



Osteólisis de la clavícula distal: causa poco diagnosticada de hombro doloroso

Osteolysis of the distal clavicle: underdiagnosed cause of shoulder pain

Raquel Estephanía Morales Jiménez^{*,‡} María de Guadalupe Gómez Pérez^{*,§}

Citar como: Morales JRE, Gómez PMG. Osteólisis de la clavícula distal: causa poco diagnosticada de hombro doloroso. Acta Med GA. 2024; 22 (4): 318-320. <https://dx.doi.org/10.35366/117524>

Resumen

Introducción: la osteólisis de clavícula distal (OCD) es una causa infradiagnosticada de hombro doloroso. No está descrita su incidencia en la literatura. La causa más frecuente es microtraumatismo repetitivo, en pacientes que realizan levantamiento de pesas o deportes por encima de la cabeza.

Caso clínico: varón de 22 años con dolor de hombro de una semana de evolución. **Conclusión:** debido al aumento de la práctica deportiva, la OCD será una entidad cada vez más vista, por lo que es importante reconocer el cuadro clínico y hallazgos en resonancia magnética, siendo el edema de la médula ósea el más frecuente y característico.

Palabras clave: resonancia magnética (RM), clavícula distal, osteólisis, levantamiento de pesas.

Abstract

Introduction: osteolysis of the distal clavicle is an underdiagnosed cause of shoulder pain. There is no reported incidence in the literature. It is most frequently caused by repetitive microtrauma in patients who perform weightlifting or overhead sports. **Case report:** 22-year-old male with shoulder pain of one week of evolution. **Conclusion:** due to the increase in sports practice, osteolysis of the distal clavicle will be an increasingly seen entity, so it is essential to recognize the clinical picture and magnetic resonance findings, being the edema of the bone marrow the most frequent and characteristic.

Keywords: magnetic resonance (MR), distal clavicle, osteolysis, weightlifting.

INTRODUCCIÓN

La osteólisis de la clavícula distal (ODC) es una causa poco común de dolor en el hombro.¹ Se han descrito dos formas, traumática y atraumática. Ehrlich fue el primero en describir OCD atraumática en 1959, secundaria a microtraumatismos de repetición.² Se presenta entre la segunda y cuarta década de la vida.³ Afecta a pacientes que practican levantamiento de pesas y deportes con movimientos por encima de la cabeza (basquetbol, voleibol, tenis y natación).⁴ Clínicamente tienen dolor en el área de la articulación acromioclavicular (AC) de lenta instauración

al realizar ejercicio y a medida que progresa, persiste durante días.³ Se irradia hacia la región del deltoides o trapecio y mejora al disminuir la actividad física.⁵ Se realizan test de provocación del dolor comprimiendo la articulación acromioclavicular con adducción horizontal y rotación interna del hombro.³ La manifestación más común es el edema de médula ósea; en resonancia magnética (RM) se observa de señal intermedia en T1 y alta en T2, siendo más preciso con secuencias STIR y T2FS. No existen reportes previos de RM que cuenten con administración de contraste en ODC.² Otras anomalías en la articulación acromioclavicular son derrame articular, fragmentos óseos intraarticulares e

* Hospital Angeles Pedregal.

‡ Residente de Alta Especialidad de Resonancia Magnética en Sistema Musculoesquelético.

§ Médico radiólogo especialista en Resonancia Magnética. Profesor titular de los cursos de Alta Especialidad de Resonancia Magnética en Sistema Musculoesquelético y Cuerpo Completo.

Correspondencia:

Raquel Estephanía Morales Jiménez
Correo electrónico: draestephmoraes@gmail.com

Aceptado: 21-08-2023.



irregularidad o erosiones óseas.² La mayoría se trata conservadoramente.¹

CASO CLÍNICO

Hombre de 22 años de edad, presenta primer cuadro de dolor en la región de la articulación acromioclavicular izquierda de 1 semana de evolución, con irradiación hacia el trapecio, intensificándose al realizar ejercicios de levantamiento de peso en el gimnasio.

