

# Osteoma osteoide da falange distal do terceiro dedo do pé: relato de caso

## Third toe distal phalanx osteoid osteoma: case report

Marcelo Pires Prado<sup>1</sup>, Alberto Abussamara Moreira Mendes<sup>2</sup>, Daniel Tassetto Amodio<sup>2</sup>

### Resumo

Relata-se aqui um caso de osteoma osteoide da falange distal do terceiro dedo do pé em uma criança. O paciente apresentava dores incapacitantes e aumento do volume do dedo envolvido. Discutem-se os diagnósticos diferenciais e a importância de pesquisar adequadamente diagnósticos não-usuais.

**Descritores:** Osteoma osteoide/cirurgia; Ossos do pé/patologia; Relatos de casos

### Abstract

The authors present a case of a child with osteoid osteoma affecting the distal phalanx of the third toe. The patient had severe pain and incapacity, with increased size of the affected toe. The authors discuss the differential diagnosis and the importance of adequate investigation of unusual diagnosis.

**Keywords:** Osteoma, osteoid/surgery; Foot bones/pathology; Case reports

### Correspondência

Marcelo Pires Prado  
Avenida Albert Einstein, 627, bloco A1, 3º andar,  
consultório 320 – Morumbi  
CEP: 05651-901 – São Paulo (SP), Brasil  
Fone: (11) 2151-5320  
E-mail: mpprado@einstein.br

### Data de recebimento

26/8/2010

### Data de aceite

25/9/2010

Trabalho realizado no Hospital Israelita Albert Einstein – HIAE – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>1</sup> Mestre; Especialista em Cirurgia do Pé e Tornozelo no Serviço de Ortopedia e Medicina do Esporte do Hospital do Coração – HCor – São Paulo (SP), Brasil; Médico do Hospital Israelita Albert Einstein – HIAE – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>2</sup> Ortopedista Especialista em Cirurgia do Pé e Tornozelo no Serviço de Ortopedia e Medicina do Esporte do Hospital do Coração – HCor – São Paulo (SP), Brasil.

## INTRODUÇÃO

O osteoma osteoide é um tumor ósseo benigno inicialmente descrito por Jaffe em 1935, observado com mais frequência nas extremidades inferiores de crianças ou adultos jovens, entre 11 e 22 anos de idade<sup>(1)</sup>.

A apresentação clínica mais comum é dor localizada, mais severa à noite, aliviada pela aspirina ou outros salicilatos e inibidores de prostaglandinas. O local mais comum de acometimento é a região cortical, porém pode ocorrer na região subperiosteal ou endosteal.

É uma lesão osteoblástica, frequentemente benigna ativa, caracterizada radiograficamente por seu pequeno tamanho, pela presença de bordos claramente delimitados e pela existência frequente, mas não constante, de uma zona periférica de neoformação óssea reativa.

Histologicamente, é constituído por um tecido celular muito vascularizado, composto por osso imaturo e tecido osteoide.

O diagnóstico diferencial é com osteomielite subaguda (abscesso de Brodie) conforme estudo de Kandel & Mankin<sup>(2)</sup>, o osteblastoma, que tem habitualmente mais do que 1,5 cm. de diâmetro<sup>(3)</sup> e com tumor glômico.

A incidência desse tumor nos ossos do pé varia de 2 a 11%, sendo o tálus o osso mais comumente acometido<sup>(4,5)</sup>. O osteoma osteoide produz uma resposta inflamatória crônica e intensa nos tecidos adjacentes e, no tecido ósseo, provoca a formação de reação periosteal, esclerose óssea e sinovite. Os sintomas respondem bem ao tratamento com anti-inflamatórios não-esteroides (AINEs). Em crianças, a dor pode ser mínima ou mesmo ausente<sup>(6,7)</sup>.

## RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 10 anos de idade, 6 meses antes notara aumento do volume da falange distal do terceiro dedo do pé direito e, após 15 dias, passou a ter dores relacionadas à atividade física (jogava futebol diariamente) com piora progressiva da dor, chegando a acordar à noite com dores no pé. Não apresentou melhora com o tratamento medicamentoso com anti-inflamatório não-hormonal (AINH) e repouso das atividades físicas. O exame físico mostrou aumento do volume da falange distal do terceiro dedo do pé direito, aumento do tamanho da unha, eritema discreto e dor intensa à palpação da porção dorsal dessa falange, sobre a unha (Figura 1).

