

Osteoma osteoide de hueso grande. Presentación de un caso y revisión de la literatura

B. FLÓREZ, R. ESCRIBANO, S. AMILLO

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA.
CLÍNICA UNIVERSITARIA DE NAVARRA

Correspondencia:

Borja Flórez Álvarez
Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología
Clínica Universitaria de Navarra
Pío XII s/n. 31008 Pamplona
e-mail: fdeflorez@unav.es

Rev. Iberam. Cir. Mano – Vol. 34 • Núm. 2 • noviembre 2006 (61-65)

INTRODUCCIÓN

El osteoma osteoide es un tumor benigno osteoblástico relativamente infrecuente descrito por primera vez por Jaffe en 1935. Esta lesión puede definirse como un nido tumoral oval o redondeado que está compuesto de osteoide y de trabéculas de hueso de nueva formación, depositadas en el interior de un sustrato ricamente vascularizado de tejido conjuntivo osteogénico. Su tamaño no suele exceder un centímetro de diámetro máximo, y puede desarrollarse en el interior de la esponjosa, a menudo junto a una superficie articular, o, más frecuentemente, en el seno de la cortical del hueso afecto. Cuando se desarrolla en relación con la cortical de un hueso largo se observa comunmente una zona perifocal de hueso esclerótico denso, extendida a considerable distancia más allá del propio osteoma osteoide, pero cuando se desarrolla en el interior de una zona ósea esponjosa provoca simplemente un reborde delgado de esclerosis reactiva a su alrededor¹.

La lesión puede observarse en niños pequeños, pero se comprueba con mayor frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes. Es notoria-

mente más rara a partir de los 30 años, y la relación entre sexos suele ser de 2 a 1 a favor de los hombres¹.

La principal manifestación clínica del osteoma osteoide es el dolor, que se alivia típicamente con aspirina u otro antiinflamatorio no esteroideo. En la radiografía simple aparece como una lesión circular con bordes bien definidos con un nidus radioluciente y un halo esclerótico que lo circunda y en ocasiones puede ocultar el nidus central. Cuando la radiografía simple no es concluyente la gammagrafía con tecnecio y la TAC con cortes finos son las exploraciones de mayor utilidad para llegar al diagnóstico².

El osteoma osteoide supone un 3% de todos los tumores óseos primarios estudiados, y un 10% de los tumores benignos. Se localiza predominantemente en las extremidades, más especialmente en fémur y tibia (50%), mientras que la muñeca y la mano son localizaciones mucho menos frecuentes. Jackson et al. comunicaron un 10% de afectación en mano: 6% en falanges, 2% en metacarpianos y 2% en huesos del carpo³.

Presentamos el caso de un paciente afecto de osteoma osteoide en el hueso grande, que no

fue diagnosticado hasta 7 años después de comenzar la sintomatología. Nuestro objetivo es hacer hincapié en la dificultad de realizar el diagnóstico cuando el osteoma osteoide se presenta en una localización tan infrecuente, e identificar los datos que permitan un descubrimiento más temprano de la lesión.

CASO CLÍNICO

Paciente de 29 años que consultaba por dolor de muñeca izquierda de dos años de evolución. El dolor aparecía de forma inconstante, tanto en reposo como con la actividad, y ocasionalmente se extendía hacia el codo. El paciente relacionaba el dolor con un traumatismo en hiperflexión dorsal de la muñeca al recibir un golpe directo hacía ya tiempo.

A la exploración el paciente presentaba una muñeca dolorosa a la flexión palmar, así como a la palpación de forma difusa. La movilidad y la fuerza muscular estaban conservadas. La radiografía simple no mostraba alteraciones, apreciándose únicamente un pequeño aumento de densidad ósea en el semilunar. Se practicó una gammagrafía ósea que mostró hipercaptación difusa de los huesos del carpo de la muñeca izquierda. Con los datos anteriores se sospechó una enfermedad de Kienböck, por lo que se practicó al paciente un reavivamiento mediante forage del hueso semilunar.

En las revisiones sucesivas, hasta un año después de la intervención, el paciente refería mejoría parcial de la sintomatología, sin obtener una recuperación plena, con persistencia del dolor. Se practicó una TAC de muñeca que no mostró alteraciones óseas significativas. Se decidió continuar con una actitud conservadora, con tratamiento funcional y antiinflamatorios durante los periodos de más dolor.

