

Una causa inusual de dolor en el pulgar: osteoma osteoide de la falange proximal del pulgar.

L. PINO-ALMERO ¹, M. MINIÑO-MÉNDEZ ¹, A. SILVESTRE-MUÑOZ ^{1,2}, MF. MÍNGUEZ-REY ^{1,2}.

¹ DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA.

² DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA. FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSITAT DE VALENCIA.

Resumen. El osteoma osteoide localizado en la mano es una rara entidad clínica que a menudo se confunde con otras patologías óseas como la osteomielitis, el encondroma, o el quiste epidermoide intraóseo. A nivel de la mano el diagnóstico no es siempre obvio, dado que la clínica y los hallazgos radiográficos suelen ser inusuales. El tratamiento definitivo suele requerir la resección quirúrgica de la lesión mediante curetaje o la escisión en bloque. Se describe el caso clínico de una paciente adolescente de 16 años con un osteoma osteoide de localización poco frecuente, a nivel de la falange proximal del pulgar, y sin la clínica y apariencia radiográfica típica del mismo, lo que dificultó el diagnóstico del mismo, así como el tratamiento definitivo realizado y sus resultados.

An unusual cause of pain in the thumb: osteoid osteoma of the proximal phalanx of the Thumb.

Summary. Osteoid osteoma located in the hand is a rare clinical entity that is often confused with other bone diseases such as osteomyelitis, enchondroma or intraosseous epidermoid cyst. At the level of the hand, the diagnosis is not always obvious, given that the clinical and radiographic findings are usually unusual. Definitive treatment usually requires surgical resection of the lesion by curettage or block excision. We describe the clinical case of a 16-year-old adolescent patient with an osteoid osteoma of uncommon location at the level of the proximal phalanx of the thumb and without the clinical and typical radiographic appearance of the same, which made it difficult to diagnose it, as well as the definitive treatment carried out and its results.

Correspondencia:
Laura Pino Almero
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.
Departamento de Salud Clínico-Malvarrosa.
Av. Blasco Ibáñez 17.
46010, Valencia.
Correo electrónico: laupialm@yahoo.es

Introducción

El osteoma osteoide es un tumor óseo benigno formado por la proliferación de osteoblastos inmaduros, que típicamente están rodeados por una densa capa de hueso reactivo laminar y se caracteriza por un nidus ricamente innervado y compuesto de tejido óseo primitivo y osteoide. Suele aparecer a finales de la segunda década de la vida o principios de la tercera. Su localización más frecuente es en el fémur proximal y la diáfisis de los huesos largos. Del 5% al 15% de los osteomas osteoides¹ aparecen en la mano y la muñeca, más frecuentemente en la falange proximal y el carpo, siendo

rara la afectación de la falange media. Las lesiones que surgen en la falange distal pueden tener una presentación atípica, con edema del pulpejo y deformidad ungueal. Las radiografías en esta localización suelen mostrar una lesión lítica en lugar del aspecto clásico de esclerosis reactiva circundante a un nido radiolúcido central. Los pacientes suelen referir un dolor sordo y profundo que se alivia frecuentemente con antiinflamatorios no esteroideos. También hay osteomas osteoides en la mano indoloros, y en este caso el principal síntoma es la tumefacción.

Por los motivos descritos previamente, el diagnóstico del osteoma osteoide localizado en la mano se retrasa con frecuencia. La gammagrafía ósea y la TC pueden ser útiles para definir y localizar mejor la lesión².

El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica con el legrado del nidus o la escisión en bloque. Se ha publicado la persistencia de la lesión si el nidus no se reseca completamente³. En los casos en los que la es-

cisión del osteoma osteoide pueda suponer una morbilidad excesiva de la zona, podría ser una alternativa al tratamiento quirúrgico el uso prolongado de AINES si las observaciones clínicas o radiológicas apoyan fuertemente el diagnóstico de osteoma osteoide.

El objetivo de la presentación del siguiente caso clínico es dar a conocer y recordar que el osteoma osteoide puede también tener su localización en la mano. Aunque no es su localización típica, se debe mantener la sospecha de esta posible lesión ante la presencia de una clínica de dolor localizado en alguna zona concreta de la mano con hallazgos radiográficos de lesión ósea, puesto que el comportamiento clínico y radiográfico del osteoma osteoide localizado en la mano suele no ser el típico y se puede confundir fácilmente con otras entidades clínicas.

Caso Clínico

Paciente mujer de 16 años que consulta por dolor localizado en el pulgar de la mano derecha de casi un año de evolución sin antecedente de traumatismo previo. Refiere que a veces nota el dedo tumefacto lo que le dificulta la flexión del mismo. El dolor no le despierta por la noche, pero le dificulta ciertas actividades que supongan la presión digital como la escritura debido a la presión en la zona de dolor. No refiere clínica febril, ni malestar general, ni antecedente de heridas o lesiones previas en dicha zona.

