

Reporte de caso

Osteoblastoma benigno en falange proximal. Reporte de un caso

José Gilberto Herrera Tenorio,* Alberto Isaac Núñez Fernández,** Juan José Mendoza Quiroga,***
Raimundo Alfonso Sesma Villalpando****

Hospital General de Puebla, SSEP

RESUMEN. El objetivo del artículo es presentar un caso de osteoblastoma en la falange, partiendo de que su frecuencia es del 1% entre los tumores primarios del hueso, siendo usualmente más frecuente en columna vertebral posterior y en falanges es inusual. Su diagnóstico precoz es importante diferenciarlo con otras entidades malignas que dan lugar a imágenes radiológicas semejantes. Caso clínico. Varón de 39 años de edad que presentó aumento de volumen a nivel de falange proximal de 5to dedo mano izquierda de un año de evolución. Se realizó la extirpación quirúrgica en bloque de la lesión con curetaje, sin evidencia de recurrencia. El estudio histopatológico de la lesión mostró osteoblastos prominentes. No se observaron mitosis.

Palabras clave: osteoblastoma, mano, falange, tumor óseo.

ABSTRACT. The purpose of this article is to present a case of phalanx osteoblastoma. We will start by saying that osteoblastoma is rare, it accounts for 1% of primary bone tumors; it is most frequent in the posterior spine, and is very unusual in the phalanges. Early diagnosis is desirable due to its similarity, mainly radiologic, with other entities that result in similar bone lesions. Clinical case. We present the case of a 39-year-old male who presented with swelling of the proximal phalanx of the 5th digit of the left hand that began one year before. The histopathologic study of the tumor lesion showed that it was composed of prominent osteoblasts. No mitoses were observed. En-block surgical resection of the lesion and curettage were performed.

Key words: bone tumors, osteoblastoma, benign.

Introducción

El osteoblastoma benigno constituye el 1% de todos los tumores primarios óseos¹ de los cuales aproximadamente 30 a 40% se presentan en columna vertebral;² se conoce también por los nombres de fibroma osteogénico y osteoma osteoide gigante;³ el nombre de osteoblastoma benigno fue propuesto en 1956 por Jaffe y Lichtenstein,³ el dolor es el síntoma más frecuente,³ no existen reportes de la frecuencia de osteoblastoma en la mano especialmente en falanges, su ocurrencia es más común en personas adolescentes y adultos jóvenes entre la segunda y tercera décadas de la vida.⁴ Marsh y cols⁵ reportaron 25 casos de osteoblastoma de los cuales sólo 1 fue en la mano a nivel de 2do metacarpiano; son tumores por lo regular con un tamaño mayor de 2 cm a comparación de osteoma osteoide que particularmente son más pequeños, también la localización del osteoma osteoide es diferente. La posibilidad de malignización puede ser considerada, Schajowicz y Lemos⁶ publicaron 5 casos, los cuales fueron estudiados en laboratorio y 3 de éstos estu-

Nivel de evidencia: V (Act Ortop Mex, 2009)

* Médico Ortopedista, Cirujano de Mano adscrito. Coordinador del Módulo de Cirugía de Mano.

** Médico residente de 3er año Ortopedia y Traumatología.

*** Médico residente de 4to año de Ortopedia y Traumatología.

**** Médico ortopedista, profesor titular del curso de postgrado en ortopedia y traumatología.

Hospital General de Puebla «Dr. Eduardo Vázquez Navarro».

Dirección para correspondencia:

Dr. José Gilberto Herrera Tenorio. Av. Kepler No. 2143 Cons. 705-B Col. Reserva territorial Atlixcoatl C.P. 72190 Puebla, Pue.

Tel: 012223-038348

E-mail: gilberto.herrera@correo.unam.mx

vieron libres de tumoración entre los 3 - 4 años y medio después del tratamiento quirúrgico inicial, es por eso que sugieren el cambio de nomenclatura, diagnóstico diferencial y tratamiento y proponen el término «osteoblastoma maligno» como el más apropiado para definir estas lesiones. El comportamiento agresivo local se ha observado en algunos casos, sin embargo la transformación maligna de estos tumores es rara. Osteoblastoma maligno u osteoblastoma agresivo son términos descritos para algunos de estos tumores que muestran características citológicas atípicas y pueden correlacionarse con recurrencia.¹ El tratamiento es a base de una resección amplia y curetaje.³

Macroscópicamente, el osteoblastoma aparece una masa rojiza, granular y arenosa que corresponde a la alta vascularidad y a la cantidad variable de osteoide calcificado que contiene.³ La apariencia radiológica más frecuente es la presencia de lesión lítica, con o sin la presencia de una matriz mineralizada, rodeada por una zona más amplia de esclerosis, en expansión, la cual se adelgaza.⁴ Aproximadamente 25% de los pacientes tienen aspectos radiográficos que sugieren malignidad.¹

Histológicamente el osteoblastoma es un tumor raro y la diferenciación con osteosarcoma es ocasionalmente un problema diagnóstico.³ Osteoblastomas epiteloides fueron detectados en 14% de los casos sin ninguna actividad mitótica.⁷ El pronóstico del osteoblastoma por lo regular es excelente⁸ pero hay que tener en cuenta las recurrencias locales, las cuales han sido reportadas hasta un 16%⁷ y el comportamiento agresivo el cual ha sido descrito.

