

# Osteoma osteoide a nivel de una falange proximal de la mano.

## Osteoid osteoma in a proximal phalanx of the hand.

F. GARCÍA-ALVAREZ GARCÍA, D. PALANCA MARTÍN, B. SERAL GARCÍA, F. SERAL IÑIGO

SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA" ZARAGOZA

**Resumen.** El osteoma osteoide es un tumor óseo benigno que aparece fundamentalmente en adolescentes, y aunque con menor frecuencia, también en adultos jóvenes. El fémur y la tibia son las localizaciones más frecuentes, hallándose raramente a nivel de la mano. Presentamos un caso de osteoma osteoide de localización infrecuente sobre la primera falange del 4º dedo de la mano derecha en un paciente de 22 años de edad. El paciente presentaba dolor y tumefacción de dos meses de evolución en la base del 4º dedo que aumentaban progresivamente. Tras las pruebas complementarias se diagnosticó un osteoma osteoide yuxtacortical que se trató mediante resección en bloque y autoinjerto.

**Summary.** Osteoid osteoma is a benign bone tumour that appears most frequently in adolescents. The tibia and femur are the most frequent locations, and the hand is very uncommon. We present the case of a 22-year-old man, without relevant antecedents, who presented increasing pain and stiffness of two months of evolution in the base of the 4th finger. By means of complementary tests, juxtacortical osteoid osteoma was diagnosed. The treatment consisted in surgical resection en bloc and bone graft.

### Correspondencia:

Felicitó García-Alvarez García  
c/ Zumalacárregui 4, 4º Dcha.  
50006 Zaragoza  
Teléfono: 976239636  
Fax: 976562487

**Introducción.** El osteoma osteoide constituye el 10-21% de los tumores benignos del hueso según las series (1,2). Se observa principalmente en adolescentes, y con menor frecuencia en niños y adultos jóvenes; y es dos veces más frecuente en varones que en mujeres (1,2). La localización más frecuente es el fémur (alrededor del 40%), especialmente a nivel del cuello femoral (30% del total), seguido de tibia (18%), representando en columna el 6-13% de los casos según las series (1,2). La mano, y especialmente la falange proximal es una rara localización de la lesión; esta circunstancia favorece un retraso del diagnóstico correcto y una consiguiente dilación en el tratamiento (3-5). Se describe a continuación un caso de osteoma osteoide yuxtacortical a nivel de la falange proximal del cuarto dedo de la mano.

**Caso clínico.** Varón de 22 años de edad, camarero, sin antecedentes de interés, que

acude a nuestra consulta presentando un intenso dolor en la base del cuarto dedo de la mano derecha, sin antecedente traumático previo, de tres meses de evolución durante los cuales ha ido aumentando progresivamente. El dolor es de predominio nocturno y se acompaña de signos inflamatorios en la zona.

En la exploración, destaca rubor y tumefacción del cuarto dedo a nivel de la falange proximal de la mano derecha con ligero dolor a la presión, sin afectación de la movilidad articular. El estudio analítico sistemático no reveló hallazgos de interés. En la radiografía simple de la mano afecta (Fig. 1), se aprecia una zona redondeada de osteolisis (nidus) en cuyo interior se observa un núcleo irregular de opacidad ósea rodeada por un halo de osteocondensación. En la gammagrafía se descubre una hiperseñal localizada en la base del cuarto dedo.

Se intervino quirúrgicamente mediante incisión dorsal sobre la lesión. Macroscó-

picamente apareció una esclerosis cortical de aproximadamente 1 cm de diámetro, que se resecó con escoplo. En el seno de la lesión se observaba un material de aspecto mucoso y color marrón rojizo. Tras resección en bloque se colocó un autoinjerto de cresta iliaca (Fig. 2).

Histológicamente se comprobó que la lesión estaba constituida por un nido de formación de osteoide y hueso trabecular con abundante celularidad osteoblástica y osteoclástica sobre las trabéculas, junto con tejido mesenquimal indiferenciado con abundante vascularización en el espacio interóseo. El hueso próximo a la lesión presentaba hiperostosis. El diagnóstico fue de osteoma osteoide.

Tras 48 meses de evolución, no han reaparecido signos clínicos ni radiográficos. El enfermo se encuentra asintomático y la movilidad articular es completa.

