

Osteoma osteoide*

Dra. Claudia Gutiérrez Gómez,** Dr. Carlos Gargollo Orvañanos,*** Dr. Yusef Jiménez Murat,****
Dr. Alberto Trejo Lino*****

RESUMEN

El osteoma osteoide es un tumor óseo benigno descrito por Jaffe en 1935. Se han propuesto diversas modalidades terapéuticas, desde el manejo conservador con analgésicos hasta la radiofrecuencia guiada por tomografía. Se presenta el caso de una paciente de 52 años de edad a la que se resecó un osteoma de localización subperióstica en la falange distal del primer dedo, con buena evolución a un año. Se presentan las fotografías clínicas y el control radiográfico.

Palabras clave: Osteoma osteoide.

SUMMARY

Osteoid osteoma is a benign bone tumour first described by Jaffe in 1935. Several therapeutic options have been proposed, including medical treatment and CT-guided radiofrequency. The case of a 52 year-old woman in whom a subperiosteal osteoma was resected in the distal phalanx of the thumb is discussed. Postoperative progression was good after the first year. Clinical pictures and X-ray control is presented.

Key words: Osteoid osteoma.

INTRODUCCIÓN

El osteoma osteoide es un tumor óseo benigno caracterizado por crecimiento osteoide y hueso atípico. Fue descrito por Jaffe, en 1935.¹ En 1956, Flaherthy, Pugh y Dockerty,² estimaron que había un total de 300 tumores reportados. Un año después, Dunitz, Lipscomb e Ivins reportaron 30 tumores en la mano, con una frecuencia del 53% en falanges, 30% en huesos del carpo y 16% en metacarpianos. De los osteomas presentes en los huesos del carpo, el 50% se localiza en escafoides.

La mayoría de los osteomas osteoides se localizan en los miembros inferiores, aunque tienen una amplia distribución que incluye el cráneo, esternón y clavícula.

Patología

La esencia del tumor es un área circunscrita denominada "nido", cuya influencia induce esclerosis, con engrosamiento del hueso vecino en grados variables. El nido friable y rojo se compone de una masa de trabéculas osteoides previstos de vasos pequeños de paredes delgadas. No hay cartílago, pero pueden estar presentes células gigantes. La organización ósea es variable y puede haber calcificaciones.

Cuadro clínico

En ocasiones se presentan asintomáticos; la frecuencia de presentación de este grupo es del 44% en falanges, 39% en huesos largos y 17% craneofaciales. En los casos sintomáticos, tienen como característica

* Trabajo presentado en la Reunión Anual de la Asociación de Residentes y Ex-residentes de Cirugía Plástica y Reconstructiva "Dr. Fernando Ortiz Monasterio", diciembre de 1998. XXX Congreso Nacional de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva; Tuxtla Gutiérrez, Chiapas 23-27 de Febrero de 1999. XXIII Jornadas Médicas Lasallistas, 21-24 de Abril de 1999.

** Cirujana Plástica y Reconstructiva, Hospital Médica Sur. Fellow de Cirugía de Mano, Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

*** Director del Curso de Posgrado de Cirugía de Mano, Hospital General "Dr. Manuel Gea González". Cirujano de Mano, Hospital Ángeles del Pedregal. Cirujano Plástico adscrito, Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

**** Cirujano Ortopedista, Centro de Cirugía Ambulatoria. Fellow de Cirugía de Mano, Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

principal el dolor que se acentúa por las noches y que responde específicamente a la administración de aspirina. Algunos soportan la teoría de que es inflamatoria, sin embargo otros afirman categóricamente que se trata de una neoplasia.

Imagen radiológica

Puede aparecer como radiolúcida u opaca, dependiendo de las calcificaciones, y también en contraste con el hueso esclerosado. Si el nido se localiza en su sitio habitual, es decir medular o cortical, se observa como un agujero en la densidad del hueso que lo rodea. Si el nido es subperióstico puede aparecer una densidad en forma de concha. En algunos casos pueden observarse ambas imágenes de esclerosis y calcificaciones.³

Tratamiento

Kneis, en 1990,⁴ propone el tratamiento médico del osteoma osteoide, con antiinflamatorios no esteroideos. La resección del tumor con el curetaje abate rápidamente el dolor y puede requerir injerto óseo. Otros autores preconizan la resección en bloque. En la actualidad, Rosenthal,⁵ recomienda la resección percutánea por medio de radiofrecuencia guiada por tomografía computarizada.