Hallazgos por imagen

En la RM se observa edema óseo del extremo distal de la clavícula, edema de los tejidos blandos periarticulares (Fi-

gura 1) y ruptura del ligamento acromioclavicular superior con discreto incremento del espacio de 7.5 mm (Figura 2).

DISCUSIÓN

Aunque las dos formas de osteólisis presentan en gran parte características en común, en la literatura científica las consideran como dos entidades distintas.²

Debido al incremento de los programas de entrenamiento de levantamiento de pesas, los signos y síntomas de la OCD serán una presentación cada vez más común vista en la medicina deportiva.³ Sin embargo, no existe una incidencia reportada en la literatura.

Es importante reconocer los hallazgos por RM cuando no contemos con radiografía, y aún si la radiografía está dispo-

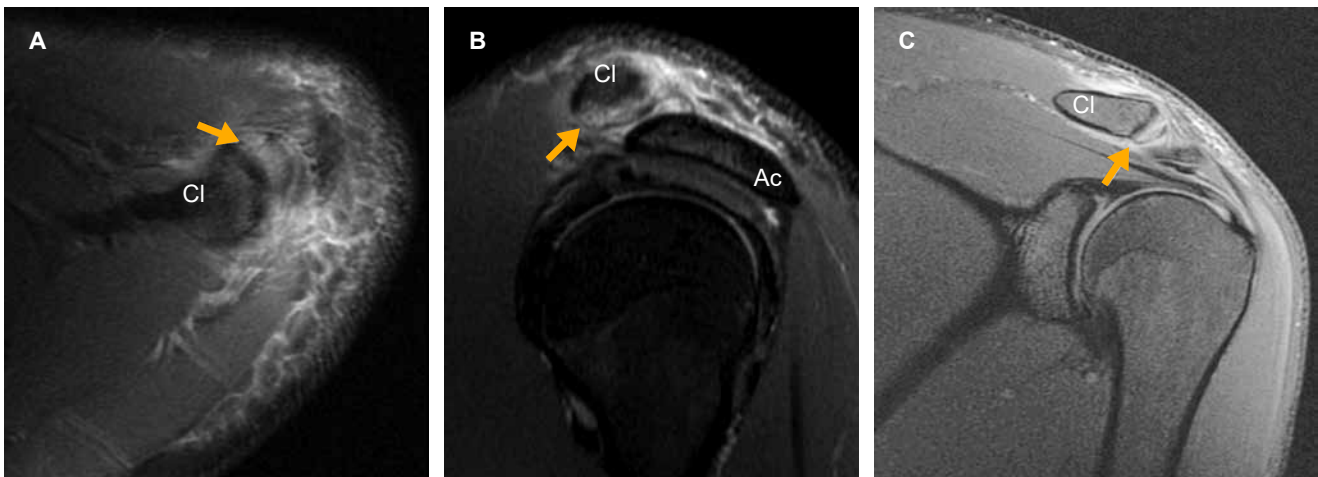


Figura 1: Edema del extremo distal de la clavícula (CI). Imágenes ponderadas en densidad de protones con saturación grasa en planos **A)** axial, **B)** sagital y **C)** coronal que muestran incremento en la intensidad de señal (flecha amarilla) del extremo distal clavicular. **B)** El acromion (Ac) conserva su intensidad de señal normal.