Exames de raios X normais, ressonância magnética com alterações inflamatórias da falange distal e leito ungueal, com aumento volumétrico deste (Figura 2). Tomografia computadorizada com pequena (3 mm) lesão lítica na face dorsal da falange distal do terceiro dedo do pé di-

reito, com mínima esclerose ao redor (Figura 3). O paciente foi submetido à cirurgia para ressecção da extremidade da falange distal do terceiro dedo do pé direito (Figura 4), com resolução imediata dos sintomas álgicos, e o anatomopatológico da peça confirmou o diagnóstico de osteoma osteoide (Figura 5).



Figura 1 - Aumento do volume da ponta do terceiro dedo do pé.

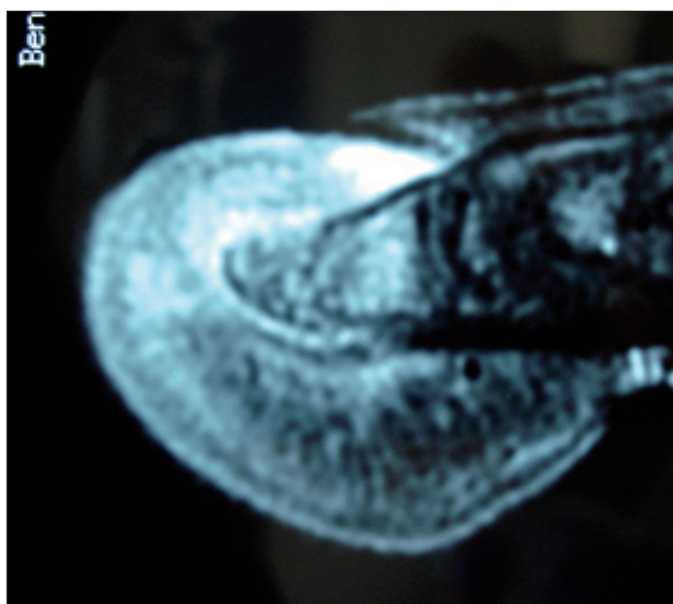


Figura 2 - Imagem T2 da ressonância magnética mostrando alteração inflamatória na falange distal e tecido subcutâneo ao redor.

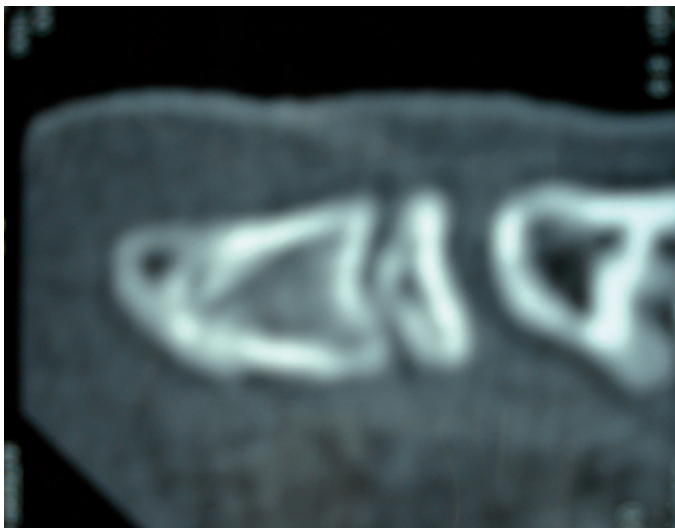


Figura 3 - Imagem tomográfica mostrando pequena lesão lítica na extremidade da falange distal do dedo.

