



II JORNADAS DE FORMACIÓN EN DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN EN ATENCIÓN PRIMARIA

CASOS CLÍNICOS MSK



**GENERALITAT
VALENCIANA**
Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública



**SANT JOAN
D'ALACANT**
DEPARTAMENT DE SALUT

❖ CASO 1: *Mujer de 33a con omalgia crónica y episodio de reagudización. Valoración de tratamiento percutáneo de las calcificaciones tendinosas.*



❖ **CASO 1:** *Mujer de 33a con omalgia crónica y episodio de reagudización. Valoración de tratamiento percutáneo de las calcificaciones tendinosas.*



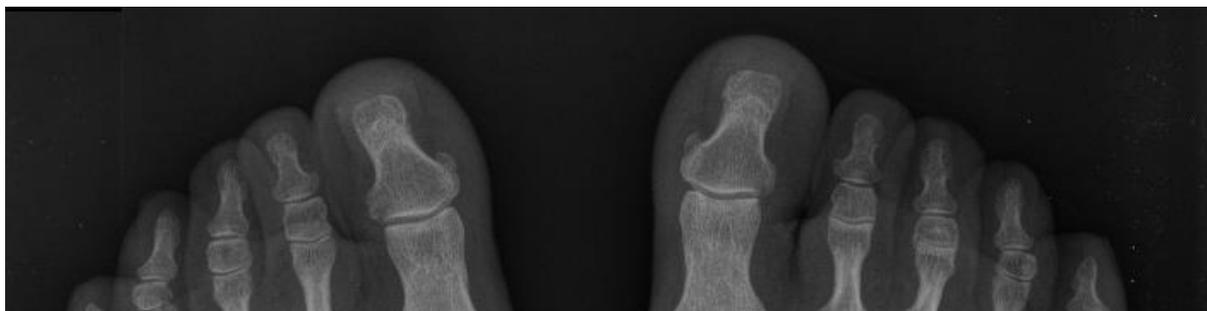
❖ **CASO 1:** *Mujer de 33a con omalgia crónica y episodio de reagudización.
Valoración de tratamiento percutáneo de las calcificaciones tendinosas.*



**TENDINITIS
CALCIFICANTE**

- **Más frecuente en mujeres 40-55 a**
- Se producen depósitos de cristales de hidroxapatita alrededor de los tendones (típico en SPE y flexor cubital del carpo), en MCF y en los dedos.
- Curso indolente con exacerbaciones
- Calcificación grosera, algodonosa con tendencia a desaparecer.
- Ocasionalmente desarrollo de erosión cortical y reagudización del dolor

CASO 2: *Mujer de 58 años con dolor crónico en ambos pies.*



Síndrome de Muller Weiss

Osteonecrosis espontánea del navicular en adultos
Enfermedad de Kohler en niños

Causa multifactorial
40-60 años
Mujeres

Dolor en mediopié / pie planovaro

RX:

Colapso de la vertiente lateral del navicular → deformidad «en coma»

Protrusión medial o dorsal del navicular

Fragmentación y colapso

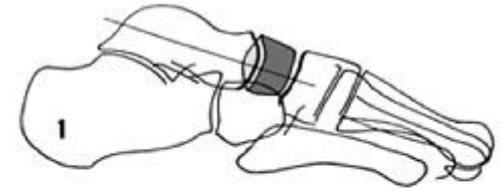
Cambios degenerativos de forma progresiva

RM más sensible

Curso progresivo

1º tratamiento conservador.

Qx en casos rebeldes



CASO 3: *Hombre de 47 años, entrenador personal, con dolor en tobillo izquierdo.*



FRACTURA DE ESTRÉS TIBIA



Fracturas por fatiga:

- Causadas por la aplicación cíclica y prolongada de un **estrés muscular anormal en un hueso normal**.
- + frec **adultos jóvenes** (atletas)
- En etapas iniciales la RX puede ser normal o puede aparecer una línea radioluciente en la cortical sin reacción perióstica o callo.

CASO 4: *Mujer de 15 años, hallazgo incidental.*



CASO 4: *Mujer de 15 años, hallazgo incidental.*

HALLAZGOS CLAVE:

< 30 AÑOS

NI PERIOSTITIS NI DOLOR

YUXTACORTICAL

DXD NI PERIOSTITIS NI DOLOR:

Displasia Fibrosa

Encondroma

FNO

Quiste Óseo Simple

DXD <30 AÑOS:

GE

FNO

QOA

QOS

Condroblastoma





FNO

Defecto fibroso cortical si < 2 cm





FNO

Defecto fibroso cortical y FNO:

- Lesiones fibrosas más frecuentes.
- Niños y adolescentes. > Varones.
- Huesos largos: tibia y fémur.

- Lesión radioluciente limitada a la cortical cerca de la placa de crecimiento; con margen fino escleroso.
- El defecto fibroso cortical es una lesión pequeña (<2cm) y asintomática.

- Mayoría desaparecen espontáneamente e aunque algunos siguen creciendo.
- Cuando protruyen a la medular se denomina fibroma no osificante
- Complicación: fractura.

CASO 5: *Mujer de 56 años, control .*



CASO 5: *Mujer de 56 años, control*

RESECCIÓN TRAPECIO (RIZARTROSIS)



HACE 2 AÑOS

CASO 5: *Mujer de 56 años, control*

Tratamiento Quirúrgico

- ▮ **Resección simple total del trapecio.**

Desventajas.

- ✓ Artrosis metacarpoescafoidea.
- ✓ Acortamiento progresivo del pulgar



Indicada en pacientes muy incapacitados.



II JORNADAS DE FORMACIÓN EN DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN EN ATENCIÓN PRIMARIA



**GENERALITAT
VALENCIANA**
Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública



**SANT JOAN
D'ALACANT**
DEPARTAMENT DE SALUT