

Osteoma osteoide de tibia: modalidades terapéuticas a propósito de un caso

Osteoid osteoma of tibia: therapeutic modalities through a case presentation

**Dr. Yosvani Sánchez Pérez; Dr. Markel Frómeta Martínez; Dr. Reynaldo Reyes Casales;
Dr. Youdel Rodríguez Vega**

Hospital Universitario Manuel Ascunce Dmenech. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Fundamento: el osteoma osteoide es un tumor óseo benigno, que no tiene potencial de crecimiento por lo que su tamaño no supera 1,5 cm pese a que la esclerosis que lo rodea le da un aspecto mayor.

Objetivo: mostrar las posibilidades terapéuticas ante un osteoma osteoide.

Caso clínico: paciente de 18 años de edad que presentó dolor en el tobillo izquierdo y se le diagnosticó osteoma osteoide de tibia, por lo cual requirió tratamiento quirúrgico.

Conclusiones: cuando la lesión tumoral asienta en la cortical de un hueso largo, se prefiere la resección por rebanamiento del hueso esclerótico hasta exponer el nido del osteoma osteoide y luego curetaje óseo.

DeCS: OSTEOMA OSTEIOIDE/cirugía; TIBIA; ESTUDIOS DE CASOS; ADOLESCENTE.

ABSTRACT

Background: osteoid osteoma is a benign bone tumor, has no potential for growth, its size does not exceed 1.5 cm while sclerosis that surrounds it gives a greater aspect.

Objective: to show the therapeutic possibilities in the face of an osteoid osteoma.

Case report: an 18-year-old patient presented with pain in the left ankle was diagnosed with osteoid osteoma of tibia, the patient required surgical treatment.

Conclusions: when the tumoral lesion is based on the cortex of a long bone, is preferred resection by slicing the sclerotic bone to expose the nest of osteoid osteoma, and then bone curettage.

DeCS: OSTEOMA, OSTEOID/surgery; TIBIA; CASE STUDIES; ADOLESCENT.

INTRODUCCIÓN

El osteoma osteoide es un tumor óseo benigno, que no tiene potencial de crecimiento por lo que su tamaño no supera 1,5 cm pese a que la esclerosis que lo rodea le da un aspecto mayor. Afecta con mayor frecuencia a los varones jóvenes, la mayoría aparecen en las tres primeras décadas de la vida sobre todo entre los 10 y 20 años de edad, aunque se han descrito lesiones ocasionales en pacientes mayores.¹⁻³ Prácticamente cualquier hueso puede estar afectado, pero con mayor frecuencia en la cortical de la metáfisis de los huesos largos de las extremidades inferiores ^{1, 2, 4} solo afecta en un 10 % a la columna vertebral. El tumor puede asentar en el hueso cortical o esponjoso, lo que provoca un aspecto radiológico distinto; el 5 % de los osteomas osteoides son subperiósticos. Se han descrito focos multicéntricos, aunque nunca se ha demostrado ningún cambio maligno.

El paciente presentaba dolor que empeoraba por las noche y se aliviaba con salicilatos. Cuando el tumor crece próximo a una articulación puede mostrar inflamación y rigidez. Cuando asienta en una vértebra generalmente es a nivel del arco, lo que puede provocar escoliosis. Ocasionalmente evoluciona con dolor mínimo. En los niños puede haber sobrecrecimiento y deformidades angulares. ^{1, 2, 5, 6}

Las radiografías habituales son con frecuencia diagnósticas, aunque es necesario realizar gammagrafía ósea, tomografía computarizada y resonancia magnética, para localizar la lesión con más exactitud. La tomografía axial computarizada (TAC) puede detectar el nido donde la radiografía solo muestra esclerosis y engrosamiento. La gammagrafía es útil para detectar pequeñas lesiones, donde el signo de la doble densidad de captación del trazador es sugestivo del tumor. La imagen consiste en un área focal de actividad aumentada con una segunda región más pequeña y superpuesta en la que hay una mayor captación ¹, se han descrito algunos casos con gammagrafía negativa y es en esos casos donde la resonancia magnética adquiere un gran valor por su poder de resolución.