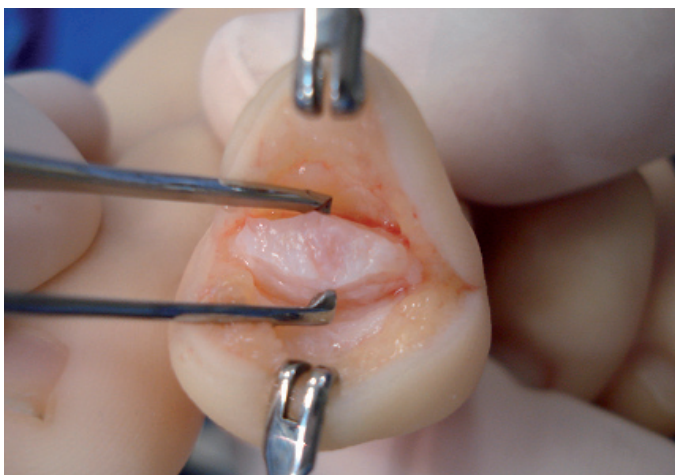


Figura 4 - Aspecto do procedimento cirúrgico presença de aumento de volume na ponta da falange distal com coloração vermelha mais intensa.

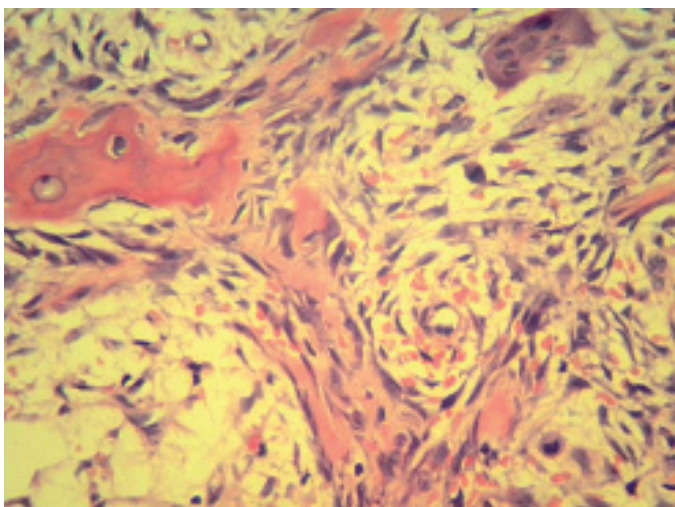


Figura 5 - Imagem do anatomopatológico dessa lesão com tecido celular muito vascularizado, osso imaturo e tecido osteoide.

## DISCUSSÃO

O osteoma osteoide causa intensa resposta inflamatória nos tecidos adjacentes pela elevada produção de prostaglandina, sendo que os sintomas geralmente não melhoram com o repouso e pioram no período noturno<sup>(8)</sup>. A criança apresentava dor crônica no terceiro dedo do pé e dor à palpação, com aumento de volume ao nível da falange distal, com aspecto de macrodactilia. O tamanho da lesão nos exames de imagem indicava, como possíveis diagnósticos diferenciais, infecção de partes moles ou osteomielite subaguda (abscesso de Brodie). Em 1973, Cabanella et al.<sup>(9)</sup> descreveram 23 pacientes em que a osteomielite subaguda ou crônica simulava tumor ósseo. Kandel & Mankin<sup>(2)</sup> consideraram o osteoma osteoide a lesão mais frequentemente confundida com osteomielite subaguda. Em contrapartida, Jafe & Lichtenstein, em 1940, no relato original de osteoma osteoide, encontraram muitos casos reportados, como abscessos ósseos crônicos que eram indistinguíveis do osteoma osteoide<sup>(10,11)</sup>. A localização infrequente da lesão também chama atenção, pois, no trabalho de 1999 de Campanacci et al.<sup>(12)</sup>, de cem casos de osteoma osteoide tratados, nenhum se localizava nas falanges dos dedos dos pés.

A macrodactilia é mais frequente como uma alteração isolada, e o acometimento habitualmente é unilateral. Geralmente, o primeiro, o segundo e o terceiro dedos<sup>(13)</sup> são afetados. Pode estar associada a condições patológicas, como neurofibromatose-1, síndrome de Klippel-Trenaunay-Parkes-Weber<sup>(14-16)</sup>.

Uma causa de macrodactilia isolada é a macrodistrofia lipomatosa, mas, nesses casos, as alterações estão presentes, na maior parte das vezes, nos primeiros meses de vida<sup>(17,18)</sup>.