Reporte de caso

Masculino de 39 años de edad, originario y residente de la ciudad de Puebla, ocupación chofer, sin antecedentes oncológicos familiares, inicia su padecimiento con un año de evolución con presencia de aumento de volumen a nivel de falange proximal de quinto dedo mano izquierda, refiere dicho aumento más pronunciado los últimos seis meses (*Figura 1*), con presencia de dolor predominante nocturno y local, el cual cede con la ingesta de AI-NES, no refiere tiempo de evolución, parestesias y dolor al realizar pinza fuerte de la mano.

A la exploración física encontramos miembro torácico izquierdo a nivel de la mano con aumento de volumen circunferencial en la base del 5to dedo, piel con eritema predominante en la parte dorsal, se palpa masa dura, delimitada, que despierta dolor a la palpación profunda, adherido a planos profundos con ligero movimiento a la palpación, lisa, llenado capilar distal de 5to dedo, menor de 2 segundos, arcos de movimiento activos y pasivos limitados por dolor: flexión de articulaciones metacarpofalángica e interfalángica proximal de 5to dedo de mano izquierda a 45 grados, extensión 5 grados, abducción 45 grados, pinza fuerte y prensión se realizan con dolor, hipoestesia distal en la parte palmar a la palpación superficial, fuerza normal.

Se le tomaron estudios de gabinete tipo rayos X: dorsopalmar y oblicua de mano izquierda (*Figura 2*), resonancia magnética (*Figura 3*) y estudios de laboratorio en los cuales mostró aumento de la fosfatasa alcalina de 150 µl/l tomando como valores de referencia de 38-126 µl/l.

Al paciente se le realizó tratamiento quirúrgico con resección amplia y curetaje, obteniéndose tumor cupuliforme de tamaño aproximado de 2.4 x 2.2, presentando superficie convexa lisa, de color café claro y con nódulos pequeños de tejido adiposo, de consistencia semidura, la superficie heterogénea de color café claro que alterna con áreas blancas (*Figuras 4 y 5*).



Figura 1. Vista palmar de mano izquierda donde se observa incremento de volumen del 5to dedo.



Figura 2. Rx Dorsopalmar y oblicua de 5to dedo de mano izquierda.

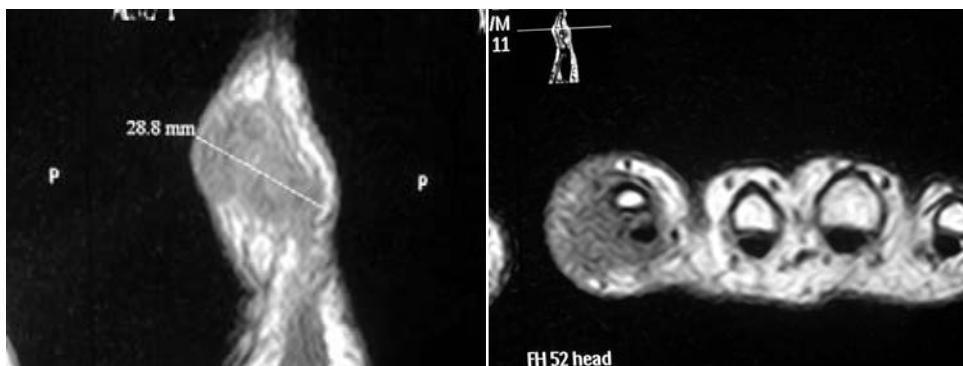


Figura 3. Resonancia magnética.

El estudio histopatológico mostró trabéculas óseas irregulares anastomosadas rodeadas focalmente por estroma fibroblástico así como por estroma hipercelular compuesto por numerosos osteoblastos prominentes, células gigantes parecidas a osteoclastos y abundantes capilares (*Figura 6*). Se identificaron depósitos de osteoide no calcificados formando trabéculas o en nidos celulares. No se observan mi-

tosis. No existe cartílago. Siendo el reporte final osteoblastoma benigno de falange proximal de quinto dedo, mano izquierda totalmente resecado.

Actualmente no hay dolor, actividad tumoral serológica y/o radiográfica. La función de la pinza fuerte de la mano es completa.

