

CASOS CLÍNICOS

OSTEOMA OSTEÓIDE DEL TERCER METATARSIANO. A PROPÓSITO DE UN CASO

SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA.
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO. SALAMANCA.

L.R. RAMOS PASCUA
A. ALONSO LEÓN
J.M. CURTO GAMALLO
J.A. SANTOS SÁNCHEZ

RESUMEN

Se presenta el caso de un osteoma osteoide en la diáfisis del tercer metatarsiano en una paciente de 17 años de edad. La sintomatología desapareció inmediatamente después de la resección en bloque de la lesión. La reconstrucción se realizó con aloinjerto liofilizado.

Palabras clave: Osteoma osteoide. Metatarsiano. Resección en bloque. Aloinjerto.

ABSTRACT

We report the case of a 17 year-old woman with a clinical history suggesting an osteoid osteoma of the shaft of the 3rd metatarsal. Complete relief was obtained following en bloc excision of the lesion. Reconstruction was made with lyophilized allograft.

Key words: Osteoid osteoma. Metatarsal. En bloc excision. Allograft.

INTRODUCCIÓN

El osteoma osteoide es un tumor osteoblástico benigno constituido por un tejido celular muy vascularizado de hueso inmaduro y tejido osteoide en proporciones variables. Constituye el 13% de todas las lesiones óseas benignas y suele diagnosticarse en los grandes huesos largos de las extremidades inferiores de adolescentes o adultos jóvenes, a partir de sus característicos datos clínicos y de imagen (14). El tratamiento de elección es la resección en bloque, aunque en la actualidad otros con menos morbilidad están desplazando a aquél (3, 4, 6, 9-11, 15, 16). En los metatarsianos del pie son muy poco frecuentes (5).

En el Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital Clínico Universitario de Salamanca hemos tratado, desde 1979 hasta la ac-

tualidad, un total de 21 osteomas osteoides. Dos de ellos se localizaron en huesos del pie: uno en el astrágalo y otro, motivo de la presente comunicación, en el tercer metatarsiano.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 17 años de edad que consulta por metatarsalgia en su pie izquierdo de varios meses de evolución, sin antecedente traumático. El dolor era continuo, de predominio nocturno y cedía significativamente con la ingesta de ácido acetil salicílico. En la radiografía simple se observaba una reacción perióstica sólida en la diáfisis del tercer metatarsiano (Fig. 1), y en la gammagrafía ósea, un foco hipercaptante localizado en el mismo lugar. La TAC descubrió una imagen osteolítica redondeada en la cortical dorsal de la diáfisis del me-

Correspondencia:

Dr. L. RAMOS PASCUA

S. de Traumatología y C. Ortopédica. Hospital Clínico Universitario - 37007 SALAMANCA

En Redacción: Junio 2002

tatarsiano (Fig. 2), con una pequeña calcificación en su interior, correspondiente al nidus del sospechado osteoma osteoide, que el estudio anatómopatológico posteriormente confirmaría.

A través de un abordaje dorsal longitudinal la lesión fue resecada en bloque. El espacio resultan-



Fig. 1. Rx simple en proyección dorso-plantar del pie, mostrando la reacción perióstica sólida en la diáfisis del tercer metatarsiano, con el nidus insinuándose en su interior.

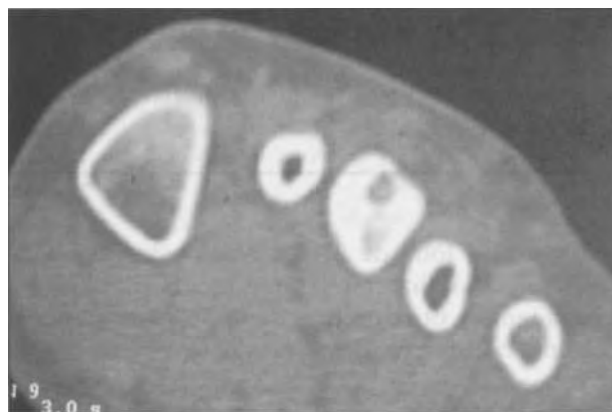


Fig. 2. Corte axial en TAC a nivel del nidus, en la cara dorsal de la cortical del tercer metatarsiano.



