

Osteoma osteoide en la mano. Revisión a largo plazo

Osteoid osteoma of the hand. A long-term review

NAVARRETE FAUBEL, F. E.; CHOVER ALEDÓN, V.; VILAR DE LA PEÑA, R.; ALONSO IGLESIAS, R., y CHUMILLAS LUJÁN, M. J.*

*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (Dr. F. Baixauli Castellá). *Servicio de Neurofisiología.
Hospital Universitario La Fe. Valencia.*

RESUMEN: Presentamos una revisión a largo plazo de seis casos de osteoma osteoide localizados en mano y muñeca. El período medio de seguimiento fue de 11 años (mínimo: 9,5 y máximo: 14,5 años). Dos lesiones estaban en el tercer metacarpiano, una en el trapecio, una en el hueso grande y una en la falange proximal del segundo dedo. Se incluyó en la serie un osteoma de la apófisis estiloides del radio. Todas fueron sometidas a tratamiento quirúrgico que resolvió definitivamente la clínica. Hubo un caso en el que persistió la lesión tras la cirugía debido a una resección insuficiente, lo que obligó a realizar una nueva intervención, resolviéndose el cuadro. No se encontró ninguna recidiva a largo plazo. El objetivo del estudio es valorar los resultados del tratamiento aplicado y la evolución de los pacientes a largo plazo. Se comparan los resultados con otras series publicadas en la literatura.

PALABRAS CLAVE: Tumor óseo. Osteoma osteoide. Mano. Muñeca. Cirugía.

ABSTRACT: A long-term review was made of six cases of osteoid osteoma of the hand or wrist. The mean follow-up period was 11 years (range: 9.5 to 14.5 years). Two lesions were located on the third metacarpal, one on the trapezium, one on the capitate, and one on the proximal phalanx of the second finger. The series included an osteoma of the radial styloid apophysis. All patients underwent surgery, which definitively resolved the clinical manifestations. In one patient, the lesion persisted after surgery due to insufficient resection and the patient required reoperation, which resolved the condition. No long-term recurrence was observed. The aim of the study was to evaluate the results of treatment and long-term outcome of patients. Results were compared to published series.

KEY WORDS: Bone tumors. Osteoid osteoma. Hand. Wrist. Surgery.

La localización más frecuente del osteoma osteoide es en huesos largos como el fémur y la tibia, aunque también puede encontrarse en el pie (astrágallo, escafoides, calcáneo) y en los elementos posteriores de la columna, donde suele ser causa de escoliosis secundaria. Su localización en la mano y muñeca es infrecuente, lo que suele producir retrasos diagnósticos así como confusión con otros cuadros inflamatorios locales, ya que la clínica no suele ser tan típica como en otras localizaciones más habituales.

Se presenta una serie de seis osteomas osteoides localizados en la mano y carpo. El objetivo del trabajo es valorar la evolución de los pacientes a largo plazo, con un seguimiento medio de 11 años. Para contrastar los resultados, se ha comparado nuestra serie con la bibliografía.

Material y método

Se revisaron todas las lesiones óseas tumorales benignas de la mano y muñeca atendidas en nuestro hospital durante el período comprendido entre enero de 1975 y diciembre de 1990, encontrando un total de seis osteomas osteoides. La edad media de los pacientes en el momento de la cirugía era de 24 años. La distribución por sexos fue de tres hombres y tres mujeres. El tumor se localizó en dos casos en el tercer metacarpiano, una en la falange proximal del segundo dedo, una en el trapecio, una en el hueso grande y una en la apófisis estiloides del radio (Fig. 1). Todas las lesiones estaban localizadas en el lado izquierdo, excepto el osteoma del hueso grande.

En todos los casos hubo un retraso diagnóstico mínimo de seis meses, siendo el tiempo medio de demora diagnóstica de 13 meses y medio, lo que estuvo originado por la rareza de la localización y por tratarse de un cuadro clínico atípico en su inicio. Tras este período, solamente en dos casos el diagnóstico inicial basado en la clínica y en la radiología fue de osteoma osteoide, siendo en el resto de los casos el proceso confundido con otras patologías. Así, dos casos fueron diagnosticados inicialmente como síndrome de túnel carpiano, debido principal-

Correspondencia:

F. E. NAVARRETE FAUBEL.
Joaquín Ballester, 8, pta. 5. 46009 Valencia.

Recibido: Diciembre de 1999.

