

Osteitis condensante de clavícula

P. GARCÍA GONZÁLEZ*, A. MAESTRO FERNÁNDEZ**, Y. LÓPEZ SUÁREZ*, J. C. PÉREZ REDONDO*
y A. MURCIA MAZÓN**

* Servicio de Radiodiagnóstico. ** Servicio de Traumatología. Hospital de «Cabueñes». (Jijón (Asturias)).

Resumen.—La osteítis condensante de clavícula es una lesión ósea infrecuente, benigna y de etiología desconocida. Se caracteriza por esclerosis densa y homogénea de la porción infero-medial clavicular con obliteración de la cavidad medular sin afectación de la articulación esternoclavicular. Hasta ahora sólo se había descrito en mujeres, en el presente trabajo presentamos un caso en un paciente varón. Se discute el diagnóstico diferencial con otras entidades que producen afectación similar y proponemos la TC como método diagnóstico de elección, defendiendo el tratamiento conservador.

CONDENSING OSTEITIS OF THE CLAVICLE

Summary.—Condensing osteitis of the clavicle is a benign and uncommon bone lesion of unknown cause, characterized by homogeneously dense sclerotic patch with obliteration of the marrow cavity at the medial end of the clavicle without involvement of the sternoclavicular joint. To date it had been described only in women. In this work we report a case in a male patient. The differential diagnosis with other disorders of similar findings is discussed. We propose CT-scan as the elective diagnostic test and we defend the conservative treatment.

INTRODUCCIÓN

Descrita por primera vez en 1974 en Brower et al. (1), que la definió como esclerosis de la porción inferomedial clavicular. Aunque algunos autores dudan de su existencia (2), Greenspan (3) en una revisión de 1991 establece unos criterios diagnósticos y encuentra 16 casos que los cumplen y están probados histológicamente. Nosotros en esta revisión hemos encontrado otros cuatro (4-6), en total 20, lo que demuestra la rareza de su presentación. Es de etiología desconocida aunque se apuntan diversos factores como microtraumatismos u osteonecrosis (1, 7-10). En el presente trabajo se aporta un nuevo caso, realizándose una revisión bibliográfica con el objetivo de valorar los criterios diagnósticos así como su diagnóstico diferencial.

Correspondencia:

Dr. PEDRO GARCÍA GONZÁLEZ
Servicio de Radiodiagnóstico
Hospital de Cabueñes
Cijón (Asturias)

CASO CLÍNICO

Varón de 35 años, camarero, sin antecedentes de interés, con dolor de tres años de evolución en clavícula y brazo del lado izquierdo asociado a pérdida de fuerza global del miembro. En la exploración física se objetiva dolor local a la palpación, con cierta limitación funcional y tumoración en el extremo medial clavicular.

La analítica practicada fue normal. La gammagrafía (Fig. 1), mostró hipercaptación en extremo medial de la clavícula, sin acúmulos a otros niveles. Las tomografías (Fig. 2) evidenciaron esclerosis homogénea de la porción inferomedial de la clavícula izda. La TC (Fig. 3) confirmaba la esclerosis, densa y homogénea que obliteraba la cavidad medular. La punción-biopsia no demostró alteraciones significativas y los estudios bacteriológicos fueron negativos. Se diagnosticó de osteítis condensante de clavícula y el paciente fue tratado de forma conservadora con AINEs y sometido a controles clínicos periódicos.

Tres años después se realizó una TC de control (Fig. 4) que no mostraba cambios respecto a la previa. En la actualidad el paciente está asintomático.