O diagnóstico definitivo só pode ser feito após biópsia excisional de lesão. A melhora do quadro clínico após dez dias da exérese da lesão, que, mais tarde, foi confirmada pelo patologista como osteoma osteoide, também é característica após a excisão desse tipo de lesão.

A pouca frequência desse tumor nessa localização bem como sua variedade de apresentações ao raio X simples torna difícil o diagnóstico, levando a um atraso no tratamento e no manejo adequados da lesão<sup>(5,19)</sup>.

## CONCLUSÃO

Dor em locais não-usuais com evolução não-habitual deve ser adequadamente avaliada do ponto de vista dos exames físico e de imagem, e a suspeita de osteoma osteoide deve ser parte dos diagnósticos diferenciais a serem considerados.

## REFERÊNCIAS

1. Jaffe HL. Osteoid-osteoma. A benign osteoblastic tumor of osteoid and atypical bone. *Arch Surg.* 1935;31:709-28.
2. Kandel SN, Mankin HJ. Pyogenic abscess of the long bones in children. *Clin Orthop Relat Res.* 1973(96):108-17.
3. McLeod RA, Dahlin DC, Beabout JW. The spectrum of osteblastoma. *AJR Am J Roentgenol.* 1976;126(2):321-35.
4. Freiburger RH, Loitman BS, Helpem M, Thompson TC. Osteoid osteoma: a report on 80 cases. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med.* 1959;82(2):194-205.
5. Shereff MJ, Cullivan WT, Johnson KA. Osteoid-osteoma of the foot. *J Bone Joint Surg Am.* 1983;65(5):638-41.
6. Lawrie TR, Aterman K, Sinclair AM. Painless osteoid osteoma. A report of two cases. *J Bone Joint Surg Am.* 1970;52(7):1357-63.
7. Schulman L, Dorman HD. Nerve fibres in osteoid osteoma. *J Bone Joint Surg Am.* 1970;52(7):1351-6.
8. Kneisl JS, Simon MA. Medical management compared with operative treatment for osteoid-osteoma. *J Bone Joint Surg Am.* 1992;74(2):179-85.
9. Cabanella ME, Sim FH, Beabout JW, Dahlin DC. Osteomyelitis appearing as neoplasms. A diagnostic problem. *Arch Surg.* 1974;109(1):68-72.
10. Stephens MM, MacAuley P. Brodie's abscess. *Clin Orthop Relat Res.* 1988; (234):211-6.
11. Lindenbaum S, Alexander H. Infections simulating bone tumors. *Clin Orthop Relat Res.* 1984;(184):193-203.
12. Campanacci M, Ruggieri P, Gasbarrini A, Ferraro A, Campanacci L. Osteoid osteoma. Direct visual identification and intralesional excision of the nidus with minimal removal of bone. *J Bone Joint Surg Br.* 1999;81(5):814-20. Comment in: *J Bone Joint Surg Br.* 2000 Mar;82(2):306-7.
13. DeValentine S, Scurren BL, Tuerk D, Karlin JM. Macroductyly of the lower extremity: a review with two case reports. *J Am Podiatry Assoc.* 1981;71(4):175-80.
14. Grogan DP, Bernstein RM, Habal MB, Ogden JA. Congenital lipfibromatosis associated with macroductyly of the foot. *Foot Ankle.* 1991;12(1):40-6.
15. Kalen V, Burwell DS, Omer GE. Macroductyly of the hands and feet. *J Pediatr Orthop.* 1988;8(3):311-5. Review.
16. Yaghmai I, McKowne F, Alizadeh A. Macroductyly fibrolipomatosis. *South Med J.* 1976;69(12):1565-8.
17. Bailey EJ, Thompson FM, Bohne W, Dyal C. Macrodystrophia lipomatosa of the foot: a report of three cases and literature review. *Foot Ankle Int.* 1997;18(2):89-93.
18. Goldman AB, Kaye JJ. Macrodystrophia lipomatosa: radiographic diagnosis. *AJR Am J Roentgenol.* 1977; 128(1):101-6.
19. Walther C, Chantraine A. Diagnostic difficulties of an osteoid osteoma. *Med Hyg.* 1988;46(1741):902-6.