Aceptado: Mayo de 2000.

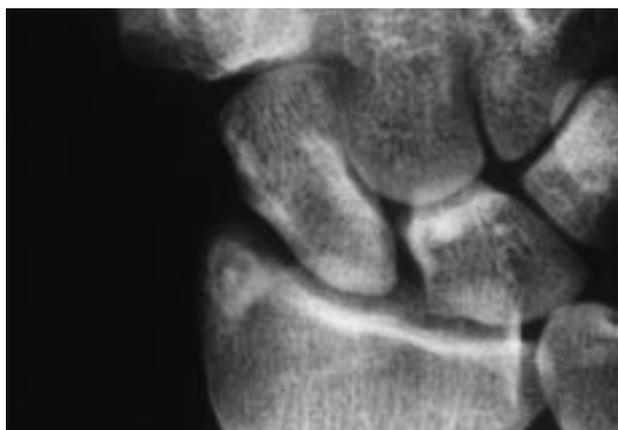


Figura 1. Caso 5: Radiografía anteroposterior de muñeca, que muestra una lesión osteolítica en la apófisis estiloides del radio, con un halo de esclerosis y una calcificación central.

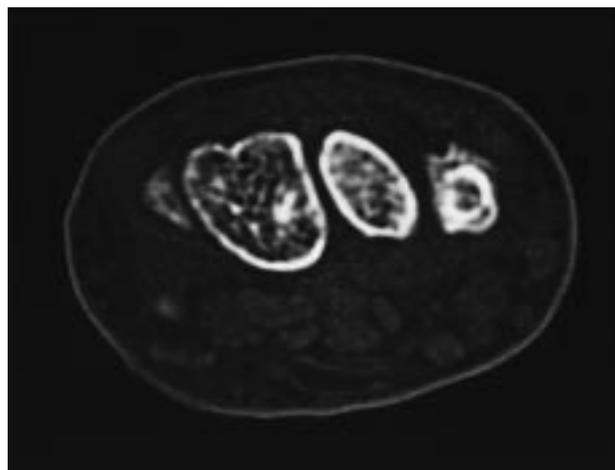


Figura 2. Imagen de TAC de la misma lesión que la figura previa en la que se muestra un corte axial a nivel del carpo. En su vertiente radial (lado derecho de la figura) se aprecia la apófisis estiloides del radio con el nidus.

mente a un dolor que seguía una irradiación y características que remedaban este cuadro. Los otros dos casos en los que se realizó un diagnóstico inicial erróneo fueron aquellos en los que la lesión asentaba en el tercer metacarpiano; así en uno de ellos, dadas las características inflamatorias locales y la presencia de una tumoración local, el cuadro fue etiquetado de osteítis, mientras en el otro caso, debido al dolor y la falta de fuerza y movilidad la paciente se diagnosticó de síndrome algodistrófico. En estos cuatro casos en los que el diagnóstico inicial fue erróneo, la evolución clínica y las pruebas complementarias practicadas hicieron que se reconsiderara el diagnóstico, llegándose al de osteoma osteoide, como posteriormente se comprobaría anatómo-patológicamente (tabla 1).

La clínica en la primera consulta fue de dolor local de predominio nocturno y signos inflamatorios, que se asociaban a pérdida de fuerza y movilidad en la flexo-extensión del carpo. El dolor se irradiaba a antebrazo y hacia los dedos de la mano distalmente, y remitía de forma parcial con la ingesta de salicilatos y antiinflamatorios convencionales. En los casos 5 y 6 los pacientes referían parestesias y sensación de hormigueo, llegando a presentar atrofia de la musculatura tenar e hipotenar.

Las pruebas complementarias empleadas para llegar al diagnóstico fueron la radiografía convencional, y otras que se realizaron de modo ocasional, como la TAC, la gammagrafía y la electromiografía. El diagnóstico se confirmó en todos los casos mediante estudio anatomopatológico de la pieza obtenida en la cirugía.