DISCUSIÓN

La osteítis condensante de clavícula es una afección del extremo medial de la misma que se ca-

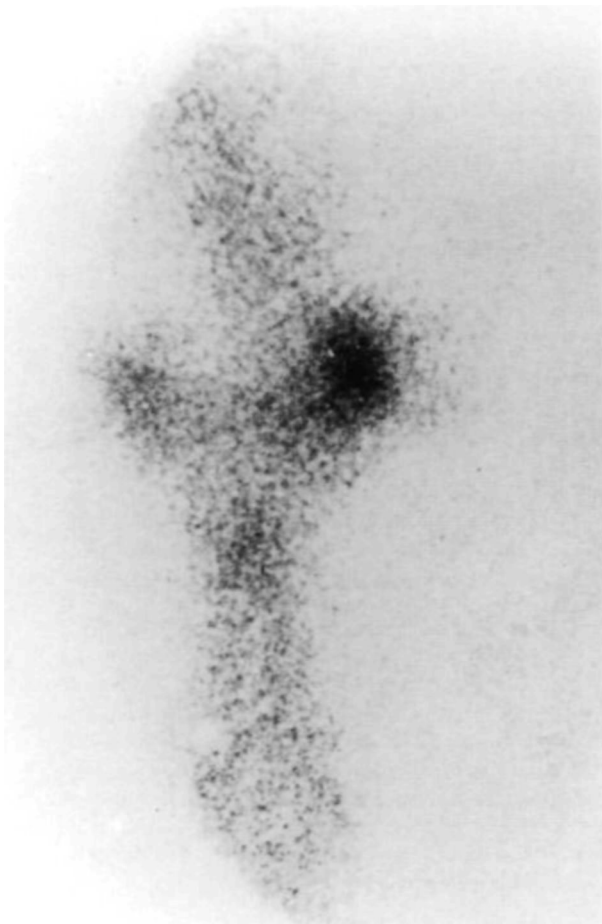


Figura 1. Gammagrafía con Tc 99 MDP: Hipercaptación en extremo medial de clavícula izda.

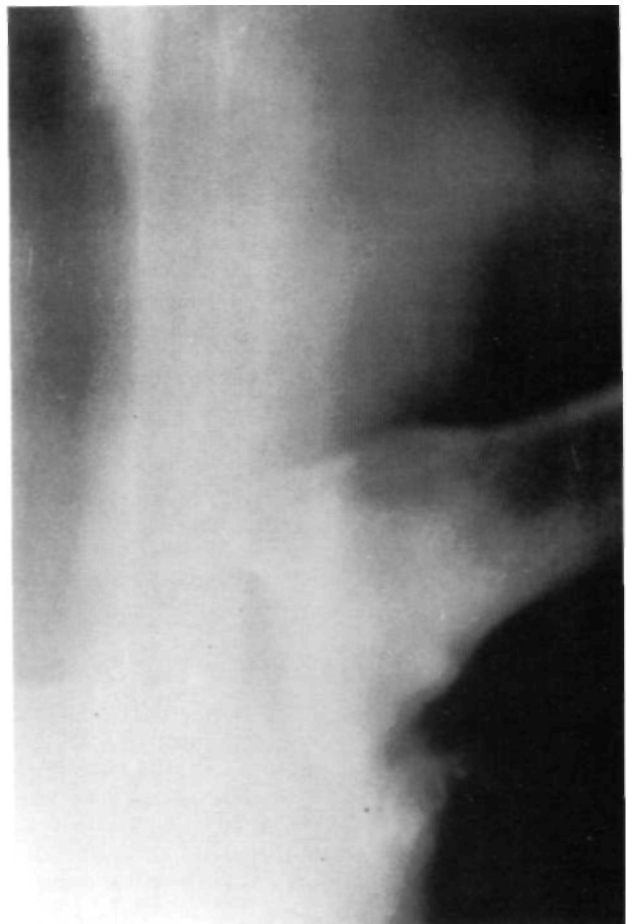


Figura 2. Tomografía: Esclerosis densa y homogénea en porción inferior del extremo esternal clavicular.

racteriza histológicamente por engrasamiento trabecular del hueso esponjoso (7, 9), lo que se traduce radiológicamente por la imagen esclerosa con obliteración de la cavidad medular y gammagráficamente por hipercaptación. Se desconoce su etiología y se postularon varios mecanismos: sobrecarga mecánica (1, 8, 10) y osteonecrosis en menor grado que en la enfermedad de Friedrich (8-12). Los veinte casos recopilados en la revisión fueron mujeres (3-12), siendo aparentemente nuestro caso el primero descrito en un paciente varón.