CASO CLÍNICO

Paciente de 18 años de edad, masculino, con antecedentes de Asma Bronquial, que acude a consulta refiere dolor a nivel del tobillo izquierdo desde hace dos meses; que se agudizó en las últimas semanas. El dolor aumenta con las actividades físicas, solo se alivia con los antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Al examen físico se constató dolor y aumento de volumen por encima del maléolo tibial izquierdo.

Las radiografías de tibia izquierda vista anteroposterior y lateral mostraron engrosamiento de la cortical externa del tercio distal de la tibia. Se indicó TAC comparativa de ambas tibias. (Figura 1 y 2)



Figura 1. TAC, corte frontal de ambas tibias

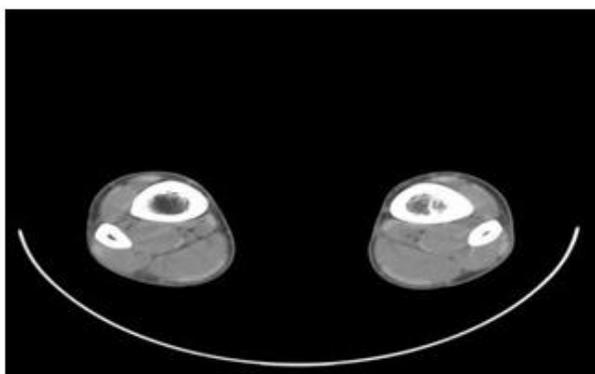


Figura 2. TAC: corte axial de tibia y peroné comparativo

La cual mostró engrosamiento de la cortical externa con imagen hipodensa en su interior. Se indicó analítica preoperatoria en la que se recibió una hemoglobina de

14gr/l, tiempo de coagulación y sangramiento en 9 y 1 min respectivamente, además el eritrosedimentación fue de 10ml/h

Una semana después recibió tratamiento quirúrgico mediante resección por rebanamiento del hueso cortical externo reactivo guiado por el intensificador de imagen y curetaje del nido. El estudio histopatológico informó posteriormente un osteoma osteoide. La evolución postoperatoria fue satisfactoria y sin complicaciones, recibió al egreso tratamiento rehabilitador. A los cuatro meses de la cirugía el paciente no presentó dolor y se incorporó a sus actividades habituales.

DISCUSIÓN

Para conseguir la cura del osteoma osteoide es necesario resecar todo el nido. La mayoría de los autores como Espín, et al,⁶ y Slullitel, et al,⁷ aconsejan una resección en bloque o sea del nido y todo el hueso reactivo esclerótico que lo rodea, por lo que es aconsejable practicar radiografías intraoperatorias para comprobar la resección completa del nido; sin embargo cuando la lesión está situada en la cortical, este método supone un importante riesgo de fractura subsiguiente. Un método alternativo según Fernández, et al,⁸ es rebanar el hueso reactivo con un escoplo afilado hasta que se encuentra el nido y luego curetaje de este una vez expuesto. Recientemente Bosch,² Velan,⁵ Marchegiani, et al,⁹ han reportado la extirpación percutánea del nido localizándolo con ayuda de la tomografía computarizada, insertando una aguja de kirschner en el nido, se introduce en el hueso sobre el kirschner guía, una pinza sacabocados de biopsia. La resección percutánea guiada por el tomógrafo permite una localización y extracción precisa del nido a través de un pequeño acceso sin necesidad de retirar una gran cantidad de hueso, aunque se reconoce que solo esta indicada para lesiones pequeñas en las cuales no será necesario rellenar de injerto óseo. Se reportaron recidivas después de extirpaciones aparentemente completas, pero son raras. La dificultad de encontrar el nido y el deseo de dañar lo menos posible el hueso favoreció el desarrollo de la resección percutánea bajo control tomográfico, con poco tiempo de hospitalización y rápida reincorporación a la vida habitual.²

