

Osteoma osteoide en falange de la mano

F. FORRIOL BROCAL, V. MARTÍN MARTÍN y J. L. GRASA MURO

*Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital Virgen de la Cinta. Tortosa (Tarragona)
Jefe de Servicio Dr. E. López.*

Resumen.—Presentamos un caso de osteoma osteoide localizado en una falange de la mano. La clínica de meses de evolución y los hallazgos radiográficos de la RMN, nos llevaron al diagnóstico. Realizamos una extirpación en bloque de la lesión, con confirmación histológica del diagnóstico. Los síntomas desaparecieron tras la intervención y después de un año no hay evidencia de recidiva.

PHALANGEAL OSTEOID OSTEOMA IN THE HAND

Summary.—We present a case of osteoid osteoma located in a phalanx of the hand. The clinic of months of evolution, the radiographics findings and the MRI, carried us to the diagnostic. We accomplish a removal in block of the injury, with histological confirmation of the diagnostic. The symptoms disappeared after the operation and after a year there is no evidence from recurrence.

INTRODUCCIÓN

El osteoma osteoide es un tumor óseo benigno inicialmente descrito en 1932 por Jaffe y Mayer (1), con una posterior definición en 1935 por Jaffe (2).

Habitualmente asienta en los huesos largos, especialmente fémur y tibia, y se caracteriza por el dolor y la hipersensibilidad de predominio nocturnos, que mejoran con salicilatos.

En las localizaciones típicas el diagnóstico radiológico no suele plantear problemas (zona de esclerosis alrededor de una zona central radiolúcida, dentro de la cual se pueden observar calcificaciones que constituyen el nidus), sin embargo las dificultades pueden presentarse cuando las lesiones se dan en localizaciones atípicas como la mano.

El osteoma osteoide en las falanges de la mano es raro, siendo más frecuente la afectación de las falanges proximal y distal. La escasa frecuencia

de afectación falángica unida a las manifestaciones clínicas atípicas que la caracterizan, hacen que frecuentemente se tarden meses e incluso años en diagnosticar.

CASO CLÍNICO

Varón de 38 años de edad, pescador de profesión, sin antecedentes patológicos de interés.

Consultó por dolor y signos inflamatorios progresivos de 10 meses de evolución en la zona proximal del quinto dedo de su mano derecha (dominante). El paciente lo relacionó con una lesión punzante producida por un crustáceo durante su actividad laboral. El dolor aumentaba con los movimientos del dedo y era de predominio nocturno. No constaba mejoría con salicilatos ya que no se administraron.

En la exploración física, la inspección evidenció una tumefacción en el borde radial de la falange proximal del quinto dedo, así como una actitud en flexo de 15° de la articulación interfalángica proximal. A la palpación, se objetivó dolor en la zona de la tumefacción y una tumoración de pequeño tamaño adherida a planos profundos, sobre la misma.

Se planteó el estudio para relacionar la lesión punzante con el diagnóstico.

La analítica convencional de sangre fue normal.

Correspondencia:

F. FORRIOL BROCAL
Avda. Mimosas, 11
46110 Godella, Valencia

La radiografía simple puso de manifiesto una lesión radiolúcida redondeada en la cortical externa de la falange, con leve reacción perióstica y sin aumento de la densidad radiológica de las partes blandas adyacentes (Figs. 1 y 2).

Ante la duda diagnóstica, se realizó una RMN, en la que se apreció una alteración de la señal a nivel de la diálisis de la falange proximal, hipointensa en T1 e hiperintensa en T2, correspondiente a nidus, por lo que se relacionó con un osteoma osteoide (Figs. 3, 4 y 5).

Se decidió realizar tratamiento quirúrgico mediante hemidiafisectomía (Fig. 6).

El estudio anatomopatológico del material extraído confirmó la sospecha diagnóstica de osteoma osteoide.

Al año de la intervención el paciente se encuentra asintomático, sin que se objetive recidiva de la lesión en la radiología simple (Fig. 7). El balance articular activo tanto de la articulación interfalángica proximal como de la metacarpo-falángica del quinto dedo, es completo y no doloroso.

DISCUSIÓN

El osteoma osteoide es un tumor benigno que representa el 11% del conjunto de las tumoracio-



Figura 1. Radiografía inicial en proyección anteroposterior. Lesión en la cortical externa de la falange, con leve reacción perióstica.



Figura 2. Radiografía inicial en proyección lateral. Lesión radiolúcida en la cortical.

nes óseas benignas (3). Aparece raramente en la mano y su incidencia varía entre el 2,8% según Besser (4) y el 10,23% según Jackson (5).

Cuando se afectan las falanges de la mano, las manifestaciones clínicas suelen ser: dolor, aumento del volumen de las partes blandas adyacentes y limitación del balance articular en caso de localización yuxtaarticular. También se han descrito eritema local, calor e hiperhidrosis.

