

HOSPITAL GENERAL DOCENTE  
"MÁRTIRES DEL 9 DE ABRIL"  
SAGUA LA GRANDE, VILLA CLARA

**INFORME DE CASO**

OSTEOMA OSTEOIDE EN LOCALIZACIÓN ATÍPICA: HUESO ESCAFOIDES  
CARPIANO. PRESENTACIÓN DE UN PACIENTE.

Por:

Dr. Lázaro Martínez Estupiñán<sup>1</sup>, Dr. Orfilio Valdesuso Hernández<sup>2</sup> y Dr. Sergio Morales Piñeiro<sup>3</sup>

1. Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología. Instructor. ISCM-VC. Filial de Sagua La Grande.
2. Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología.
3. Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología. Asistente. ISCM-VC.

**Descriptor DeCS:**

OSTEOMA OSTEOIDE

**Subject headings:**

OSTEOMA, OSTEOID

El osteoma osteoide es una enfermedad tumoral benigna, poco común, que frecuentemente aparece en los huesos largos de los miembros inferiores, y menos frecuentemente en las falanges y las vértebras, ya sea en el cuerpo, láminas o apófisis<sup>1,2</sup>. Es una neoplasia que no genera metástasis, su tamaño es generalmente pequeño (menos de 2 cm de diámetro); las primeras publicaciones sobre este tumor fueron realizadas por Jaffe en 1935<sup>3</sup>.

La lesión se expresa clínicamente como dolor severo, que se presenta casi siempre en las noches y desaparece súbitamente con los antiinflamatorios no esteroideos<sup>1,2,4</sup>. Su localización es variable, y han llegado a presentarse en lugares poco comunes, como el cuello del fémur, el sacro<sup>5</sup> y el calcáneo<sup>6</sup>; normalmente existe dificultad para la realización del diagnóstico de estos procesos tumoroides, ya que sus síntomas y signos, así como el examen físico pueden enmascarar la lesión, y no ser factible un diagnóstico temprano.

**Presentación del paciente:**

Paciente femenina, de piel blanca y 36 años de edad, que acude a consulta especializada en su área de salud, pues presenta hace más de seis meses dolor en la muñeca derecha. Fue interpretado como una tendinitis y se puso tratamiento en esa primera ocasión con analgésicos, reposo e inmovilización con yeso, pero no existió mejoría después del mismo. Posteriormente fue tratada con antiinflamatorios no esteroideos y fisioterapia; el cuadro mejoró por algunas semanas, pero no llegó a estar totalmente bien.

En esta primera consulta nos llamó la atención que el dolor fuese más intenso en las noches, pero no tenía trastornos parestésicos en los dedos; el músculo tenar estaba bien delimitado y desarrollado. Al examen físico encontramos que el dolor estaba conservado sobre la tabaquera anatómica, pero no existían antecedentes de trauma sobre la mano; observamos atrofia moderada de los músculos interóseos y rigidez discreta de la muñeca; los tendones estaban normales.

Por todo lo anterior, se realizan rayos X anteroposterior y lateral de la mano, y lateral de muñeca. En este estudio (Fig A) hallamos lesión tumoral quística con esclerosis de los bordes, bien delimitada y de  $\pm 0,7$  cm de diámetro. Se le indica estudio hematológico, cuyo resultado fue

totalmente normal; por ende, se hace necesario el tratamiento quirúrgico para realizar biopsia de la lesión.

En el salón de operaciones se realizó exéresis de la lesión, curetaje de la zona (Fig B), se colocó injerto de esponjosa (Fig C) y se cerró por planos la herida.



Figura Rayos X de las lesiones producidas por el proceso sobre el espesor del hueso escafoides carpiano.  
A- Imagen inicial de la lesión.  
B- Imagen transoperatoria de la lesión.  
C- Imagen después de haber introducido injerto de esponjosa en el agujero dejado por la exéresis de la lesión.

La muestra extraída del hueso escafoides fue enviada al Dpto. de Anatomía Patológica para su estudio hístico. Colocamos yeso braquial por tres semanas, y luego yeso antebraquial por dos semanas más. Su evolución fue satisfactoria, y se continuó valorando por consulta externa durante tres años, sin que se presentara recidiva de la lesión.

