

LESIÓN DE NORA EN FALANGE. REPORTE DE UN CASO.

Cómez Acosta A, Moreno Maroñas JM, Aguilar Romero IM, Sánchez Sánchez M.
Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme, Sevilla



INTRODUCCIÓN

- La lesión de Nora también denominada proliferación osteocondromatosa parostal bizarra (POPB).
- Se caracteriza por una proliferación exofítica de tejido fibroso, cartilaginoso y óseo a partir del periostio.
- Cursa con clínica de dolor, tumefacción e impotencia funcional, sobretodo en gente joven (30-40 años).
- Es una lesión benigna con comportamiento inicial de crecimiento localmente agresivo y una alta tasa de recidivas postoperatorias (>50%) por lo que puede confundirse con lesiones malignas (*osteosarcoma parostal*).

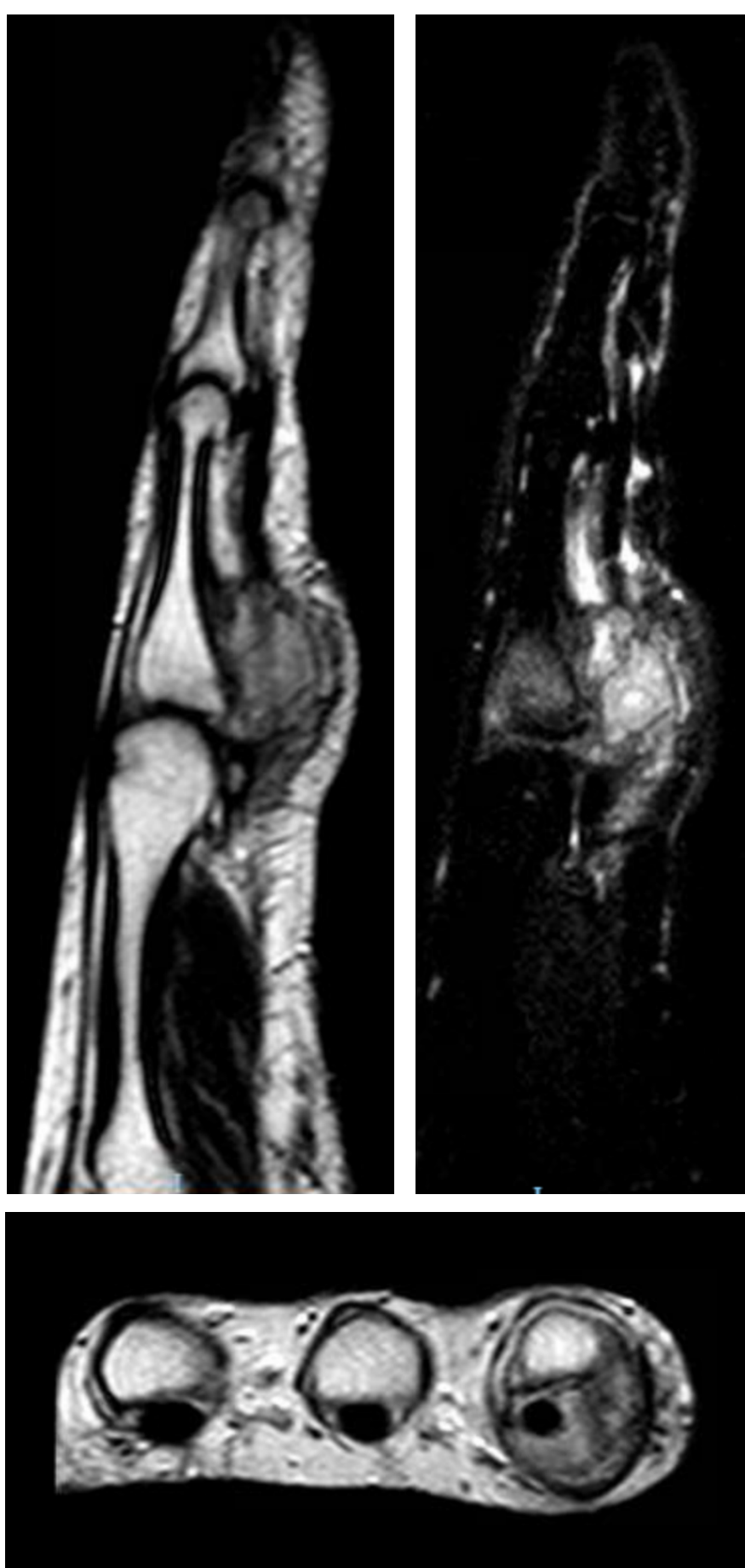
ANAMNESIS

- ♀ 38 años en seguimiento por reumatología por A.R. vs. Psoriasis derivada a nuestra consulta para IQ de tumoración en 5º dedo
- Inflamación y tumoración de >2 años de evolución pese a tratamiento (colchicina - infiltraciones - AINES - corticoide - MTX)
- Refiere molestias con la actividad, no dolor en reposo y parestesias ocasionales.
- EF: Bultoma de aprox 2x1cm de consistencia pétrea a nivel palmar en pliegue MTCF de 5º dedo muy poco adherido. BA completo.