La clínica típicamente es dolor local leve-moderado, a veces irradiado al hombro, de larga evolución y que aumenta con los movimientos (3). No suelen referir antecedente traumático aunque sí stress ocupacional (1, 8, 10). Los estudios de laboratorio son inespecíficos, en ocasiones VSG discretamente elevada (10) y los cultivos son negativos.

En la gammagrafía con Tc existe típicamente hipercaptación de la zona afectada.

La radiografía muestra una zona esclerótica, densa y homogénea en el extremo medial clavicular, limitada la margen inferior, que puede estar discretamente expandido (3). La TC confirma di-

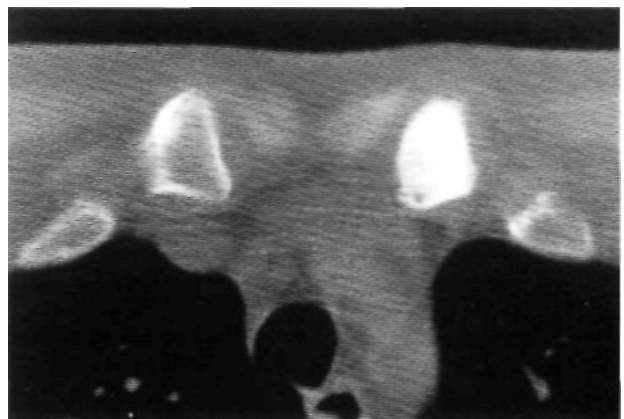


Figura 3. TC: Se aprecia esclerosis del extremo medial clavicular, con obliteración de la cavidad medular. No se evidencian alteraciones en la articulación estenio-clavicular.

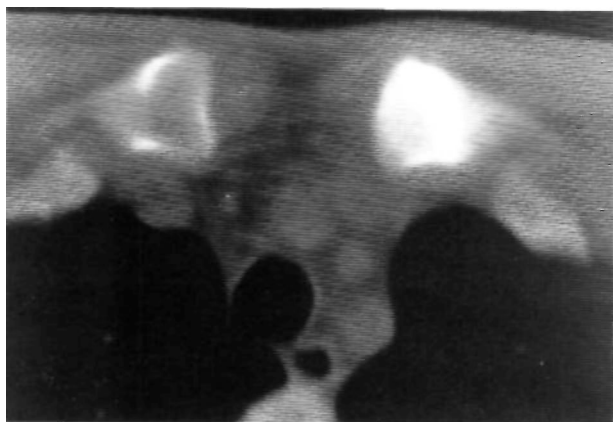


Figura 4. TC a los tres años de evolución en el que no se observan cambios respecto al estudio previo.

chos hallazgos y demuestra obliteración variable de la cavidad medular sin destrucción ósea, afección de la interlínea ni reacción perióstica, ocasionalmente presenta un pequeño osteofito inferomedial (7, 8, 13) y puede existir un discreto aumento de partes blandas adyacentes (3). Nuestro caso cumple todos los criterios descritos en la literatura y sólo es atípico en cuanto al sexo del paciente.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con múltiples entidades (10). La enfermedad de Friedrich (12) es similar, aunque afecta a niños y adolescentes, envuelve todo el extremo medial y muestra irregularidades en la superficie articular. Los islotes óseos son asintomáticos, no suelen aparecer en la clavícula, tienen contorno espiculado y

la gammagrafía es normal. El osteoma osteoide raramente se localiza en clavícula (14) y tiene el característico «nidus» central además de la clínica típica. La displasia fibrosa no suele afectar la clavícula, presenta matriz en «vidrio esmerilado» con engrosamiento cortical. La osteoartritis degenerativa produce disminución de la interlínea, esclerosis marginal, osteofitosis y quistes subcondrales (15). La osteomielitis y la artritis séptica presentan osteolisis, alteraciones de la interlínea y reacción perióstica (14). La hiperostosis esternocostoclavicular afecta a hombres ancianos, se asocia a pustulosis palmoplantar, es bilateral y hay hiperostosis de clavícula, esternón y primera costilla y osificación de tejidos blandos adyacentes (16, 17). Los procesos malignos (osteosarcoma, metástasis osteoblástica) se descartarían por la edad, localización, falta de agresividad tanto clínica como radiológica así como por la larga evolución del proceso.