Resultados

El diagnóstico se fundamentó en la clínica y en la radiología convencional, presentando los pacientes un cuadro inflamatorio de características inespecíficas y una radiología que no mostraba la lesión típica hasta pasados un mínimo de seis meses (Fig. 1). La gammagrafía se practicó en dos ocasiones, apreciándose un aumento de captación del isótopo, por otra parte ayudó a descartar la posibilidad de otros focos captantes. En tres casos se realizó una TAC que mostró de modo más específico la localización y características de la lesión, permitiendo delimitar con mayor exactitud la extensión del osteoma (Figs. 2 y 3). Esta técnica también se empleó en un caso (caso 6) para valorar que la lesión persistía tras la realización de la cirugía ante la no remisión de la sintomatología

Tabla 1. Cuadro resumen de las características clínicas.

Caso	Edad	Sexo	Localización	Lado	Demora diagnóstica (meses)	Diagnóstico inicio
1	16	M	3. ^{er} metacarpiano	Izq.	6	Osteítis
2	40	M	Trapezio	Izq.	24	Osteoma Osteoide
3	29	F	3. ^{er} metacarpiano	Izq.	12	Algodistrofia
4	16	F	F1 del 2. ^o dedo	Izq.	9	Osteoma Osteoide
5	26	M	Estiloides radio	Izq.	7	Sdr. T Carpiano
6	18	F	Grande	Dch.	24	Sdr. T Carpiano

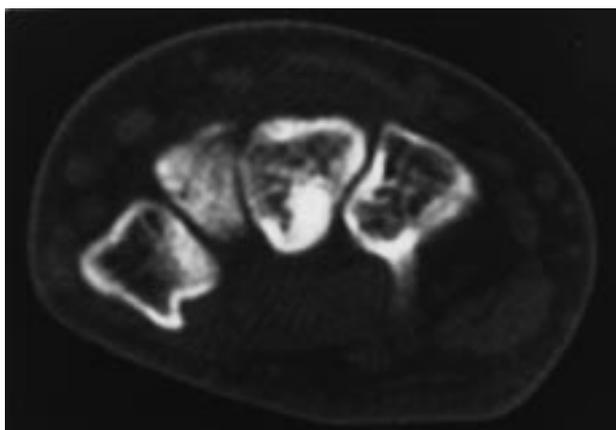


Figura 3. Caso 6: Corte tomográfico a nivel del carpo, donde se aprecia una lesión esclerosa en la porción volar del hueso grande.

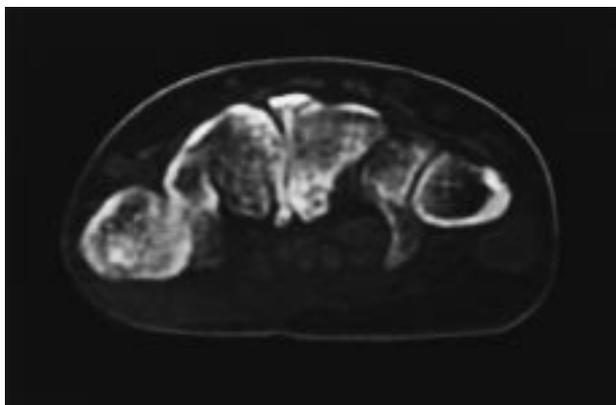


Figura 4. Caso 6: Imagen de TAC a los cinco meses de la cirugía. Se aprecia una persistencia de la lesión tras resección incompleta.

(Fig. 4), y para constatar que se resolvió definitivamente tras la resección intralesional practicada en un segundo tiempo (Fig. 5). En tres casos se practicó una electromiografía que mostraba signos de denervación de la musculatura distal de los territorios explorados, con unas conducciones sensitivo-motoras en los límites bajos de la normalidad.

Los seis pacientes fueron sometidos a tratamiento quirúrgico. En cinco se llevó a cabo una resección intralesional, con aporte de injerto córtico-esponjoso en

