

MIONECROSIS CALCIFICANTE EN EXTREMIDAD INFERIOR

Juan Apellániz Antón, Ignacio Sancho González, María Garralda del Villar, Miguel Sánchez Ruiz de Gordo, Leire Otxoa Alberdi.

Hospital Universitario de Navarra



Objetivos

Paciente de 39 años que acude a Urgencias por tumoración en zona proximal de peroné izquierdo, de 4 meses de evolución. Refiere que es indoloro y que permite el descanso nocturno. Afebril, no disnea ni pérdida de peso. Refiere AP de fractura de fémur en 2004 tras accidente de tráfico. IQ con enclavado intramedular (RMO de material en 2006).

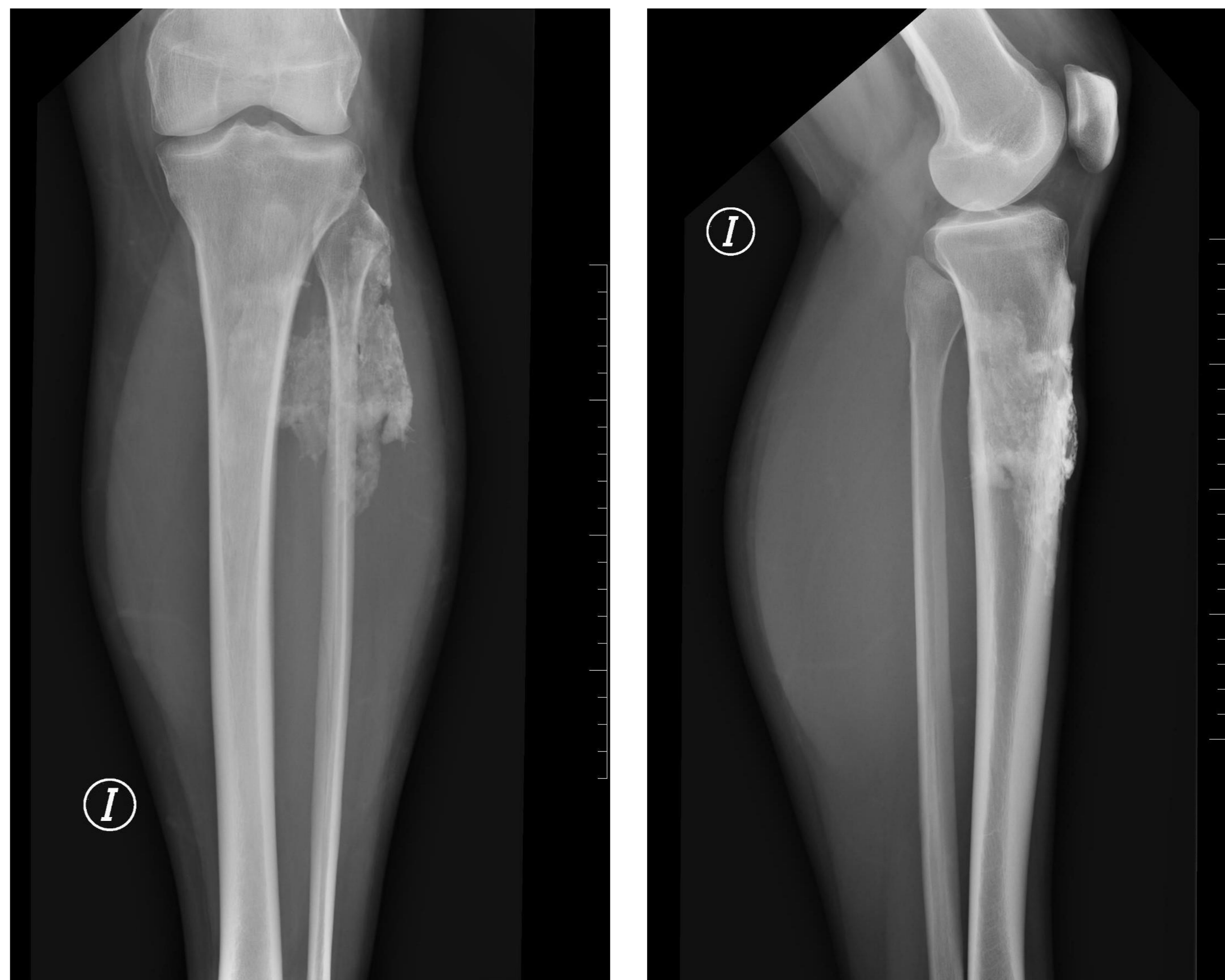
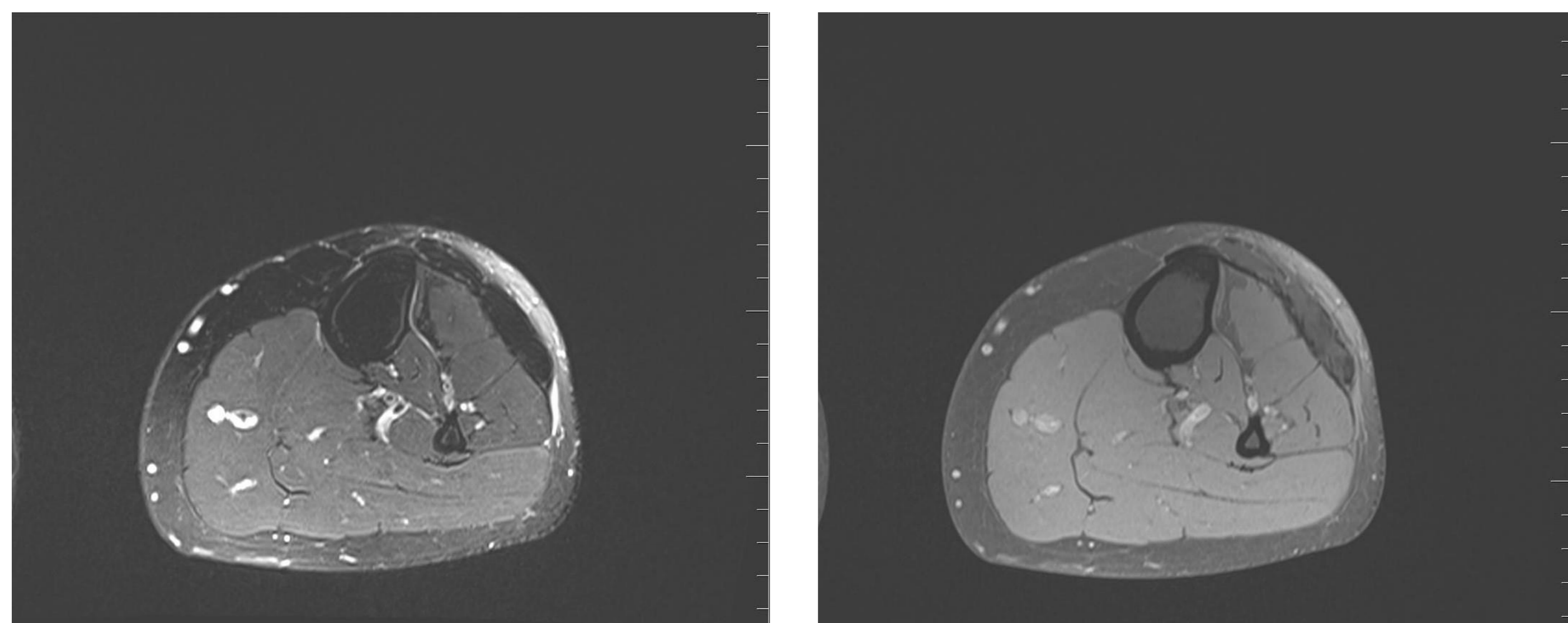
Material y métodos