El informe anatomopatológico indica presencia de tejido grisáceo de unos 0,6 cm de diámetro, y un área de sus bordes se halla esclerótica; el informe hístico de la pieza indica presencia de masas de osteoide irregulares, con células elongadas y fusiformes; existen espículas en miniatura de forma radial alrededor de los nidos de osteoide, y en la periferia, compacta y esclerótica, las espículas corren en dirección contraria, por lo que semejan rodear la lesión, todo cual lo que concuerda con el diagnóstico de osteoma osteoide.

#### Comentario

Los procesos tumoroides, como el osteoma osteoide, son lesiones poco frecuentes, aunque en la bibliografía existe buena cantidad de trabajos sobre ellos, pero su localización atípica es aún menos frecuente. Marcuzzi, en Modena, Italia, revisó 16 casos de este tipo de lesión en la mano y la muñeca, y plantea que su diagnóstico es muy difícil<sup>7</sup>. Encontramos otro trabajo en el que existe

lesión en la mano sobre uno de los huesos del carpo, donde se hace hincapié en las dificultades para el diagnóstico<sup>8</sup>.

En nuestro caso realizamos diagnóstico diferencial de lesiones inflamatorias tendinosas, de un síndrome del túnel del carpo, de una enfermedad de Quervain y de lesiones traumáticas del hueso escafoides carpiano.

Existen varios trabajos sobre el enfoque terapéutico y la conducta ante estos procesos; algunos autores plantean que la terapia percutánea es una opción, pero pueden existir recidivas de la lesión<sup>9</sup>; otros se refieren al uso de la terapia láser percutánea; por último, hay quienes utilizan el curetaje, escisión de la lesión o ambas. En nuestro caso, decidimos realizar curetaje de la lesión y escisión del nicho y sus paredes; además, por ser el hueso escafoides tan vulnerable a los traumatismos, se colocó injerto óseo esponjoso y yeso para proteger la muñeca.

Esta paciente es un ejemplo de que no siempre las lesiones son diagnosticadas y tratadas fácilmente; un interrogatorio minucioso, un examen físico adecuado, su tratamiento correcto y un seguimiento consciente, posibilitan la mejoría de las lesiones, como sucedió en este caso.

### ***Referencias bibliográficas***

1. Winkelmann S, Hirsch W, Burdach S, Horneff G, Therapy of osteoid osteomas- always surgically. *Klin Padiatr* 2003;215(1):35-9.
2. Molley S, Saifundin A, Allibone J, Taylor BA. Excision of an osteoid osteoma from the body of axis through an anterior approach. *Eur Spine J* 2002;11(6):599-601.
3. Jaffe H. Osteoid osteomas. *Arch Surg* 1935;31:709-13.
4. Witt J. Management of osteoid osteomas. *Hosp Med* 2002;63(4):207-9.
5. Boretz RS, Lonner BS. Atypical presentation of an osteoid osteoma in a child. *Am J Orthop* 2002;31(6):347-8.
6. Christodowlou A, Ploumis A, Karkavelas G, Terzidis I, Tsagias I. A rare case of juxtaarticular osteoid osteoma of the calcaneus initially misdiagnosed as juvenile chronic arthritis. *Arthritis Rheum* 2003;48(3):776-9.
7. Marcuzzi A, Acciaro AL, Landi A. Osteoid osteoma of the hand and wrist. *J Hand Surg [Br]* 2002;27(27):440-3.
8. Uda H, Miznzekit T, Tsuge K. Osteoid osteoma of the metacarpal bone presenting after an injury. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 2002;36(4):238-42.
9. Schmidt RB, Staatz G, Ihme N, Merker R, Bucker A. Treatment of osteoid osteoma percutaneous procedure with open surgery. *Orthop Ibres Grezgeh* 2002;140(2):203-7.
10. Marchal C, DaxHelet B, Gobert P, Kinzinger P. Surgical treatment of osteoid osteoma of the spine using intraoperative scintigraphy. *Acta Orthop Belg* 2002;68(3):301-5.