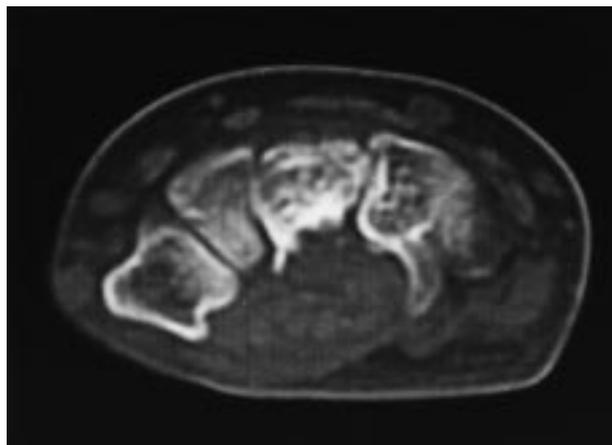


Figura 5. Caso 6: Tras una segunda intervención en la que se practicó una resección intracapsular, el cuadro se resolvió definitivamente, como se muestra en la TAC de control a los dos años.

dos pacientes. El caso en que el osteoma se localizaba en la apófisis estiloides, se trató con una resección marginal. En todos los casos hubo una remisión clínica en las 48 horas siguientes al postoperatorio. La cirugía fue resolutoria en todos los casos, excepto en el caso 6, en el que la resección fue insuficiente, con persistencia de los síntomas, por lo que a los cinco meses se practicó una nueva intervención, realizando una resección intralesional que resultó definitiva (tabla 2).

Se realizó una revisión a largo plazo de estos pacientes, siendo el período medio de seguimiento de 11 años (mínimo: 9,5 y máximo: 14,5 años), con la finalidad de estudiar la evolución de los mismos. Para ello se realizó una revisión clínico-radiológica de los pacientes. Los pacientes estaban todos asintomáticos, no habiendo ningún caso de recidiva clínica, siendo los controles radiográficos negativos (Fig. 6).

Discusión

El primer caso de osteoma osteoide en la muñeca, fue descrito en 1932 por Jaffe, quien tres años después, junto con Mayer, definió las características de este tumor benigno. Representa el 11% de todas las tumoraciones óseas benignas, y su localización

Tabla 2. Cuadro resumen de los procedimientos realizados y seguimiento.

Caso	Pruebas complementarias	N.º cirugías	Técnica	Seguimiento (meses)
1	Rx	1	R. Intralesional	175
2	Rx, TAC	1	R. Intralesional	143
3	Rx	1	R. Intralesional + ICE	126
4	Rx, Gammagrafía, EMG	1	R. Intralesional	126
5	Rx, TAC, Gammagrafía, EMG	1	R. Marginal	120
6	Rx, TAC, EMG	2	R. Intralesional + ICE	115

ICE: Injerto córtico-esponjoso.

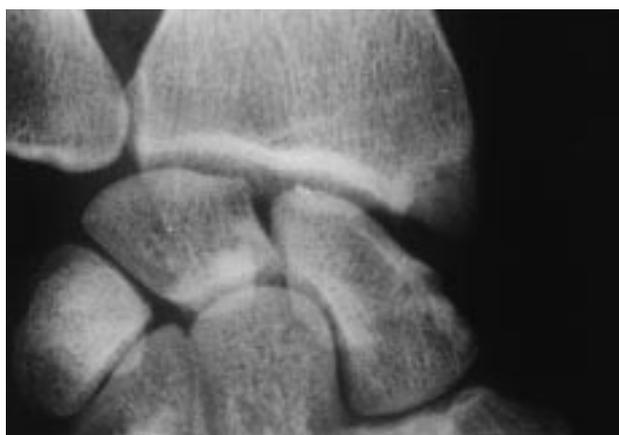


Figura 6. Caso 5: Radiografía tras la resección marginal de la lesión. El control realizado a los 10 años de evolución muestra la ausencia de recidiva.

en la mano es bastante infrecuente, variando según distintas series entre el 2,8% y el 10,2%.^{1,2,6,7,15,16} En cuanto a la distribución de las lesiones dentro de la mano, la localización más frecuente, son las falanges proximales, seguidas de los huesos del carpo, falanges distales, metacarpianos y falanges medias.^{2,3,9,12,13,18,19,26,28}

La mayoría de los artículos publicados sobre osteomas osteoideos en la mano, son casos aislados que se presentan por tratarse de una localización infrecuente.^{3,4,9-13,18-21,25,28} Nosotros presentamos una serie de seis casos con un seguimiento medio de 11 años, y es comparada con otras series publicadas previamente. Nuestra serie es similar a las revisadas tanto en la localización de las lesiones como en la edad de los pacientes, no encontrando ninguna predilección por el sexo, a diferencia de lo que ocurre en la mayoría de ellas, en las que son más frecuentes en varones^{1,2,6,7} (tabla 3). También hemos podido constatar, coincidiendo con otros autores, que cuando estas lesiones asientan en la mano, se produce un retraso diagnóstico de varios meses en la mayoría de los casos, debido principalmente a la discordancia entre la clínica y la ausencia de hallazgos radiológicos, y favorecido por el hecho de ser ésta una localización atípica para esta lesión.^{5,22,24}