Discusión

El osteoblastoma es un tumor raro el cual su presentación es de 3% de los tumores benignos y de 1% de los tumores óseos benignos, que ocurre más comúnmente en la columna vertebral, pelvis y huesos largos.⁹ Es más frecuente en hombres que en mujeres en la mayoría de las series.¹⁰ Se presenta entre la segunda y tercera década de la vida principalmente. Los huesos de la mano son un sitio anatómico que no se han reportado casos. Castelló y cols⁹ publicaron un caso de osteoblastoma en escafoides en 1996 y Jaffe y Mayer un caso en metacarpiano. Marsh y cols⁵ reportaron 25 casos de osteoblastoma y sólo 1 fue en la mano a nivel de metacarpiano. El dolor es el síntoma principal de presentación de estos tumores, pero el diag-



Figura 4. Resección quirúrgica con abordaje en incisión en «Z».



Figura 5. Tumor presentando superficie convexa lisa, color café claro y con nódulos pequeños de tejido adiposo, superficie heterogénea, de color café claro que alterna con áreas blancas.

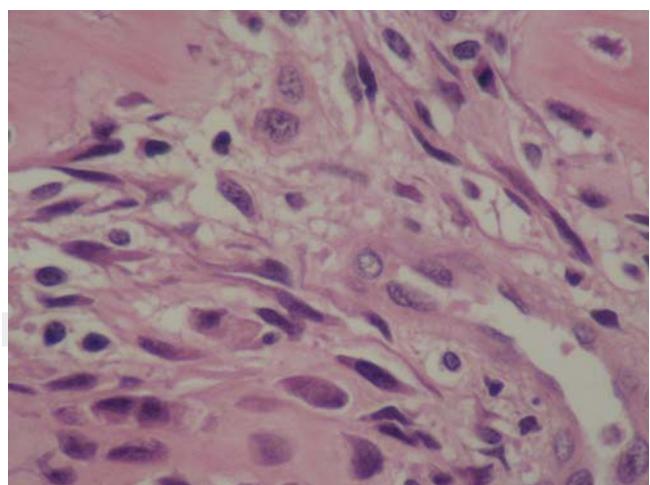


Figura 6. Imagen histopatológica que muestra trabéculas óseas irregulares rodeadas focalmente por estroma fibroblástico así como por estroma hipercelular compuesto por numerosos osteoblastos prominentes.

nóstico es basado en una combinación clínica, radiológica y morfológica.⁸ Son tumores por lo regular mayores de 2 cm y algunos autores refieren que menores de 10 cm.

El comportamiento agresivo local puede presentarse, sin embargo la malignización de estos tumores no está clara, a pesar de que Lichtenstein describió un caso de osteoblastoma benigno en el tercio distal de la tibia el cual produjo metástasis a pulmón 7 años después del postoperatorio. Radiológicamente las características del osteoblastoma son variadas y no diagnósticas, expansión y destrucción de la corteza y formación de nuevo hueso periosteal, haciéndonos pensar en una lesión maligna.

El tratamiento se realiza a base de resección amplia y curetaje, siendo la recurrencia algo de lo cual se pueda esperar. Histológicamente tienen similitudes con el osteosarcoma y eso hace difícil su diagnóstico.

Bibliografía

1. Gomes CMO, et al: Classical osteoblastoma, atypical osteoblastoma and osteosarcoma. A Comparative Study Based On Clinical, Histological, And Biological Parameters. *Clinics* 2007; 62(2): 167-74.
2. Xiao FL, et al: Benign intraspinal osteoblastoma stemming from C7 lamina in cervicothoracic junction, a case report. *Spine* 2000; 31(23): 895-9.
3. Cheung, et al: Diagnostic criteria for pseudomalignant osteoblastoma. *Histopathology* 1997; 31(2): 196-200.
4. Kroon H, Schurmans J: Osteoblastoma: clinical and radiologic findings in 98 new cases. *Radiology* 1990; 175: 783-90.
5. Marsh BW, Bonfiglio M, Brady LP, Enneking WF: Benign osteoblastoma: range of manifestations. *J Bone Joint Surg Am* 1975; 57: 1-9.
6. Schajowicz F, Lemos C: Malignant osteoblastoma. *J Bone Joint Surg Br* 1976; 58(2): 202-11.
7. Rocca C, Andrew H: Osteoblastoma: varied histological presentations with a benign clinical course: an analysis of 55 cases. *Am J Surg Pathol* 1996; 20(7): 841-50.
8. Castelló JR, Garro L, San Miguel P, Campo M: Osteoblastoma of the scaphoid, long term results following curettage: a case report. *J Hand Surg* 1996; 21A(3): 426-7.
9. Rosensweig J, et al: Benign osteoblastoma (giant osteoid osteoma): report of an unusual rib tumour and review of the literature. *Canad Med Ass* 1963; 89:1189-92.
10. Gadelha E, Vellutini E, Velasco O, Siqueira M, Bougar P: Giant osteoblastoma of temporal bone. *Arg Neuropsiquiatric* 1998; 56(2): 292-5.