CASO CLÍNICO

Mujer de 52 años de edad con una tumoración dolorosa en el primer dedo de la mano izquierda, de dos años de evolución, que recibió manejo conservador en otro servicio a base de analgésicos (*Figuras 1 y 2*). En la radiografía se observaba una imagen radioopaca a nivel de la articulación interfalángica del pulgar, por esclerosis y sobreposición de hueso (*Figura 3*).

Se efectuó curetaje de la lesión, que no requirió injerto óseo (*Figura 4*). El Departamento de Patología la reportó como osteoma osteoide. El control radiológico posoperatorio a un año no muestra recidiva (*Figura 5*).

CONCLUSIÓN

De todos los osteomas osteoides, sólo el 9% se localiza en la mano y es una patología que habitualmente se presenta entre la segunda y tercera década de la vida; sólo el 1 al 2% se observa en pacientes de más de 50 años.⁶ El caso que se presenta corresponde con una edad de presentación poco común y es de interés para el cirujano de



Figura 1. Vista preoperatoria de frente. Tumoración 1er dedo mano derecha.



Figura 2. Vista preoperatoria lateral de tumoración 1er dedo mano derecha.

mano y para el cirujano plástico que trata patología de la mano.



Figura 3. Radiografía preoperatoria donde se observa tumoración subperióstica con esclerosis, en forma de concha.



Figura 5. Radiografía postoperatoria. Control a 1 año.

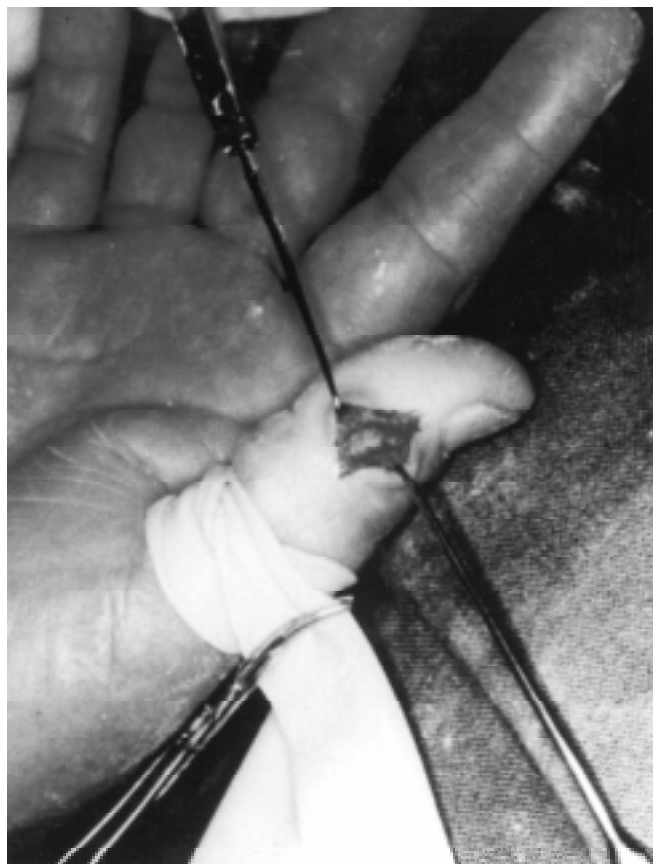


Figura 4. Vista transoperatoria. Exposición del tumor subperióstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jaffe HL. Osteoid osteoma; a benign osteoblastic tumour composed of osteoid and atypical bone. *Arch Surg* 1935; 31: 709-11.
2. Flaherty RA, Pugh DG, Dockerty MB. Osteoid osteoma. *Am J Roentgenol* 1956; 76: 1041.
3. Converse JM. *Reconstructive Plastic Surgery*. Philadelphia: WB Saunders Co. 2nd ed. 1977: 3499.
4. Kneisl JS, Simon MA. Medical management compared with operative treatment for osteoma osteoid. *J Bone Joint Surg Am* 1992; 74: 179-85.
5. Rosenthal DI, Hornicek FJ, Wolfe MW, Jennings LC, Gebhardt MC, Mankin HJ. Percutaneous radiofrequency coagulation of osteoid osteoma compared with operative treatment. *J Bone Joint Surg Am* 1998; 80: 815-21.
6. Mc Dermott MB, Kyriakos M, Mc Enery K. Painless osteoid osteoma of the rib in an adult. A case report and review of the literature. *Cancer* 1996; 77: 1442-9.

Dirección para correspondencia:

Dra. Claudia Gutiérrez Gómez
Hospital Médica Sur.
Puente de Piedra 150 Torre II Consultorio 420
Col. Toriello Guerra
14050 México D.F.
Tel. 56 65 49 07, 56 06 2277 ó 5424 7200
Ext. 4329 y 4339.
E-mail: hierrgt@compaq.net.mx