**Discusión.** El osteoma osteoide es un tumor que afecta habitualmente a huesos largos (fémur, fundamentalmente cuello femoral, tibia y húmero), asentando también con relativa frecuencia en el raquis (6). En cambio, su localización en la mano es infrecuente, y especialmente en las falanges proximales de la mano, de ello que a veces entrañe dificultad diagnóstica (3-5). Entre las series españolas caben destacar: la de Vidal-Bujanda y colaboradores (7), quienes publican 23 casos de osteoma osteoide de los cuales un 73,9% se localizaba en huesos largos (fémur, tibia y cubito), un 4,3% en el raquis, y el 21,5% en manos y pies; y la serie de Rapáriz y colaboradores (6) en la que de los 39 casos revisados la localización más frecuente fue el fémur, después la tibia, el húmero y la

columna con similar frecuencia y por último las manos y los pies en los que aparecen 5 casos. En ninguna de estas dos series aparece ningún caso de osteoma osteoide en falange proximal de mano.

Respecto al diagnóstico por imagen en nuestro caso no se apreció un sobrecrecimiento del dedo como describen algunos autores (8). La gammagrafía puede ser de gran ayuda (9), especialmente cuando la radiología es negativa. Esta prueba da el signo de la "doble densidad", que consiste en un área de marcada captación con una segunda zona en su interior aún más intensa, no ha sido nuestro caso.

Si bien en nuestro caso la clínica y la radiología eran típicas del osteoma osteoide, cabría realizar diagnóstico diferencial fundamentalmente con el osteoblastoma, pues estos dos tumores tienen una similitud histológica (10), y con la osteomielitis, habiendo casos descritos de monoartritis por localización yuxtaarticular (11).

Existe un acuerdo entre todos los autores de que el tratamiento de elección es resecar la neoformación, siempre que sea accesible. Si bien, este tratamiento encuentra algunos detractores (7) dada la posibilidad de autolimitación del tumor por un proceso de osificación que cursa con la desaparición completa del dolor. Una alternativa a la intervención consiste en la ablación percutánea mediante radiofrecuencia tratamiento que presenta un 12% de recidivas frente al 9% de la cirugía (2). La aparición de una recidiva, debe atribuirse a fracaso quirúrgico (3) fragmentación de la lesión, resección parcial, o localización de la lesión en un lugar inaccesible. En nuestro caso la resolución clínica demuestra la exéresis total del tumor. ■■■■■



Fig. 1. Radiografía simple de la lesión en la que se aprecia una zona redondeada de osteolisis (nidus) en cuyo interior se observa un núcleo irregular de opacidad ósea, rodeada toda ella por un halo de osteocondensación.



Fig. 2. Radiografía simple en la que se puede ver el autoinjerto colocado en el lecho de resección.

## Bibliografía

1. **Resnick D, Kyriakos WI, Greenway GD.** Tumors and tumors-like. Lesions of bone: imaging and pathology of specific lesions. En: Resnick D, editors. Bone and joint imaging. Philadelphia: Saunders, 1989: 1107-81.
2. **Rosenthal DI, Hornicek FJ, Wolfe MW, Jennings LC, Gebhart MC, Mankin HJ.** Percutaneous radiofrequency coagulation of osteoid osteoma compared with operative treatment. *J Bone Joint Surg* 1998; 80A: 815-21.
3. **Ambrosia JM, Wold LE, Amadio PC.** Osteoid osteoma of the hand and the wrist. *J Hand Surg* 1987; 12A:794-800.
4. **Bednar MS, Weiland AJ, Light TR.** Osteoid osteoma of the upper extremity. *Hand Clin* 1995; 11: 211-21.
5. **Soler JM, Piza G, Aliaga F.** Special characteristics of osteoid osteoma in the proximal phalanx. *J Hand Surg* 1997; 22B: 793-7.
6. **Rapariz JM, Burgos J, González-Herranz P, Mondejar JL.** Manejo del osteoma osteoide en el hospital Ramón y Cajal; presentación de 39 casos. *Rev Ortop Traumatol* 1990; 34 IB: 457-61.
7. **Vidal C, Truchuelo J, Resines C.** Osteoma osteoide y osteoblastoma: nuestra experiencia clínica. *Rev Ortop Traumatol* 1990; 34 IB: 451-6.
8. **Barca F, Acciaro AL, Recchioni MD.** Osteoid osteoma of the phalanx: enlargement of the toe, two case reports. *Foot Ankle Int* 1998; 19(6): 388-93.
9. **Pérez MI, Alonso C, Sánchez-Mariscal F.** Osteoma osteoide; aportación de dos nuevos casos en columna vertebral. *Rev Ortop Traumatol* 1990; 34 IB: 487-90.
10. **Gitelis S, Schajowicz F.** Osteoid osteoma and osteoblastoma. *Orthop Clin North Am* 1989; 20: 313-25.
11. **Marck KW, Dhar BK, Spauwen PH.** A cryptic cause of monarthritis in the hand: the juxta-articular osteoid osteoma. *J Hand Surg* 1988; 13B:221-3.