Fig. 3. Detalle intraoperatorio después de la reconstrucción con aloinjerto liofilizado fijado con 2 tornillos de minifragmentos.



Fig. 4. Control radiográfico postoperatorio del caso al cabo de 4 años.

te se reconstruyó con un fragmento tallado de aloinjerto liofilizado que se fijó con 2 tornillos de minifragmentos (Figs. 3 y 4). El pie fue inmovilizado durante un mes y la descarga se mantuvo otro mes más. Al cumplirse el tercero fue dada de alta sin dolor y con una buena función.

En la actualidad, 4 años después de la intervención, la paciente continúa asintomática y hace una vida absolutamente normal.

DISCUSIÓN

Los tumores óseos del pie son relativamente infrecuentes. Menos del 2% de todos los primitivos se localizan allí, y la mayoría son de naturaleza benigna (2). Los de estirpe condral, y en segundo lugar, los formadores de tejido óseo, predominan sobre el resto.

Los osteomas osteoides del pie suponen el 1.3-15.4% del total en el esqueleto (2). El mayor número se localiza en los huesos del tarso, con predilección por el astrágalo (5, 13). En la serie de 860 osteomas osteoides recopilados por Jackson y cols. (5), el 1,98% de los casos se localizaron en las falanges, y el 1,74% en los metatarsianos. Las publicaciones específicas relativas a estos son muy raras (8). Algo más frecuentes son las referencias a osteoblastomas (1, 12, 17).

Mientras que los osteomas osteoides de los huesos del tarso a menudo son yuxtaarticulares y subperiósticos, en los metatarsianos, por ser huesos tubulares, la mayoría son formas corticales. Éstas, a diferencia de aquéllas y de los casos de las falanges (7), suelen mostrar los hallazgos radiográficos típicos del tumor en sus localizaciones habituales del fémur y la tibia. Por este motivo el diagnósti-

co de nuestro caso no se demoró en el tiempo. Por otra parte, el manejo clínico tampoco difiere del habitual en otras localizaciones.

La resección en bloque del nidus es el tratamiento clásico del osteoma osteoide, y asegura un buen resultado cuando la lesión es extirpada completamente, independientemente de la localización del tumor. Después de una resección intercalar hemicortical en los metatarsianos, la reconstrucción con aloinjertos corticales tallados es un procedimiento de poca morbilidad que los fortalece.

Con el fin de extirpar selectivamente el tejido patológico tumoral, puesto que es innecesario hacer lo mismo con el hueso reactivo circundante, se ha propuesto el curetaje o el fresado selectivo del nidus guiándose por técnicas inmuno-fluoroscópicas, escintigráficas o tomodensitométricas (4, 6, 10, 15, 16). La fotocoagulación intersticial con láser (3) o mediante ondas de radiofrecuencia aplicadas con un electrodo percutáneo (9, 11) son otras posibilidades. Aunque el resultado del tratamiento que realizamos en nuestro caso fue satisfactorio, pensamos que en la actualidad también podría haberse beneficiado de alguno de los métodos descritos y que ya hemos introducido en nuestro Servicio (9).