En la exploración física se aprecia dolor localizado en la cara cubital de la falange proximal del pulgar que aumenta con la palpación, sin tumoración palpable, con buena estabilidad articular y movilidad completa del pulgar en todos los planos.

No presenta alteraciones a nivel analítico.

Inicialmente se realizan unas radiografías simples del pulgar en dos proyecciones anteroposterior y perfil, en las que se aprecia una imagen de lesión lítica en la zona media de la falange proximal del pulgar, a nivel de la cortical cubital-volar (Fig. 1).

Ante los hallazgos de estas imágenes radiográficas se completa el estudio con otras pruebas complementarias. Se realiza una RM del pulgar (Fig. 2) en la que se detecta una zona de edema intramedular en la base de la falange proximal, así como un TC (Fig. 3) que es informado como un defecto lítico cortical con trayecto oblicuo a la medular que podría corresponder a un canal vascular. Dado que estas pruebas de imagen no llegan a orientar el diagnóstico, se decide realizar por último una gammagrafía con Tc-99 (Fig. 4) en la que se detecta un aumento de la captación del radiofármaco en la falange proximal del pulgar de la mano derecha en la fase tardía que sugiere actividad osteoblástica, y como diagnóstico más probable desde el punto de vista gammagráfico de osteomielitis.

Dados los resultados de las pruebas de imagen y la persistencia de la clínica dolorosa en el pulgar, se decide realizar una resección en bloque de la lesión (Fig. 5) guiada mediante radio-escopia a través de un abordaje medial a la falange proximal del pulgar y se remite la muestra para estudio anatómico-patológico. A nivel macroscópico se apreciaba una zona central de consistencia blanda y altamente vascularizada. En este estudio se aprecia la presencia de tejido óseo maduro de arquitectura normal, sin alteraciones histopatológicas significativas y también la existencia de numerosos vasos de pequeño calibre sobre tejido fibroso laxo (ni-



Figura 1. Radiografías simples (proyección antero-posterior y perfil): se aprecia lesión lítica a nivel de la cortical volar y cubital de la falange proximal del pulgar.

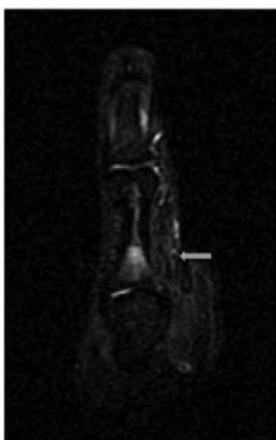


Figura 2. RM del pulgar: se detecta una zona de edema intramedular en la base de la falange proximal del pulgar.

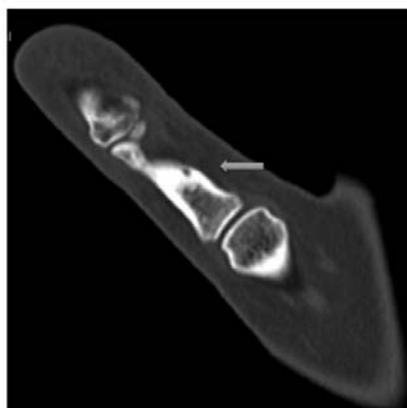


Figura 3. TC del pulgar: defecto lítico cortical con trayecto oblicuo a la medular que podría corresponder a un canal vascular.



Figura 4. Gammagrafía con Tc-99: aumento de captación del radiofármaco en la falange proximal del pulgar de la mano derecha que sugiere actividad osteoblástica, y como diagnóstico más probable desde el punto de vista gammagráfico de osteomielitis.

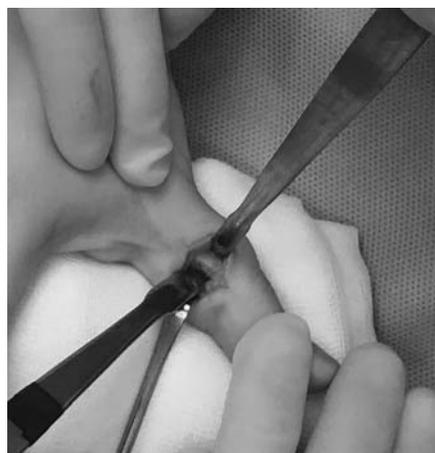


Figura 5. Escisión quirúrgica de la lesión. Se aprecia zona central de tejido blando y muy vascularizado.

dus) alrededor del tejido óseo, por lo que se diagnostica de osteoma osteoide en el contexto clínico-radiográfico adecuado.

