

LESIÓN DE NORA: A PROPÓSITO DE 2 CASOS

Autores: Fernández González, Adrián; De la Hera Fernández, Javier; Ortiz Gutiérrez, Marcos; Palacio González, Roberto Manuel; Fernández Álvarez, Carlos. **Hospital Sierrallana (Cantabria).**

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La **enfermedad de Nora** fue descrita por primera vez en 1983 y se han reportado poco más de 100 casos en la literatura desde aquel entonces. Se manifiesta generalmente como una **masa dolorosa de crecimiento lento** que se acompaña de rigidez y tumefacción. Su principal desafío es el **diagnóstico diferencial con otras tumoraciones** y su posterior manejo.

Analizaremos y describiremos esta patología a raíz de dos casos en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente A: (fig.1) varón de 47 años que consulta por **edema en IFP 2º dedo de la mano izquierda sin traumatismo previo**. A la exploración presenta tumefacción a nivel de IFP 2º dedo y limitación de últimos grados de flexión por dolor. Se completa estudio con RMN que describe la lesión como una osificación adyacente a la falange proximal del segundo dedo, sugestiva de **proliferación osteocondromatosa parostal** (lesión de Nora).

Paciente B: (fig, 2) mujer de 59 años derivada por su MAP por tumoración no dolorosa en falange media de 4º dedo mano derecha de 2 meses de evolución. Debido al rápido crecimiento se completa estudio con TC y RMN, informando ambas de **lesión compatible con periostitis paraostal en fase crónica**.



Fig 1. Rx y RMN del paciente A. Se observa una lesión osificada en región distal de falange proximal del 2º dedo de la mano izquierda, sin extensión intramedular.



Fig 2. TAC y RMN del paciente B. Ambas exploraciones confirman la existencia de una masa con densidad / intensidad similar al hueso en relación con la cortical lateral de la falange media del cuarto dedo. La lesión está asentada sobre la cortical pero no se objetivan cambios en la misma.

RESULTADOS

Ambos casos se trataron de forma conservadora. Al paciente A se ofreció la posibilidad de exéresis por el dolor que le producía, pero declinó la IQ. En el caso del paciente B se optó por controles semestrales radiográficos debido a la nula sintomatología que le producía.

CONCLUSIONES

El **diagnóstico** de esta entidad es fundamentalmente **radiológico** mediante radiografía, TC o RMN. Se visualiza como una exóstosis contigua a la cortical ósea, sin afectarla, y **sin extensión intramedular**. Debe diferenciarse de entidades como el osteosarcoma parostal y el condrosarcoma, ambas con pronósticos más sombríos. El tratamiento dependerá de la clínica, pudiendo estar indicada su resección en bloque especialmente si presenta sintomatología que limita la funcionalidad del paciente. A pesar de todo es necesario tener en cuenta que se han descrito **tasas de recidiva de hasta un 50%**, más aún si el gesto quirúrgico se realiza en una fase sintomática, por lo que habrá que **individualizar en cada caso la indicación de cirugía**.