BIBLIOGRAFÍA

- (1) ELLIS, B.I.; SHIER, C.K.; GABA, A.R.; OHORODNIK, J.M. y HAGGAR, A.M.: Case report 538. Osteoblastoma of the second metatarsal. *Skeletal Radiol.*, 18: 228-232, 1989.
- (2) FERRÁNDEZ, L.; MAÑAS, A.; RAMOS, L., y ORTIZ, E.: Tumores del pie. En "Biomecánica, medicina y cirugía del pie", pp. 256-279, Barcelona, Masson, 1997.
- (3) GANGI, A.; DIETEMANN, J.L.; CLAVERT, J.M.; DODELIN, A.; MORTAZAVI, R.; DURCKEL, J. y ROY, C.: Traitement des ostéomes ostéoïdes par photocoagulation au laser. A propos de 28 cas. *Rev. Chir. Orthop.*, 84: 676-684, 1998.
- (4) ICETON, J. y RANG, M.: An osteoid osteoma in an open distal femoral epiphysis. *Clin. Orthop.*, 206: 162-165, 1986.
- (5) JACKSON, R.P.; RECKLING, F.W. y MANTZ, F.A.: Osteoid osteoma and osteoblastoma. Similar histologic lesions with different natural histories. *Clin. Orthop.*, 128: 303-313, 1977.
- (6) KOHLER, R.; RUBINI, J.; POSTEC, F.; CANTERINO, I., y ARCHIMBAUD, F.: Traitement de l'ostéome ostéoïde par forage résection percutané sous contrôle tomodynamométrique (F.R.O.P.). A propos de 27 cas. *Rev Chir Orthop*, 81: 317-325, 1995.
- (7) MODREGO, F.J.; SERAL, B.; CATIELLA, T. Y SERAL, F.: Osteoma osteoide localizado a nivel de las falanges de los pies: tres casos. *Rev. Med. Cir. Pie*, 2: 31-33, 2000.
- (8) PATTERSON, B.T. y PETERS, V. J.: Osteoid osteoma of the fourth metatarsal: a case report. *J. Am. Podiatry Assoc.*, 71: 328-330, 1981.
- (9) RAMOS, L.; SANTOS, J. A.; MARTÍN, M. J.; SANTOS, G. y CONDE, P.: Tratamiento del osteoma osteoide del cuello femoral mediante termocoagulación del nidus. *Rev. Ortop. Traum.*, 44: 401-405, 2000.
- (10) ROGER, B.; BELLIN, M.F. y WIOLAND, M.: Osteoid osteoma: CT-guided percutaneous excision confirmed with immediate follow-up scintigraphy in 16 outpatients. *Radiology*, 201: 239-242, 1996.
- (11) ROSENTHAL, D.I.; SPRINGFIELD, D.S.; GEBHARDT, M.C.; ROSENBERG, A.E. y MANKIN, H.J.: Osteoid osteoma: percutaneous radio-frequency ablation. *Radiology*, 197: 451-454, 1995.
- (12) SEGAL, P.; HOFFEL, J.C.; ABADOU, H.; DEHOUX, E.; ADNET, J.J. y HERBINET, P.: Osteoblastoma of the 1st. metatarsal bone. A propos of a case. *J. Radiol.*, 68: 533-535, 1987.
- (13) SHEREFF, M.J.; CULLIVAN, W.T. y JOHNSON, K.A.: Osteoid osteoma of the foot. *J. Bone Joint Surg.*, 65A: 638-641, 1983.
- (14) UNNI, K.K.: Osteoid osteoma. In: "Dahlin's bone tumors. General aspects and data on 11.087 cases", pp. 121-130, Philadelphia, Lippincott-Raven, 1996.
- (15) VOTO, S.J.; COOK, A.J.; WEINER, D.S.; EWING, J.W. y ARRINGTON, L.E.: Treatment of osteoid osteoma by computed tomography guided excision in the pediatric patient. *J. Pediatr. Orthop.*, 10: 510-513, 1990.
- (16) WARD, W.G.; ECKARDT, J.J.; SHAYESTEHFAR, S.; MIRRA, J.; GROGAN, T. y OPPENHEIM, W.: Osteoid osteoma diagnosis and management with low morbidity. *Clin. Orthop.*, 291: 229-235, 1993.
- (17) WU, K.K.: Osteoblastoma of the foot. *J. Foot Surg.*, 27: 92-94, 1988.