Algunos autores describen inicialmente la ablación mediante radiofrecuencia percutánea ambulatoria para los osteomas osteoides y creen que los resultados son

similares a los de la exéresis quirúrgica, esta técnica requiere de una aguja de biopsia a través de la cual se coloca el electrodo de radiofrecuencia. La temperatura de la punta se eleva hasta 90 grados centígrados durante 6min, esta técnica no se recomienda en un osteoma osteoide que se encuentre cerca de estructuras neurovasculares, por lo que en la columna vertebral no es aconsejable.¹ Aunque recientemente Alexandre, et al,⁴ reportaron un caso de osteoma osteoide en el cuerpo de la cuarta vértebra lumbar que trató con radiofrecuencia guiada por tomografía axial computarizada sin complicación.

También Duboy, et al,¹⁰ reportaron resección por vía artroscópica de un osteoma osteoide a nivel del cuello del talo, resecando con trefina motorizada y ablación con radiofrecuencia.

Algunos autores describen la desaparición espontánea de osteomas osteoides después de una observación prolongada durante dos a ocho años y tratamiento sintomático en pacientes que han rechazado la cirugía o con poca sintomatología. Recientemente Segur, et al,¹¹ reportaron cuatro casos de osteoma osteoide tratados con antiinflamatorios no esteroideos por seis meses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Robert K and Heck Jr. Campbell's Operative Orthopaedics [CD-ROM]. Tennessee, USA: Mosby Elsevier; 2008.
2. Bosch EO, Raimann RB, Vargas PH, Soffia PS, Delgado GP, Alegría JB, et al. Osteoma osteoide: resección percutánea guiada por tomografía computada. Rev Chilena Rad. 2005; 11(2):45-50.
3. Cabrera VF, Ramírez PS, Rojas PC, Blanco MC. Osteoma osteoide del calcáneo: caso clínico. Rev Chilena Ort Traumatol. 2008; 49(2):88-93.
4. Alexandre FC, Tarcisio BF, Reginaldo PO, Almir FB, William GJT. Treatment of osteoid osteoma in the vertebral body of the lumbar spine by radiofrequency ablation. Clinics Sao Paulo. 2007; 62(6):785-90.

5. Velan O, Ayzaguer A, Endara BD, Lambertini RG. Radiología intervencionista en el tratamiento del osteoma osteoide: percutaneous treatment with CT guidance. Rev Argentina Radiología. 2004; 68(4):373-82.
6. Espin LG, Flores Morales M, Hidalgo Pérez O. Osteoma osteoide: nuevas técnicas de tratamiento a propósito de un caso. Rev Ecuatoriana Ort Traumatol. 2008 ago; 10(1):33-8.
7. Slullitel H, Gruenberg M, Valacco M, Sola C, Ortolan E. Tratamiento quirúrgico del osteoma osteoide de la columna vertebral. Rev Aso Argentina Ort Traumatol. 2006 mar; 71(1):6-10.
8. Fernández C, Miranda MG, Fiore N. Tumores espinales primarios en la infancia: epidemiología, diagnóstico, estadificación y tratamiento. Revista de la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología mar. 2010; 75(1): 13-26.
9. Marchegiani S, Devallis JP, Marangoni A, Allende V, Allende B. Resección del osteoma osteoide por vía percutánea: resultados en 23 pacientes. Rev Aso Argentina Ort Traumatol. 2003 sep; 68(3):173-9.
10. Duboy UJ, Wainer EM, Cheyre EJ. Caso clínico: resección artroscópica de osteoma osteoide de cuello del talo. Rev Chilena Ort Traumatol. 2006; 47(4):175-9.
11. Segura FP, Segura FV. Tratamiento farmacológico del osteoma osteoide. A propósito de 4 casos. Rev Soc Ort Traumatol Córdoba. 2006 oct; 6(1):21-4.

Recibido: 13 de junio de 2011

Aprobado: 4 de mayo de 2012

Dr. Yosvani Sánchez Pérez. Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología.
Hospital Universitario Manuel Ascunce Dmenech. Camagüey, Cuba. Email:
yamicel@finlay.cmw.sld.cu