

Osteoma osteoide sobre callo de fractura

A. DIAZ PÉREZ, F. SAEZ ALDANA y J. M. CURTO GAMALLO

Servicio de Traumatología y C. Ortopédica. Hospital «San Millón». INSALUD. Logroño (LaRioja).

Resumen.—Se comunica un caso de osteoma osteoide de localización tibial en un hombre de 23 años, cuya particularidad ha sido su manifestación clínica después de un largo intervalo libre y de haberse desarrollado sobre el lugar mismo del foco de una fractura cerrada tibial sucedida hacía 4 años. El diagnóstico se realizó por la clínica dolorosa de ritmo nocturno, por el estudio radiológico convencional, por tomografía axial computarizada (TAC) y Resonancia Nuclear Magnética (IRM). Su confirmación se hizo por estudio anatomopatológico. El tratamiento consistió en exéresis quirúrgica de la tumoración tras la cual desapareció el dolor no existiendo residuos después de un año. Aunque numerosas publicaciones han sido consagradas al osteoma osteoide, nos ha parecido interesante publicar esta observación particular de esta tumoración en razón de la rareza de su asiento sobre el lugar mismo del callo de una fractura.

OSTEOID OSTEOOMA IN FRACTURE CALLUS

Summary.—We report a case of osteoid osteoma in the tibial region in a 23 year old male, whose interest resides in its clinical appearance following a long period without pain and having developed in the same location of a closed tibial fracture that occurred some 4 years ago. The diagnosis was performed in addition to the night-time pain experienced, by means of conventional Radiographic study, and Nuclear Magnetic Resonance Diagnostic. Its confirmation was carried out by pathological study. Treatment consisted in surgical exeresis of the tumour. Pain disappeared, after exeresis, not existing tumoural tissue after one year follow-up. Although numerous publications have been made concerning the osteoid osteoma, it seems interesting to publish this particular case, because of the rarity of its occurrence in the same location of the callus of a fracture.

INTRODUCCIÓN

El osteoma osteoide se presenta como una lesión ósea de pequeño tamaño, por lo general menos de 1 cm., frecuentemente dolorosa y que para Schajowitz (1) se trata de una lesión osteoblástica, de aspecto radiográfico evocador, constituido por un nidus claro central y una esclerosis periférica muy neta.

Entre las numerosas publicaciones de osteomas osteoides encontrados en la literatura, un traumatismo es a menudo referido, pero la correlación entre éste y la aparición de la lesión es muy raro, si

bien el mecanismo del papel jugado por el traumatismo es discutible como señala Barón (2).

Nosotros aportamos un caso de localización de esta lesión sobre el mismo callo de fractura en 1/3 medio - 1/3 distal de tibia ocurrido 4 años antes y tratada ortopédicamente con yeso cerrado al principio y con inmovilización funcional tipo PTB, posteriormente.

CASO CLÍNICO

Un hombre de 23 años acude a consulta externa de Traumatología y Ortopedia de nuestro Hospital en marzo de 1992, por presentar un abultamiento doloroso en 1/3 medio - 1/3 inferior de su pierna derecha desde hace 2 años. El dolor es más agudo por las noches y en cama y se calma relativamente con aspirina y/o antiinflamatorios (AINE). Entre los antecedentes, destaca la existencia de una fractura cerrada en 1/3 medio - 1/3 distal de tibia de esa misma extremidad ocurrida 4

Correspondencia:

Dr. ANTONIO DIAZ PÉREZ
Belchite, 5 - 8.º D
26003 Logroño (La Rioja)



Figura 1. Radiología anteroposterior de tibia del paciente. Se observa una zona esclerótica en su cortical interna. Antigua fractura en esa localización.

años antes y tratada por medio del método ortopédico-funcional (fig. 1).

El examen general era normal, así como el examen biológico convencional. En la anamnesis no se encontró práctica deportiva o profesional que comportase una hiperutilización del miembro inferior.

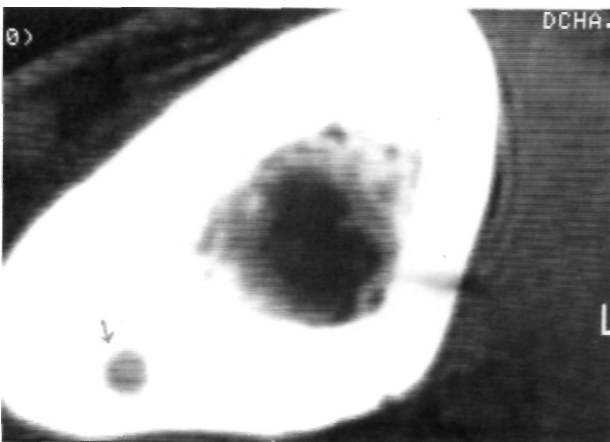


Figura 2. Tomografía Axial Computarizada de la tibia. Localización del osteoma osteoide (flecha).