Para realizar el diagnóstico, además de la clínica y la radiografía convencional, podemos emplear otras pruebas como la gammagrafía o la TAC y la RM. Otras pruebas, como la angiografía, no suelen practicarse de modo rutinario por ser más invasivas, aunque se han descrito algunos hallazgos característicos para el osteoma.¹⁷ La electromiografía se practicó en tres casos, en dos de los cuales los diagnósticos de sospecha previos fueron una patología neurológica (síndrome de túnel carpiano). En la literatura se han descrito manifestaciones neurológicas asociadas (atrofia muscular, alteraciones de los reflejos, parestesias) que pueden plantear otros diagnósticos diferenciales, siendo este el motivo del estudio electromiográfico y cuyos hallazgos orientaron a la búsqueda selectiva de un osteoma osteoide.^{14,23} No ha podido esclarecerse todavía la fisiopatología de las citadas alteraciones eléctricas, que permanece por tanto sin aclarar.

El diagnóstico diferencial debe plantearse con las siguientes entidades: a) osteomielitis local, por el marcado componente inflamatorio que puede llevar asociado; b) osteoblastoma, al cual se asemeja clínica, radiológica y anatomopatológicamente, pero del que difiere en su evolución y pronóstico; y c) otros procesos locales como quiste epidermoide de inclusión, condroma y reacciones a cuerpo extraño.^{8,24}

Respecto al tratamiento, aunque se han descrito algunos casos de remisiones espontáneas,¹ el tratamiento recomendado para este tipo de lesiones por la mayoría de autores consiste en la exéresis en bloque, lo cual permite el estudio de la misma, y la resolución definitiva de la clínica.^{2,7} Esta exéresis debe ser lo suficientemente amplia como para abarcar todo el nidus, evitando así posibles recidivas. En las lesiones periarticulares, puede quedar cierta inestabilidad con la exéresis, por lo que puede estar aconsejada la artrodesis de la articulación.

Por último, se debe constatar que se trata de una lesión benigna, como hemos podido demostrar en nuestra serie, ya que no hemos encontrado ninguna recidiva a largo plazo, siendo muy raras las recidivas descritas en la literatura tras una exéresis completa.²⁷

Tabla 3. Cuadro comparativo con otras series.

Serie	Número	Edad	M/F	Localización				
				Carpo	Metacarpo	F1	F2	F3
Ambrosia y cols.	19	23	11/8	4	1	9	1	4
Allieu y cols.	46	28	21/19	12	5	11	8	10
Doyle y cols.	7	21	5/2	1	1	2	0	1
De Smet y cols.	6	35	0/6	2	1	1	1	1
Presente	6	24	3/3	3	2	1	0	0