Cinco años después el paciente acude a nuestra consulta presentando dolor intenso en la muñeca intervenida, de forma difusa, que se extiende de forma ocasional a lo largo del antebrazo. A la exploración la cicatriz de cirugía previa no presentaba alteraciones y la palpación de la muñeca era dolorosa. La flexoextensión de la muñeca acentuaba el dolor. Se practicó una radiografía de muñeca con un marcador colocado en el punto exacto de más dolor, en la que únicamente se apreciaba una disminución de la densidad ósea del hueso grande en su parte más distal adyacente a la articulación carpometacarpiana. Se hizo una nueva gammagrafía

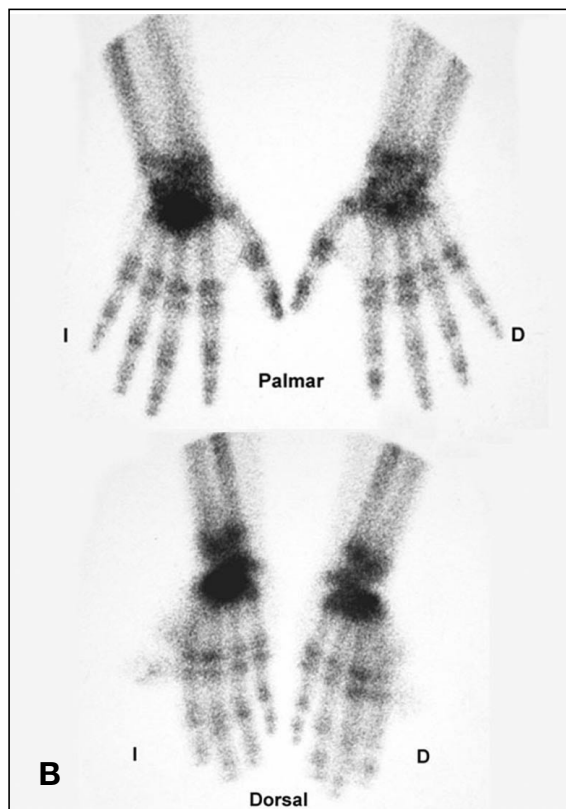


Figura 1: Pruebas de imagen que se practicaron al paciente en su primera visita. La radiografía simple (A) no mostraba alteraciones óseas significativas. La gammagrafía que se le realizó para completar el estudio (B) mostró una hipercaptación difusa de todos los huesos del carpo.

en la que apareció un intenso foco de hipercaptación a nivel de hueso grande. Con la sospecha diagnóstica de osteoma osteoide se realizó una biopsia a cielo abierto a nivel del hueso, procediendo además a la artrodesis carpometacarpiana de 3er y 4º radios.

La biopsia fue informada como osteoma osteoide. El paciente evolucionó satisfactoriamente, desapareciendo por completo el dolor de la muñeca, y fue dado de alta un año después de la intervención.

DISCUSIÓN

La mano y los huesos del carpo son localizaciones poco frecuentes de osteoma osteoide, y su diagnóstico puede resultar difícil. En las series de Jackson et al. (1979) el 10% de los

osteomas osteoides se localizaba en la mano; y de ellos, sólo el 2% afectaban a los huesos del carpo.

Aunque el síntoma clásico del osteoma osteoide es el dolor de predominio nocturno y que cede con aspirina. Cuando éste se localiza en una zona yuxtaarticular puede acompañarse de inflamación, disminución de la movilidad de la articulación afecta y dolor de características mecánicas.

Además en estos casos de afectación yuxtaarticular como en nuestro paciente, el hueso esponjoso puede presentar un aspecto radiográfico inespecífico, con osteoporosis regional y donde el nidus no existe o no puede ser visualizado. Por todo ello no es infrecuente que un osteoma osteoide en esta localización sea confundido con una sinovitis o una artritis inespecífica, lo que puede provocar un retraso impor-

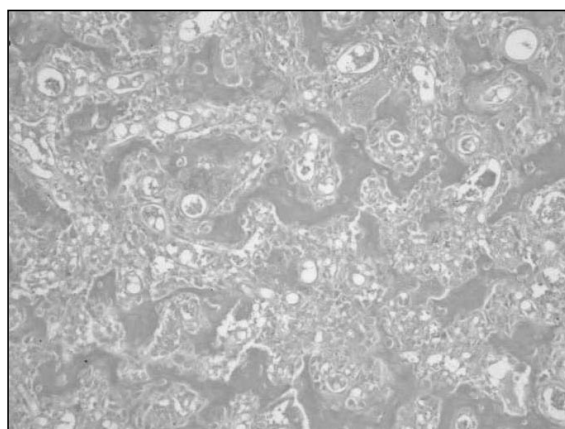
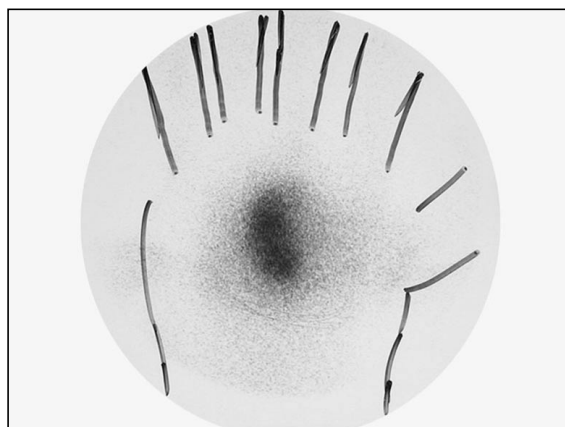


FIGURA 2: Estudio realizado a los 7 años de la cirugía: Se practicó una radiografía (A y B) colocando un marcador sobre el punto más doloroso. Sólo se apreciaba una leve disminución de densidad ósea adyacente a la carpometacarpiana en el hueso grande. La gammagrafía realizada mostraba un aumento de captación correspondiente con el punto doloroso (C). La biopsia de la pieza extraída resultó diagnóstica de osteoma osteoide.

tante en el diagnóstico⁴, como sucedió en este caso, en que no se llegó al diagnóstico hasta 7 años después del comienzo de los síntomas.