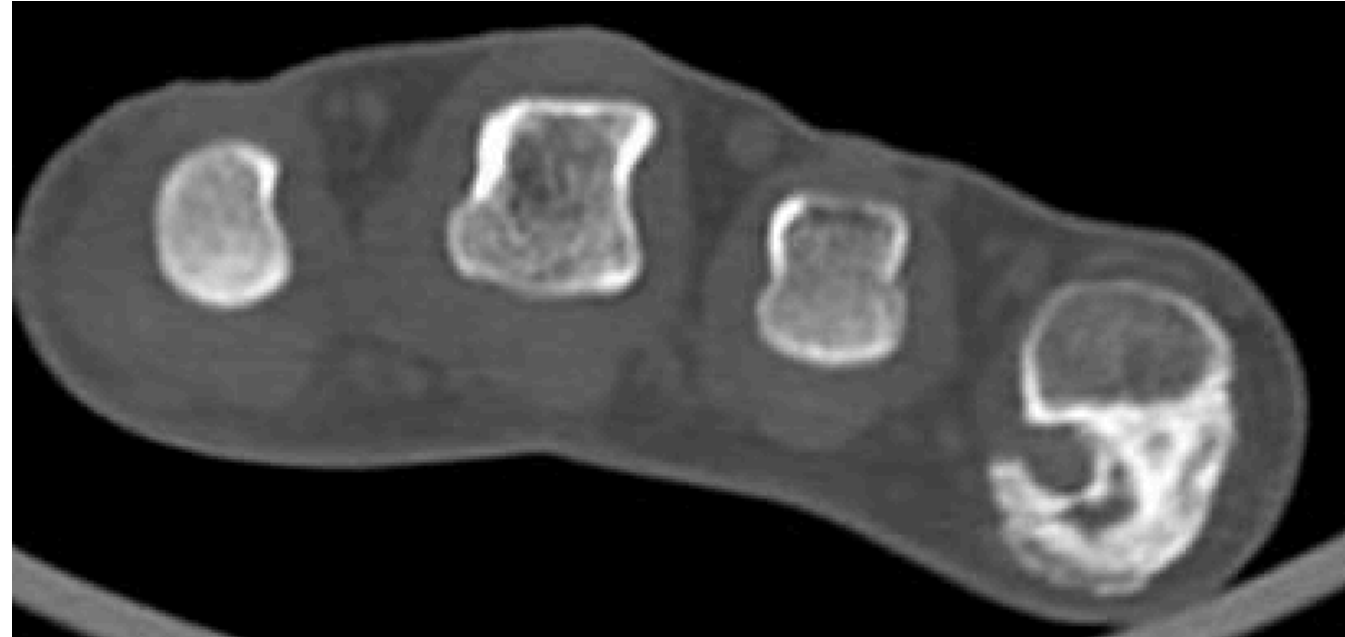
PRUEBAS DE IMAGEN



RX: Lesión calcificante en cara palmar de F1, no trazo de fracturas



RNM: Lesión quística dependiente de la articulación MTCF sugestiva de afectación inflamatoria ósea y de articulación con engrosamiento sinovial, asociando sinovitis de la vaina de los flexores de evolución crónica.



TC: Exóstosis en base de F1 constituida por hueso cortical en continuidad con las del resto del hueso **COMPATIBLE CON LESIÓN DE NORA** siendo menos probable osteocondroma.

PLAN DE ACTUACIÓN

- Se trata de una lesión crónica (>2 años) con poco crecimiento, que presenta hallazgos radiológicos compatibles con lesión de Nora o osteocondroma (ambas benignas). Dada la alta tasa de recidivas post-operatorias y la negativa de la paciente de intervención quirúrgica (biopsia o exéresis) se decide tratamiento conservador con vigilancia radiológica estrecha (3-6 meses).

CONCLUSIONES

- La lesión de Nora es una tumoración benigna poco frecuente (<1000 casos desde su descripción en 1983) de curso clínico incierto.
- De consistencia dura y crecimiento lento que suele acompañarse de inflamación y rigidez articular, dolorosa si causa compresión.
- Similar a la *periostitis florida reactiva* (PFR) y *exóstosis subungueal*, siendo éstas consideradas fases evolutivas de una misma lesión.
- Radiológicamente es una lesión ósea pediculada de márgenes bien limitados, sin alterar la cortical o medular de la superficie ósea sobre la que se asienta.
- El diagnóstico es **RADIOLÓGICO**. Tras la sospecha no se recomienda realizar biopsia o exéresis ya que evoluciona espontáneamente y recidiva. Intervenir durante la fase sintomática está asociado a la reactivación de la lesión.