Bibliografía

1. **Allieu, Y; Lussiez, B, y le GETO:** L'ostéome ostéoïde au niveau de la main. *Ann Chir Main*, 7: 298-304, 1988.
2. **Ambrosia, J; Wold, L, y Amadio, L:** Osteoid osteoma of the hand and wrist. *J Hand Surg*, 12A: 794-800, 1987.
3. **Basu, S; Basu, P, y Dowell, JK:** Painless osteoid osteoma in a metacarpal. *J Hand Surg*, 24B: 133-134, 1999.
4. **Chamberlain, BC; Mosher, JF; Levinsohn, EM, y Greenberg, JA:** Subperiosteal osteoid osteoma of the hamate: a case report. *J Hand Surg*, 17A: 462-465, 1992.
5. **Clermont, D; Partoune, E, y Lejeune, G:** L'ostéome ostéoïde de l'extrémité distale du radius. *Ann Chir Main*, 10: 146-147, 1991.
6. **De Smet, L, y Fabry, G:** Osteoid osteoma of the hand and carpus: peculiar presentations and imaging. *Acta Orthop Belg*, 61: 113-116, 1995.
7. **Doyle, L; Ruby, L; Nalebuff, E, y Belsky, M:** Osteoid osteoma of the hand. *J Hand Surg*, 10A: 408-410, 1985.
8. **Ezquerdo, J; Fernández, CF, y Gomar, F:** Pain in osteoid osteoma: Histological facts. *Acta Orthop Scand*, 47: 520-524, 1976.
9. **Forriol Brocal, F; Martín Martín, V, y Grasa Muro, JL:** Osteoma osteoide en falange de la mano. *Rev Esp Cir Osteoart*, 33: 83-86, 1998.
10. **Hartmann, T; Preis, C; Gabriel, A; Rath, T, y Ilias, W:** An osteoid osteoma as an undiagnosed cause of three years of severe pain. *Anesth Analg*, 85: 1344-1345, 1997.
11. **Hoeffel, C; Arnould, V, y Hoeffel, JC:** Osteoid osteoma of the hand (letter; comment). *Z Orthop Ihre Grenzgeb*, 135: 472-473, 1997.
12. **Holder, LE; Bright, RW, y Fearnow, EC:** Osteoid osteoma in a phalanx. *Md Med J*, 41: 157-158, 1992.
13. **Inagaki, H, e Inoue, G:** Osteoid osteoma of the distal phalanx. *Orthopedics*, 22: 1093-1094, 1999.
14. **Kiers, L; Shield, L, y Cole, W:** Neurological manifestations of osteoid osteoma. *Arch Dis Child*, 65: 851-855, 1990.
15. **Lisanti, M; Rosati, M; Spagnoli, G, y Luppichini, G:** Osteoid osteoma of the carpus. Case reports and a review of the literature. *Acta Orthop Belg*, 62: 195-199, 1996.
16. **Muren, C; Høglund, M; Engkvist, O, y Juhlin, L:** Osteoid osteomas of the hand. Report of three cases and review of the literature. *Acta Radiol*, 32: 62-66, 1991.
17. **O'Hara, JP; Tegtmeyer, Ch; Sweet, DE, y McCue FC:** Angiography in the diagnosis of osteoid osteoma of the hand. *J Bone Joint Surg*, 57A: 163-166, 1975.
18. **Oosterbosch, J; De Smet, L; Fabry, G, y Van Damme, B:** A phalangeal osteoid osteoma. Case report. *Acta Orthop Belg*, 58: 465-467, 1992.
19. **Rex, C; Jacobs, L, y Nur, Z:** Painless osteoid osteoma of the middle phalanx. *J Hand Surg*, 22: 798-800, 1997.
20. **Rotzer, A; Umbricht, R, y von Wartburg, U:** Post-traumatic osteoid osteoma of the hand. A rare case of chronic pain. Case report and review of the literature. *Handchir Mikrochir Plast Chir*, 30: 335-337, 1998.
21. **Samdal, F, y Haga, T:** Osteoid osteoma in the hand. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 111: 3286-3287, 1991.
22. **Savornin, C; Soury, P, y Doury, P:** Osteoid osteoma of the hand. *Rev Rhum Mal Osteoartic*, 57: 419-421, 1990.
23. **Schulman, L, y Dorfman, HD:** Nerve fibers in osteoid osteoma. *J Bone Joint Surg*, 52A: 1351-1356, 1970.
24. **Sim, FH; Dahlin, DC, y Beabout, JW:** Osteoid osteoma: Diagnostic Problems. *J Bone Joint Surg*, 57A: 154-159, 1975.
25. **Soler, JM; Piza, J, y Aliaga, F:** Special characteristics of osteoid osteoma in the proximal phalanx. *J Hand Surg*, 22: 793-797, 1997.
26. **Tubiana, R; Menkes, CJ, y Sèze, S:** Localisation carpienne de l'ostéome ostéoïde. *Rev Rhum Mal Osteoartic*, 45: 133-135, 1978.
27. **Worland, RL; Ryder, CT, y Joonston, AD:** Recurrent osteoid osteoma. *J Bone Joint Surg*, 57A: 277-278, 1975.
28. **Zanasi, S; Botticelli, A; Marchetti, M, y Caroli, A:** Osteoid osteoma of the metacarpus. A case report. *Ital J Orthop Traumatol*, 16: 129-132, 1990.