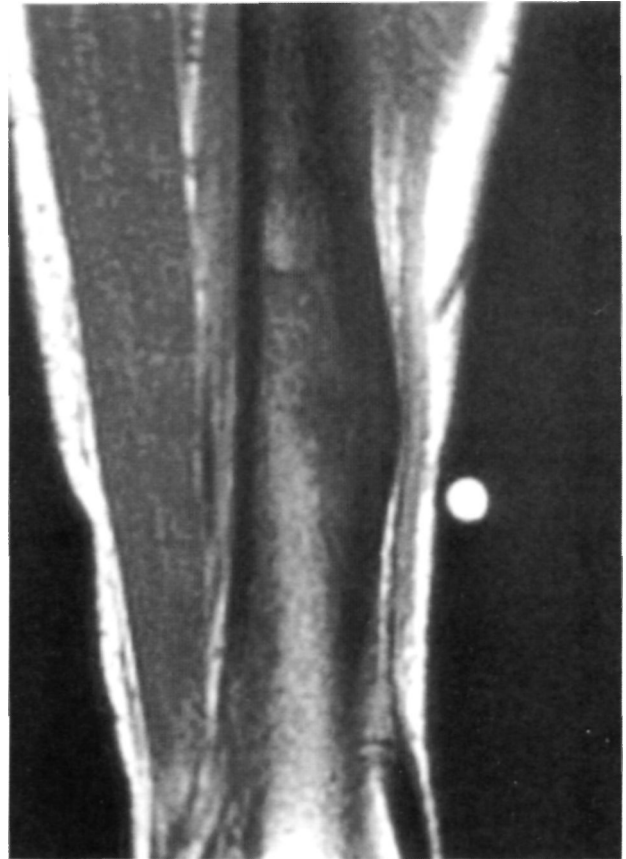


Figura 3. Resonancia Nuclear Magnética correspondiente a la tumoración, advirtiéndose dicha zona anatómica tibial alterada y afectada.

A la exploración se palpaba una tumoración pequeña, dura y dolorosa en cara anteriorinterna de pierna derecha en su unión medio-distal. No había aumento de calor local.

Ante este cuadro: aumento de los dolores nocturnos, más en cama y la relativa o nula sedación de los AINE, nos hizo sospechar la existencia de un osteoma osteoide

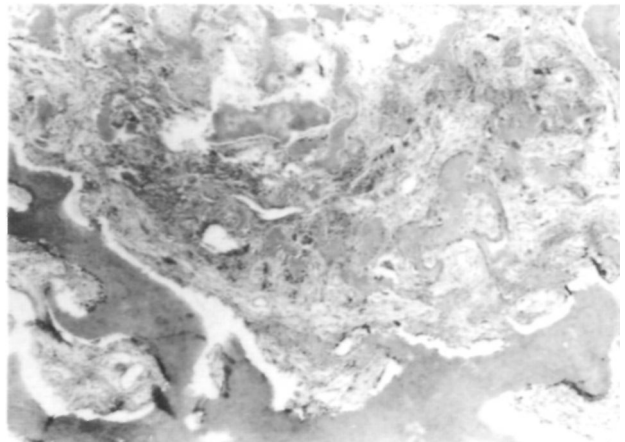


Figura 4. Estudio anatomopatológico de la pieza de exéresis. Microfotografía del área tumoral. (HE x 20).

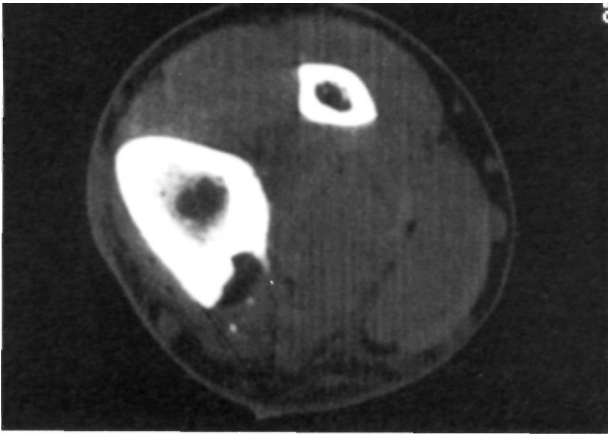


Figura 5. Tomografía Axial Computerizada en el postoperatorio inmediato. Se advierte la desaparición de la tumoración por exéresis de la misma.

sobre el mismo callo de la antigua fractura. Solicitamos examen por Scanner o TAC (fig. 2) y por IRM (fig. 3), que confirmaron la existencia del nidus y asiento de la laguna ósea periférica e intracortical.

En junio de 1992, el enfermo es intervenido quirúrgicamente y bajo anestesia general y manguito neumático se practica exéresis de la tumoración, incluyendo el nidus, confirmando la existencia de una zona fibrosa y dura intracortical.

