

Caso inusual de proliferación ósea: lesión de Nora

DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1889-836X2021000100007>

Moreno-Ballesteros A, García-Gómez FJ, De la Riva-Pérez PA, Calvo-Morón MC

Unidad de Gestión Clínica de Medicina Nuclear. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla (España)

Fecha de recepción: 26/01/2021 - Fecha de aceptación: 27/02/2021

Presentamos el caso de un varón de 43 años con dolor e impotencia funcional de muñeca izquierda de un año de evolución, evidenciándose en la exploración una tumora- ción indurada y adherida a planos profundos en dicha localización. Tras hallazgos en la tomografía axial com- putarizada (TAC) de imágenes compatibles con osteo- condroma *versus* condrosarcoma periférico (Figura 1), se solicitó estudio gammagráfico óseo.

El estudio gammagráfico óseo en tres fases de miem- bros superiores e imagen tardía de cuerpo completo (Fi- gura 2), evidenció la llegada precoz del trazador con aumento del *pool* vascular de leve-moderada intensidad en porción distal de radio izquierdo (flecha), que persistió con mayor intensidad en las imágenes tardías. En el resto del esqueleto no se observaron otros hallazgos pa- tológicos. Dichos hallazgos revelaron un aumento de la

vascularización y de la actividad osteoblástica en ex- tremo distal de radio izquierdo.

Se decidió realizar biopsia, con resultado anatomopa- tológico de proliferación osteocondromatosa compatible con una lesión de Nora, confirmándose dicho diagnóstico tras la resección quirúrgica.

La lesión de Nora se presenta predominantemente en la segunda o tercera década de vida^{1,2}, sin diferencias de género³, afectando principalmente a las extremidades. De etiología incierta^{4,5}, consiste en una lesión excrecente y exofítica que se origina en la cortical ósea, formada por tejido óseo, cartilaginoso y fibroso, con atipias nucleares^{6,7}. La gammagrafía ósea permite conocer las caracte- rísticas metabólicas de esta lesión. Dado su carácter agresivo, debe realizarse un diagnóstico diferencial con lesiones malignas como el osteosarcoma⁸.