Los conceptos clásicos sugieren que los hallazgos radiológicos del osteoma osteoide se clasifican según su localización en cortical, esponjoso y subperióstico.

El tumor típico es cortical, con una zona radiolúcida menor de 1 cm asociada a esclerosis del hueso adyacente y reacción perióstica. Habitualmente, podemos detectar un nidus dentro de la zona radiolúcida. La variedad esponjosa es similar aunque con poca o sin esclerosis adyacente. Ocasionalmente, un ribete de discreta esclerosis puede envolver la zona radiolúcida y en los casos de larga evolución, puede observarse un adelgazamiento de la cortical endóstica. La variedad



Figura 3. Corte sagital de la RMN. La flecha señala el nidus del osteoma osteoide.



Figura 4. Corte coronal de la RMN. Se aprecia el nidus en la cortical externa de la falange proximal.

menos frecuente es la subperióstica, que se presenta como una masa redondeada de partes blandas de entre 0,5 y 1 cm de diámetro, inmediatamente adyacente al hueso.

La variedad cortical del osteoma osteoide es la más frecuente, pero la subperióstica y la esponjosa parecen más frecuentes en los huesos pequeños de la mano y el pie.

Cuando la clínica y el estudio radiográfico no son concluyentes, autores como Lamb (6) aconsejan la gammagrafía ósea con Tc 99m que demostrará una zona de hipercaptación, seguramente a causa del alto componente vascular del osteoma osteoide. La arteriografía no es un examen rutinario.

El diagnóstico diferencial clínico y radiológico del osteoma osteoide de la falange, deberemos establecerlo entre las siguientes entidades: infección crónica piógena, quiste epidermoide de inclusión, condroma, periostitis reactiva florida (7) e incluso las reacciones a cuerpo extraño.

Respecto al tratamiento, a pesar de algunas observaciones de regresión espontánea (3), los autores coinciden en que el tratamiento quirúrgico es de elección. En ese sentido, se prefiere la

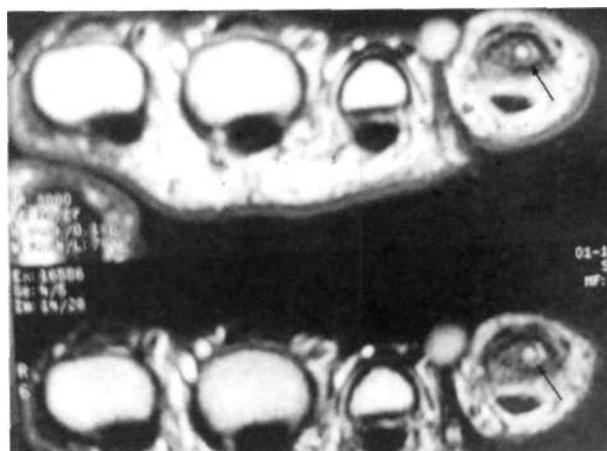


Figura 5. Corte axial de la RMN a nivel de las falanges proximales de la mano. Imagen hiperintensa correspondiente al nidus.



Figura 6. Control radiográfico en el postoperatorio inmediato.



Figura 7. Control radiográfico al año de la intervención quirúrgica.

resección en bloque respecto al curetaje de la lesión en razón de:

— Carácter radical del método, disminuyendo el riesgo de no extirpar el nidus.

— La necesidad de un diagnóstico histológico preciso que únicamente se puede establecer mediante una pieza histológica completa.

Bibliografía

1. Jaffe HL, Mayer L. An osteoblastic osteoid tissue forming tumor of metacarpal bone. Archives of Surgery 1932;24:550-64.
2. Jaffe HL. Osteoid osteoma. A benign osteoblastic tumor composed of osteoid and atypical bone. Archives of Surgery 1935;31:709-28.
3. Allieu Y, Lussiez B. L'ostéome ostéoide au niveau de la main. A propos de quarante-six cas. Ann Chir Main 1988;7, n.º 4:298-304.
4. Besser E, Roessner A, Brug E, Erlemann R, Timm C, Grundmann E. Bone tumors of the hand. A review of 300 cases documented in the Westphalian bone tumor register. Arch Orthop Trauma Surg 1987;106:241-7.
5. Jackson RP. Osteoid osteoma and osteblastoma. Similar histologic lesión with different natural histories. Clin Orthop 1977;128:303-13.
6. Lamb DW, del Castillo F. Phalangeal osteoid osteoma in the hand. The Hand 1981;13(3):291-5.
7. Muñoz Berenguer JA, Marín Morales LA, García Rojo M, Carbajo Vicente M, Salido Valle JA. Periostitis reactiva florida en la falange de la mano. A propósito de un caso. Avances Traum 1997;27, n.º 3:168-72.