El examen anatomopatológico, confirmó el diagnóstico de osteoma osteoide, según los criterios definidos por Jaffé (3) (fig. 4): Trabéculas óseas irregulares con ribete de osteoblastos y tejido fibroso bien vascularizado con algunos osteoclastos (HE x 20).

Esta exéresis, llevó a una desaparición inmediata de los dolores en el postoperatorio (fig. 5). Al año de revisión no existía ninguna escuela y el paciente continuaba sin dolor (fig. 6).

DISCUSIÓN

La revisión de la literatura (4, 5), permite obtener varias observaciones que responden a los 3 criterios siguientes:

1) Un traumatismo motiva la primera consulta, 2) un intervalo libre tiene que haber transcurrido entre el traumatismo y la aparición del dolor haciendo sospechar un osteoma osteoide y 3) el diagnóstico de osteoma osteoide debe ser comprobado por estudio anatomopatológico.

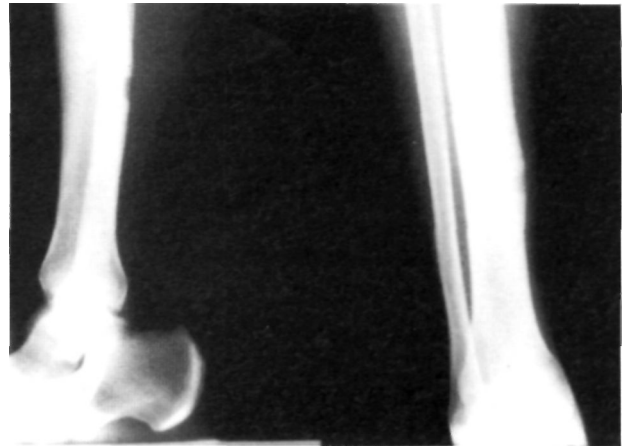


Figura 6. Radiografía anteroposterior y lateral de la tibia del paciente, al año de la intervención. No hay recidivas.

García (6), en una fractura de fémur intervenida quirúrgicamente y Sakamoto (7), en una fractura del 5.º metatarsiano, tratada por inmovilización con Scotch-Cast, descubren un osteoma osteoide sobre el mismo callo de la fractura, con un intervalo libre de 4 años en el 1.º caso, y de 1 año en el 2.º caso. Siempre el síntoma dolor nocturno es característico, aliviándose al principio con aspirina y/o AINE, para luego desaparecer este efecto analgésico.

Para la estrategia diagnóstica Riddlesberger (8), propone la práctica de Scanner y Assoun (3) la de IRM de la zona de la lesión o tumoración; si bien es el examen histológico sobre la pieza de exéresis, lo que confirma el diagnóstico. Si la exéresis es correctamente realizada desaparece la sintomatología dolorosa.

Aunque Kneils (10) ha publicado un estudio prospectivo de 12 pacientes con osteoma osteoide tratados con AINE, desapareciendo la lesión en 6 pacientes tras 3 años de seguimiento, el tratamiento deberá ser habitualmente quirúrgico.

Nuestro trabajo permite evocar la posibilidad de aparición de un osteoma osteoide en el curso de una fractura o en su proceso de consolidación, quizás por la constitución de un hematoma intracortical o por calcificación irregular de la sustancia osteoide, si bien ningún estudio ha sido hecho sobre el tipo de desarrollo de esta lesión.

Bibliografía

1. Schajowitz F. Tumores y lesiones pseudotumorales de huesos y articulaciones. 1.ª Edición. Barcelona: Ed. Panamericana, 1982.
2. Baron D, Soulier C, Kernabon C, Leroy JP, LeGoff P. Ostéomes ostéoides post-traumatiques. Rev Rhum Mal Ostéoretic 1992; 59: 271-5.

3. **Jaffé HL.** Osteoid-osteoma. A benign osteoblastic tumor composed of osteoid and atypical bone. *Arch Surg* 1935; 31: 709-28.
4. **Ambrosia JM, Kenec CB.** Osteoid osteoma of the foot. Presentation following trauma clinical conference. *Orthopedics* 1985; 8: 684-5.
5. **Apple DF, Loughlin EC.** Osteoid osteoma of the ankle in an athlete. *Am J Sports Med* 1981; 9: 254-5.
6. **García G, Lange JF.** Osteoid osteoma and unusual presentation. *Clin Orthop* 1981; 156: 216-8.
7. **Sakamoto K, Mizuta H, Okajima K.** An unusual cause of metatarsal pain in a young kendo player. *Am J Sports Med* 1989; 17: 296-7.
8. **Riddiesberger MM.** Computed tomography of the musculoskeletal system. *Radiol Clin North Am* 1981; 19: 463-77.
9. **Assoun J, De Haldat F, Richardi G, Billey T.** Imagerie per resonance magnétique des ostéomes ostéoides. *Rev Rhum (Col-Fr)* 1993; 60: 28-36.
10. **Kneisl JS, Simón MA.** Medical management compared with operative treatment of osteoid osteoma. *J Bone Joint Surg* 1992; 74-A: 179-85.