En resumen consideramos la TC la prueba diagnóstica de elección, dado que sus signos (esclerosis homogénea de la medular, ausencia de lesiones líticas, ausencia de reacción perióstica y conservación de la interlínea) son muy característicos y junto con la clínica típica determinan el diagnóstico, evitando así otros estudios innecesarios y agresivos. Al igual que Greenspan (3) y en contra de la opinión de otros autores (5, 10) somos partidarios de reservar la biopsia-curetaje sólo para casos en los que la clínica sea llamativa o los hallazgos radiológicos poco específicos y creemos que el tratamiento inicial debe ser conservador.

Bibliografía

1. Brower AC, Sweet DE, Ketas TE. Condensing osteitis of the clavicle: a new entity. *AJR* 1974; 121: 17-21.
2. Jone MW, Carty II, Taylor JF, Ibrahim SK. Condensing osteitis of the clavicle: does it exist. *J Bone Joint Surg* 1990; 72-B: 464-7.
3. Greenspan A, Gerscovich E, Szabo RM, Matthews JG. Condensing osteitis of the clavicle: a rare but frequently misdiagnostic condition. *AJR* 1991; 156: 1011-5.
4. Villavieja JL, Placeres AE, De Val A, Vega ML. Osteítis condensante de clavícula. *Radiología* 1987; 29: 5-8.
5. Moro LA, Baldó C, Vallina V. Osteítis condensante de clavícula. *Rev Ortop Traum* 1991; 6: 505-7.
6. Tilly G, Audran M, Le Bodic MF, Dussauze JS, Patra P, Nun JC, Masselot J. Ostéite condensante de l'extrémité interne de la clavicle. *J Radiol Electrol* 1978; 59: 223-6.
7. Cone RO, Resnick D, Goergen TJ, Robinson C, Vint V, Haghighi P. Condensing osteitis of the clavicle. *AJR* 1983; 141: 387-8.
8. Franquet T, Lecumberry F, Rivas A, Inaraja L, Idoate MA. Condensing osteitis of the clavicle: report of two new cases. *Skeletal Radiol* 1985; 14: 184-7.
9. Jurik AG, Moller BN. Inflammatory hyperostosis and esclerosis of the clavicle. *Skeletal Radiol* 1986; 15: 284-90.
10. Kruger GD, Rock MG, Munro TG. Condensing osteitis of the clavicle: a review of the literature and report of three cases. *J Bone Joint Surg* 1987; 69-A: 550-7.
11. Outwater E, Oates E. Condensing osteitis of the clavicle: case report and review of the literature. *J Nucl Med* 1988; 29: 1122-5.
12. Abdelwahab IJ, Hermann G, Ramos R, Klein M J, Kenan S, Lewis MM. Osteitis condensaria of the left clavicle (OCC): case report 623. *Skeletal Radiol* 1990; 19: 387-9.
13. Friedrich H. Über ein noch nicht beschriebenes, der Pertheschen Erkrankung analoges, Krankheitsbild des sternales Clavikellendes. *Dtsch Z Chir* 1924; 187: 385-98.

14. **Smith Y, Yuppa F, Watson RC.** Primary tumors and tumor-like lesions of the clavicle. *Skeletal Radiol* 1988; 17: 235-46.
15. **Kier R, Wain SL, Apple J, Martínez S.** Osteoarthritis of the Sternoclavicular joint. Radiographic features and pathologic correlation. *Invest Radiol* 1986; 21: 227-33.
16. **Resnick D.** Sternoclavicular hyperostosis. *AJR* 1980; 135: 1278-80.
17. **Economou G, Jones PBB, Adams JE, Bernstein RM.** Computed tomography in sternocostoclavicular hyperostosis. *Br J Radiol* 1993; 66: 1118-24.