincaid R, Craigen MA, Bennet GC. The changing epidemiology of acute and subacute haematogenous osteomyelitis in children. *J Bone Joint Surg [Br]* 2001;83-B:99–102. [Link](#), [Google Scholar](#).
- ✓ *Journal of Clinical Oncology* 23, no. 27 (September 20, 2005) 6756-6762. DOI: 10.1200/JCO.2005.15.255
- ✓ *JCO Precision Oncology* - published online September 9, 2019. DOI: 10.1200/PO.19.00166
- ✓ Gaillard, F., Knipe, H. Non-ossifying fibroma. Reference article, Radiopaedia.org. (accessed on 23 Jan 2022) <https://doi.org/10.53347/rID-1731>.
- ✓ Amini, B., Feger, J. Giant cell tumor of bone. Reference article, Radiopaedia.org. (accessed on 23 Jan 2022) <https://doi.org/10.53347/rID-1385>
- ✓ Gaillard, F., Bell, D. Unicameral bone cyst. Reference article, Radiopaedia.org. (accessed on 23 Jan 2022) <https://doi.org/10.53347/rID-7189>