En ocasiones las manifestaciones clínicas del osteoma osteoide pueden aparecer coincidiendo con una lesión postraumática (fracturas o contusiones)⁵, haciendo difícil el diagnóstico, pero en estos casos una historia clínica cuidadosa puede revelar la existencia de un dolor crónico de comienzo previo al traumatismo. En nuestro caso el paciente relacionaba el comienzo de los síntomas con una torsión por hiperextensión, sin que pudiera evidenciarse ninguna lesión de origen traumático.

Cuando la radiografía simple del carpo no es concluyente la gammagrafía ósea con tecnecio debería detectar la lesión, que se caracteriza por una intensa captación del radiotrazador sobre la zona de la lesión. En la literatura existen casos descritos de osteoma osteoide con gammagrafía negativa³, aunque en nuestra experiencia no hemos encontrado ningún caso.

En nuestra opinión cuando la radiografía es inespecífica y la gammagrafía es positiva el TAC de cortes finos es la prueba diagnóstica que demuestra más utilidad para el diagnóstico del osteoma osteoide. La TAC es superior que la radiografía convencional y la RM no sólo para el diagnóstico sino también para la planificación preoperatoria y seguimiento de los osteomas de la mano y muñeca^{6, 3}.

Se han descrito casos de resolución espontánea de osteoma osteoide por lo que una opción de tratamiento propuesta en la literatura sería la administración de AINES por periodo aproximado de 3 años o hasta la desaparición de los síntomas². Sin embargo teniendo en cuen-

ta la incapacidad funcional que provocan cuando se localizan en los huesos del carpo, y por la sinovitis reactiva y disminución de la movilidad no estamos de acuerdo en que el tratamiento médico sea una alternativa para los osteomas osteoides en ésta localización.

La resección en bloque del nidus y hueso circundante es curativa y produce la desaparición de los síntomas⁵. En nuestro paciente la lesión fue resecada en su totalidad, confirmado por estudios de anatomía patológica. La importancia de la excisión completa viene dada por la posibilidad de que se produzcan, en caso de resección incompleta, persistencia o reaparición de los síntomas, ambos descritos en la literatura⁷.

El tratamiento alternativo al quirúrgico de los osteomas osteoides es la termocoagulación percutánea del nidus guiada por TAC, que ha demostrado su utilidad en algunas series publicadas⁸. Esta técnica creemos que no está indicada en el carpo, por la facilidad de acceso por técnicas mínimamente invasivas y microquirúrgicas, que son menos agresivas, más resolutivas y permiten toma de biopsia.

El osteoma osteoide de los huesos del carpo es excepcional. La radiología suele ser peculiar con el nidus frecuentemente ausente y se acompaña de una osteoporosis reactiva por la sinovitis, lo que puede conducir a un diagnóstico erróneo. Los hallazgos clínicos y radiológicos sugieren más un proceso inflamatorio o incluso una etiología postraumática. Una historia clínica exhaustiva y la sospecha clínica del cirujano son clave para realizar las pruebas complementarias más adecuadas para minimizar el retraso en el diagnóstico de esta entidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dahlin DC. Osteoma osteoide. Tumores óseos. Barcelona: Ed. Toray; 1981.
2. Weber KL, Morrey BF. Osteoid osteoma of the elbow: a diagnostic challenge. *J Bone Joint Surg Am* 1999; 81(8): 1111-9.
3. Marcuzzi A, Acciaro AL, Landi A. Osteoid osteoma of the hand and wrist. *J Hand Surg [Br]* 2002; 27(5):440-3.
4. De Smet L. Synovitis of the wrist joint caused by an intra-articular perforation of an osteoid osteoma of the radial styloid. *Clin Rheumatol* 2000; 19(3): 229-30.
5. Themistocleous GS, Chloros GD, Mavrogenis AF, Khaldi L, Papagelopoulos PJ, Efsthopoulos DG. Unusual presentation of osteoid osteoma of the scaphoid. *Arch Orthop Trauma Surg* 2005; 125(7): 482-5.
6. Barca F, Acciaro AL, Recchioni MD. Osteoid osteoma of the phalanx: enlargement of the toe-two case reports. *Foot Ankle Int* 1998; 19(6): 388-93.
7. Kumar R, Chandrashekhar N, Dasan JB, Ashok S, Rastogi S, Gupta V, et al. Recurrent osteoid osteoma: a case report with imaging features. *Clin Imaging* 2003; 27(4): 269-72.
8. Donahue F, Ahmad A, Mnaymneh W, Pevsner NH. Osteoid osteoma. Computed tomography guided percutaneous excision. *Clin Orthop Relat Res* 1999(366): 191-6.