Actualmente la paciente ya no refiere dolor en el pulgar, la herida ha cicatrizado correctamente y presenta una buena movilidad del pulgar.

Discusión

El osteoma osteoide es un tumor benigno óseo de tipo osteoblástico que aparece generalmente en la región diafisaria y metafisaria de los huesos largos de niños y jóvenes. La localización en la mano es poco frecuente, entre un 5-15% de los osteomas osteoides. Supone un 10% de todos los tumores óseos de la mano y generalmente aparecen en la falange proximal⁴.

El diagnóstico se basa en la clínica y las exploraciones complementarias. Suele ser difícil ver el nidus típico en las radiografías simples. En un 25% de los

casos no puede verse lo que dificulta en gran medida su diagnóstico. Solo un 65% de los que aparecen en la mano tienen una evolución típica. Es preciso el diagnóstico diferencial con procesos infecciosos como la osteomielitis, otros tumores óseos, quistes epidermoides intraóseos, o reacciones a cuerpo extraño.

Clínicamente suele causar sensibilidad focal, tumefacción fusiforme o deformidades de la uña si aparece en la falange distal. El dolor nocturno que responde a antiinflamatorios no esteroideos es su característica clásica, pero no siempre está presente. El tiempo medio de diagnóstico es de aproximadamente 13-20 meses.

En la bibliografía existen publicados otros casos de osteoma osteoide con esta localización poco frecuente.

Seker⁵ presenta dos casos en dos pacientes, de 16 y 18 años respectivamente, con osteomas osteoides localizados en la mano, a nivel de los metacarpianos. Según este autor, en caso de una alta sospecha de osteoma os-

teoide es imprescindible realizar un TC o RM, dado el alto riesgo de obtener hallazgos negativos en la radiografía simple y considera que la escisión quirúrgica del mismo es un método de tratamiento seguro y curativo.

Jaehn⁶ describe el caso de un paciente de 15 años con un osteoma osteoide localizado en el escafoides carpiano como causa de dolor a nivel radio-carpiano que fue tratado mediante la resección del nidus y reconstrucción mediante injerto de cresta ilíaca.

Otro autor, Liu⁴ presenta el caso de un osteoma osteoide recurrente localizado en la falange proximal del tercer dedo en una mujer de 41 años. En este caso resultó difícil el diagnóstico diferencial con una osteomielitis y se trató mediante desbridamiento y curetaje de la lesión. El estudio anatómico-patológico confirmó el diagnóstico de osteoma osteoide. A los 6 meses del tratamiento, la lesión recidivó y requirió de nuevo de una reexploración y escisión de la misma. Este autor a su vez realiza una revisión de otros casos de osteoma osteoide publicados en los últimos 30 años y analiza su distribución anatómica. De los 289 casos publicados, la localización más frecuente fue la falange proximal (96 casos), seguida de los huesos del carpo (87 casos), las falanges distales (56 casos), metacarpianos (31 casos) y falange media (19 casos).

El manejo varía desde la resección en bloque, la biopsia escisional, y el curetaje con o sin injerto óseo. La escisión mediante curetaje suele ser incompleta en comparación con la resección en bloque y puede aumentar el riesgo de recurrencia. La tasa de recurrencia del osteoma osteoide tratado con cirugía es aproximadamente de un 12%⁴.

Otra posibilidad de tratamiento para el osteoma osteoide es la ablación por radiofrecuencia guiada por TC. Sin embargo, este tratamiento puede resultar difícil en los localizados en la mano o pie, por la proximidad del paquete neurovascular que puede ser dañado con la propia ablación (lesión térmica) y sacrifica el potencial examen histopatológico. Este riesgo es mayor todavía en los pacientes pediátricos debido al pequeño tamaño de las lesiones y la proximidad de importantes estructuras neurovasculares. Sin embargo, Kuyumcu⁷ presenta dos casos de pacientes pediátricos, uno con un osteoma osteoide en la mano y otro en el pie, que fueron tratados con ablación por radiofrecuencia mediante una sonda de calibre 22 y 2.5 mm. Según el autor el volumen de ablación más pequeño alcanzado con esta pequeña sonda, protege las estructuras neurovasculares vecinas y produce la ablación efectiva del nidus del osteoma osteoide, por lo que recomienda la aplicación de este método dado el éxito obtenido. Otro caso de osteoma osteoide localizado en el escafoides carpiano en un paciente de 21 años tratado mediante ablación por radiofrecuencia es el publicado por Michaelides⁸.

El TC es considerado como la modalidad de imagen más específica para identificar el osteoma osteoide, dada la sensibilidad de la RM para registrar la reacción de las partes blandas circundantes al nidus que puede confundir el diagnóstico. La gammagrafía suele tener éxito en la confirmación del diagnóstico de osteoma osteoide, pero se han descrito casos de falsos negativos. La histología proporciona el diagnóstico definitivo de osteoma osteoide.