Figura 1. Reconstrucción en 3D de la TAC de muñeca izquierda

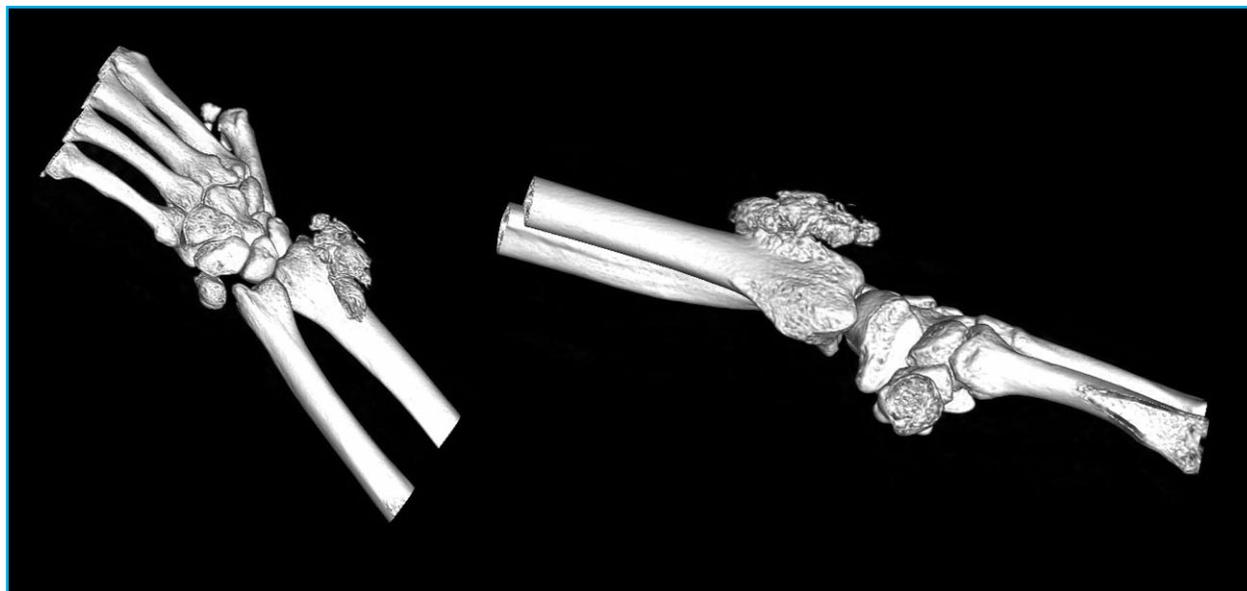
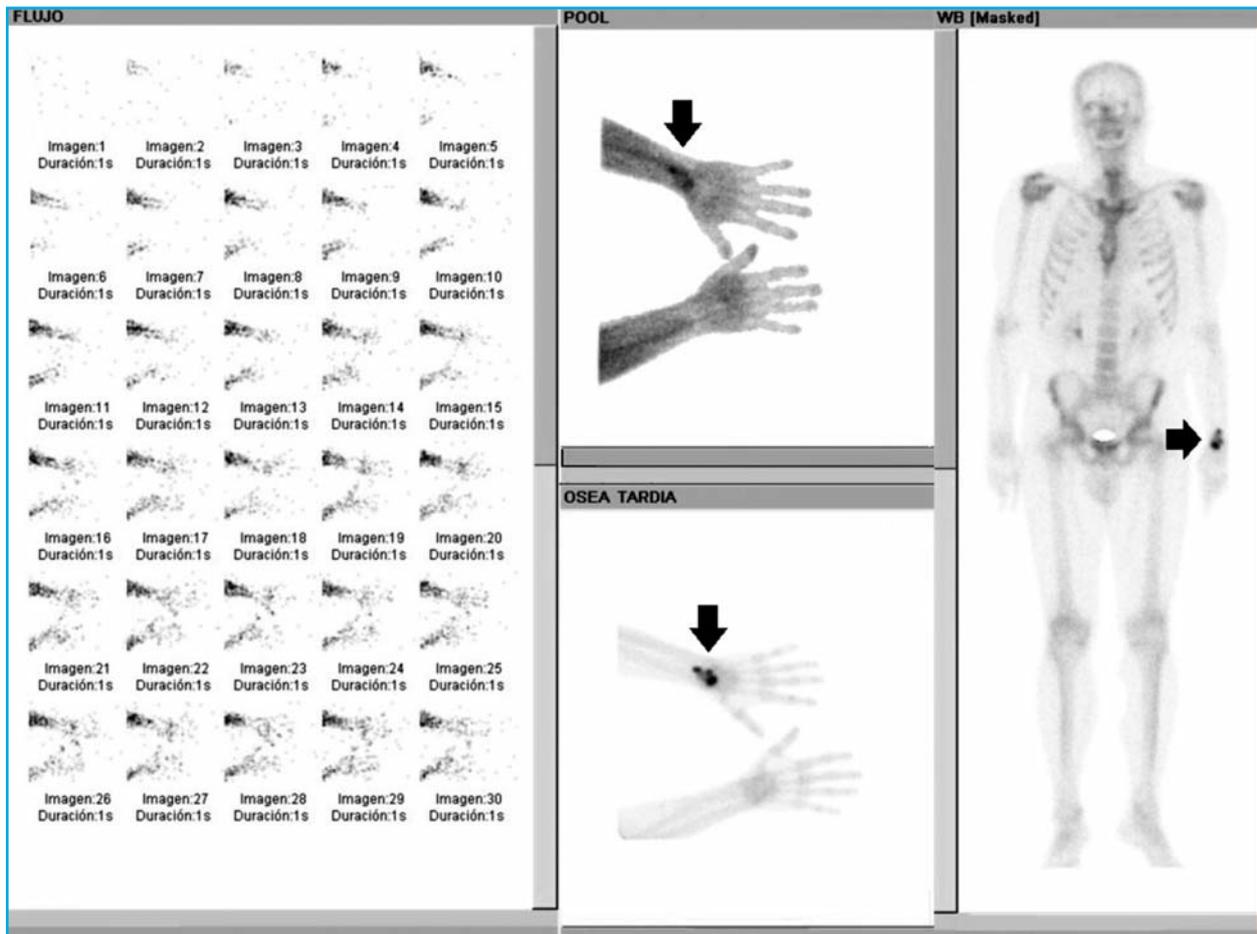


Figura 2. Gammagrafía ósea de tres fases de miembros superiores y tardía de cuerpo completo con Tc99m-difosfonatos



Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Nora FE, Dahlin DC, Beabout JW. Bizarre parosteal osteochondromatous proliferations of the hands and feet. *Am J Surg Pathol.* 1983;7:245-50.
2. Meneses MF, Unni KK, Swee RG. Bizarre parosteal osteochondromatous proliferation of bone (Nora's lesion). *Am J Surg Pathol.* 1993;17:691-7.
3. Mahajan S, Chandra R, Mohan Lal Y. "Nora lesion" - Bizarre parosteal osteochondromatous proliferation. *J Clin Orthop Trauma.* 2012;3:119-21.
4. Matsui Y, Funakoshi T, Kobayashi H, Mitsuhashi T, Kamishima T, Iwasaki N. Bizarre parosteal osteochondromatous proliferation (Nora's lesion) affecting the distal end of the ulna: a case report. *BMC Musculoskelet Disord.* 2016;17:130.
5. Joseph J, Ritchie D, MacDuff E, Mahendra A. Bizarre parosteal osteochondromatous proliferation. A locally aggressive benign tumor. *Clin Orthop Relat Res.* 2011. 469:2019-2027.
6. Gruber G, Giessauf C, Leithner A, Zacherl M, Clar H, Bodo K, et al. Bizarre parosteal osteochondromatous proliferation (Nora lesion): a report of 3 cases and a review of the literature. *Can J Surg.* 2008;51:486-9.
7. Cobo CE, Navarro R, Aracil EI, Velasco JA. Enfermedad de Nora: una entidad clínica infrecuente. *Rev Pie Tobillo.* 2018;32(1):43-6.
8. Berber O, Dawson-Bowling S, Jalgaonkar A, Miles J, Pollock RC, Skinner JA, et al. Bizarre parosteal osteochondromatous proliferation of bone. Clinical management of a series of 22 cases. *J Bone Joint Surg.* 2011;93-B:1118-21.