EF: Bultoma indurado, en zona proximal de peroné izquierdo, de grandes dimensiones. Es indoloro, con múltiples varices alrededor. Exploración N/V distal correcta.

Rx tibia y peroné izdos: se observa masa dependiente de peroné.

Rx fémur izdo: callo de fractura diafisaria de fémur.

Se solicita RMN: "Engrosamiento fusiforme de la fascia superficial en el compartimento anterior de la pierna izquierda de hasta 6 cms de diámetro transverso y 8 cms craneocaudal, con un componente que presenta intensidad de señal baja en todas las secuencias, sin realce de contraste, probablemente en relación con calcificación-osificación y correspondiente a la imagen visible en radiografía. Se identifica además atrofia grasa parcial del músculo tibial anterior sin edema asociado."



Resultados

Con los resultados obtenidos en la RMN, el antecedente traumático y el tiempo de evolución, la paciente es diagnosticada de mionecrosis calcificante. Se le hace una revisión con Rx en 6 meses, donde no se observan cambios de volumen y está asintomática. Se le hacen revisiones periódicas durante los siguientes 2 años, donde tampoco se aprecia crecimiento ni cambios en la clínica, por lo que la paciente es dada de alta.

Conclusiones

La mionecrosis calcificante es una secuela postraumática poco frecuente, descrita en 1960 por Gallei y Thompson. Suele localizarse en extremidades inferiores y se desconoce con exactitud su mecanismo fisiopatológico, aunque parece estar relacionada con isquemia postraumática, lesiones nerviosas o síndromes compartimentales.

Radiológicamente se caracteriza por ser una masa fusiforme con bordes bien delimitados, con calcificaciones en su interior, normalmente lineales. Es importante hacer el diagnóstico diferencial con otras causas de masas de partes blandas como abscesos o sarcomas de partes blandas.

El tratamiento principal, en los casos asintomáticos, debe ser conservador debido a la elevada tasa de complicaciones que presentan sus cirugías.