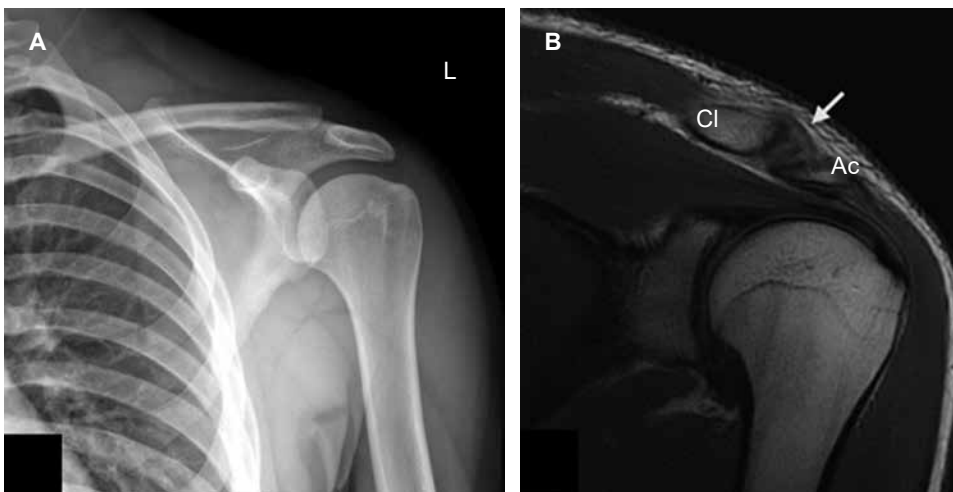


Figura 2:

A) Radiografía anteroposterior de hombro izquierdo. Sutil elevación del extremo distal de la clavícula (CI) e incremento del espacio coracoclavicular de hasta 14 mm. **B)** RM coronal T2. Leve ensanchamiento de la articulación acromioclavicular y ruptura del ligamento acromioclavicular superior (flecha blanca). Ac = acromion.

nible, en estadios tempranos únicamente se observan sutiles cambios.² Debido a la ausencia de sistemas de clasificación, se estableció uno basado en el grado de edema óseo y periostitis. Grado I: edema leve que no afecta el grosor total del extremo distal de la clavícula; grado II edema de todo el grosor del extremo distal; grado III edema y periostitis.⁴ Un ensanchamiento acromioclavicular > 6 mm, cambios osteoartrosicos y fracturas subcondrales son más frecuentes a largo plazo.⁴ El manejo conservador va dirigido a eliminar ejercicios que condicionen sintomatología. Los AINE e inyecciones intraarticulares sólo son métodos temporales.³ La artroscopía ofrece grandes ventajas: disminuye la morbilidad, menor restricción al movimiento postoperatorio y reincorporación a las actividades normales más temprano.¹

REFERENCIAS

1. Zawadsky M, Marra G, Wiater JM, Levine WN, Pollock RG, Flatow EL et al. Osteolysis of the distal clavicle: long-term results of arthroscopic resection. *Arthroscopy*. 2000; 16 (6): 600-605. doi: 10.1053/jars.2000.5875
2. de la Puente R, Boutin RD, Theodorou DJ, Hooper A, Schweitzer M, Resnick D. Post-traumatic and stress-induced osteolysis of the distal clavicle: MR imaging findings in 17 patients. *Skeletal Radiol*. 1999; 28 (4): 202-208. doi: 10.1007/s002560050501.
3. Pitchford KR, Cahill BR. Osteolysis of the distal clavicle in the overhead athlete. *Oper Tech Sports Med*. 1997; 5 (2): 72-77. doi: 10.1016/s1060-1872(97)80017-2.
4. Roedl JB, Nevalainen M, Gonzalez FM, Dodson CC, Morrison WB, Zoga AC. Frequency, imaging findings, risk factors, and long-term sequelae of distal clavicular osteolysis in young patients. *Skeletal Radiol*. 2015; 44 (5): 659-666. doi: 10.1007/s00256-014-2092-2.
5. DeFroda SF, Nacca C, Waryasz GR, Owens BD. Diagnosis and management of distal clavicle osteolysis. *Orthopedics*. 2017; 40 (2): 119-124. doi: 10.3928/01477447-20161128-03.

Conflicto de intereses: la Dra. Raquel Estephanía Morales Jiménez y la Dra. María de Guadalupe Gómez Pérez declaran que no tienen ningún conflicto de intereses. No se recibe ninguna remuneración económica por esta publicación de caso clínico.