

IMÁGENES EN PEDIATRÍA

Adolescente con dolor persistente en gemelo derecho

Adolescent with persistent pain in the right calf

Raquel Sánchez Jiménez^{a,*}, Alicia Utrera Ramos^a, Ibán Plaza Nieto^b
y María del Mar Sánchez Gutiérrez^b

^a Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería, España

^b Hospital de Alta Resolución El Toyo, Almería, España

Disponible en Internet el 27 de septiembre de 2025



Adolescente varón de 17 años, sin antecedentes de interés, que consulta en cinco ocasiones en el mismo año en Urgencias y Atención Primaria por dolor en el gemelo derecho. Se diagnostica de dolor muscular y se pauta tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINE), sin realizarse pruebas de imagen.

Un año tras el inicio del cuadro, consulta de nuevo en su centro de salud por dolor persistente, ahora constante y ocasionalmente nocturno, con buena respuesta a AINE. Practica fútbol, pero niega traumatismos asociados.

Se solicita radiografía (fig. 1), objetivando una lesión cortical puntiforme en tibia derecha con reacción perilesional. La tomografía computarizada y la resonancia magnética (figs. 2 y 3) revelan una lesión lítica ovalada de 5 x 8 mm en la cortical posteroinferior de la tibia, con esclerosis reactiva, compatible con osteoma osteoide. Con esta sospecha diagnóstica fue derivado a Traumatología y se encuentra a la espera de tratamiento por radiofrecuencia¹.

Se planteó como diagnóstico diferencial la osteomielitis subaguda (absceso de Brodie), pero se descartó ante la ausencia de fiebre, antecedentes infecciosos y alteraciones



Figura 1 Radiografía anteroposterior en carga del tobillo derecho. Se aprecia lesión cortical puntiforme en tercio distal de tibia derecha con reacción cortical perilesional.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: raquelmalaga97@gmail.com
(R. Sánchez Jiménez).

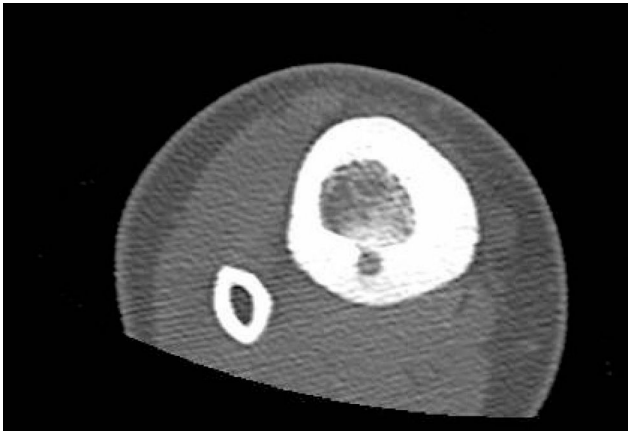


Figura 2 Tomografía computarizada sin contraste del tobillo derecho. Lesión lítica ovalada de 5 x 8 mm en cortical posteroinferior de tibia derecha con esclerosis reactiva, sugestiva de osteoma osteoide.



Figura 3 Resonancia magnética sin contraste del tobillo derecho. Lesión intracortical en margen posterior de metáfisis distal de tibia, con engrosamiento perióstico y edema óseo, compatible con osteoma osteoide.

analíticas. No obstante, su presentación clínica puede ser superponible a la del osteoma osteoide y en ocasiones solo la histopatología ósea permite su diferenciación definitiva. Otro cuadro a descartar es una fractura por estrés.

El tiempo medio de diagnóstico de esta entidad suele ser de 2 años a pesar de tener una clínica muy característica, como es el dolor nocturno persistente que responde a AINE o ácido acetilsalicílico. En nuestro caso, si bien el diagnóstico se hizo en el plazo de 15 meses (dentro de la media de este tipo de lesiones), cabe destacar la significativa repercusión en la calidad de vida del paciente y las múltiples consultas durante este tiempo^{2,3}.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. [García Mata S. Tratamiento percutáneo del osteoma osteoide mediante ablación por radiofrecuencia guiada por TC, en niños y adolescentes. Gac Med Bilbao. 2010;107:115-22.](#)
2. [Apolo Campoverde JV, Villaizán Pérez C, Rodríguez Lozano A, Rodríguez Fernández MT, Martín Isabel B. Dolor largo e inexplicable: osteoma osteoide. Rev Pediatr Aten Primaria. 2023;32:e257-8.](#)
3. [Abril Martín JC, Manzarbeitia Arroba P. Tumoraciones óseas más frecuentes. Pediatr Integral. 2024;XXVIII:260-5.](#)