En el caso presentado ninguna de las tres pruebas complementarias permitieron identificar la lesión como osteoma osteoide, solo con la biopsia se pudo realizar el diagnóstico definitivo. Además, como tras la escisión de la lesión en bloque no se produjo un compromiso en la integridad de la falange, no se decidió la interposición de injerto óseo.

Hamdi⁹ presenta 10 casos de osteoma osteoide localizados en falange proximal, 4 casos en falange media, y 3 casos en metacarpianos. Todos los pacientes presentaban un dolor que se incrementó de forma gradual que se convirtió más tarde en constante y severo. También presentaban con frecuencia una tumefacción de partes blandas localizada en el sitio del tumor, y una hipertrofia tubular y fusiforme en la falange proximal y media. Solo 10 pacientes presentaban la característica forma del nidus en la radiografía simple. Todos los casos fueron tratados mediante escisión y curetaje óseo, y el defecto óseo creado fue rellenado inmediatamente con hueso esponjoso autólogo de cresta ilíaca. Este autor también confirma que en la mano y muñeca, la típica imagen de nidus puede estar ausente, y el tumor puede tomar diferentes apariencias radiológicas.

Por último, Goto¹⁰ propone la utilización de antiinflamatorios no esteroideos como tratamiento conservador del osteoma osteoide, durante 2-36 meses (media de 18 meses), pues puede acelerar la curación espontánea y puede ser una opción importante a la escisión quirúrgica en el tratamiento del osteoma osteoide.

Conclusiones

El osteoma osteoide de localización en la mano es poco frecuente pero debe ser sospechado en pacientes adultos menores de 40 años que presentan dolor crónico focalizado, que empeora por la noche, mejora con antiinflamatorios no esteroideos y no se explica de otra forma. Suele ser difícil realizar el diagnóstico con una radiografía simple y con frecuencia puede confundirse con una osteomielitis crónica. Por este motivo, suelen ser necesarias otras pruebas complementarias de imagen como el TC, la RM o la gammagrafía ósea. El tratamiento de elección en estos casos es la resección en bloque y la escisión por curetaje porque son los tratamientos con menos riesgo de recurrencia.

Bibliografía

1. **Simon MJ, Pogoda P, Hövelborn F, Krause M, Zustin J, y cols.** Incidence, histopathologic analysis and distribution of tumours of the hand. *BMC Musculoskelet Disord* 2014; 15:182-190.
2. **Themistocleous GS, Chloros GD, Benetos IS, Efstathopoulos DG, Gerostathopoulos NE, Soucacos PN.** Osteoid osteoma of the upper extremity. A diagnostic challenge. *Chir Main* 2006; 25(2):69-76.
3. **Torrent J, Bailez A, Asunción J.** Recurrence of an intra-articular osteoid osteoma of the great toe: a case report and review of the literature. *J Surg Case Rep* 2017; 1:1-4.
4. **Liu EH, Stone N, Alowani SO, Thoma A.** Proximal phalanx osteoid osteoma: A case report and literature review. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2017; 5(5):e1332.
5. **Seker A, Unal MB, Malkoç M, Kara A, Sarikaya IA, Bulbul AM.** A rare localization of osteoid osteoma – Presentation of two cases. *Srp Arh Celok Lek* 2016; 144(9-10):553-6.
6. **Jaehn T, Sievers R, Wanninger A, Kaiser J, Kaiser A, Reichert B.** Osteoid osteoma in the scaphoid bone as cause of radiocarpal pain in a 15-year-old patient. *Unfallchirurg* 2018; 121(6):497-501.
7. **Kuyumcu G, Sundaram M, Schils J, Ilaslan H.** Osteoid osteoma of the hand and foot in children successfully treated with radiofrequency neurotomy probes. *Skeletal Radiol* 2017; 46(11):1561-5.
8. **Michaelides M, Drakonaki E, Petridou E, Pantziara M, Ioannides C.** Osteoid osteoma of the scaphoid bone associated with flexor carpi radialis calcific tendinitis and treated with CT-guided RF ablation. *Skeletal Radiol* 2018; [En prensa]
9. **Hamdi MF, Tarhouni L, Daghfous M, Bergaoui N, Baccari S.** Osteoid osteoma of the phalanx and metacarpal bone: report of 17 cases. *Musculoskelet Surg* 2015; 99(1):61-5.
10. **Goto T, Shinoda Y, Okuma T, Ogura K, Tsuda Y, Yamakawa K, Hozumi T.** Administration of nonsteroidal anti-inflammatory drugs accelerates spontaneous healing of osteoid osteoma. *Arch Orthop Trauma Surg* 2011; 131(5):619-25.