

Osteoma osteoide yuxta- articular de astrágalo. Dificultades en el diagnóstico: reporte de caso

Yuxta articular osteoid osteoma of the talus.
Diagnosis difficulties: case report

Alicia Lasalle¹

Descriptores:

Osteoma osteoide; Astrágalo/
patología; Neoplasias óseas;
Informes de casos

Keywords:

Osteoma, osteoid; Talus/pathology;
Bone neoplasms; Case reports

RESUMEN

Se reporta el caso de un paciente portador de osteoma osteoide yuxta-articular de astrágalo; lesión, benigna, infrecuente, cuya clínica puede confundirse con otras patologías mas comunes en esa localización del cuello del pie haciendo su diagnóstico tardío. Se describe el caso, los hallazgos de las imágenes y se citan los diagnósticos diferenciales y aquellos estudios que tienen más sensibilidad para realizar el diagnóstico mas precozmente.

ABSTRACT

Case report of a yuxta- articular osteoid osteoma of the talus. It is an uncommon, benign lesion with a clinical presentation that mimics other foot and ankle pathologies. For this reason it may be misdiagnosed. The case, image findings and differential diagnosis are cited and those studies which present more sensitivity when it comes to early diagnosis are also described.

INTRODUCCIÓN

El Osteoma Osteoide (OO) es un tumor benigno, osteoformador, 3% de todos los tumores y hasta 12% de todos los tumores benignos.^(1,2)

En el pie los tumores óseos benignos son más frecuentes que los malignos y el osteoma Osteoide si bien es infrecuente (2 a 10%), el astrágalo es su localización mas común.⁽¹⁾ Es típico del paciente joven, 90% menor a 25 años predominando en el sexo masculino.^(3,4)

Fue descrito por Jaffe en 1935⁽⁵⁾ de 1,5cm o menor; histológicamente presenta una zona central de hueso atípico rodeado de conjuntivo muy vascularizado, que se denomina nidus y es el verdadero tumor. En la periferia del mismo hay hueso reactivo normal.

En el cuello de pie puede simular una patología articular, teniendo síntomas inespecíficos tales como dolor no claramente localizado, derrame articular o restricción de la movilidad que simula otros cuadros, esguinces, monoartritis inflamatoria, síndrome de impacto, por eso son sub diagnosticados y hay retrasos diagnósticos.^(1,2,6,7)

Caso clinico

Se reporta el caso de un paciente de 22 años, de sexo masculino, quien presentaba dolor en el cuello de pie de 13 meses de evolución,

¹ Servicio de Ortopedia y Traumatología, Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay. Institución de Asistencia Médico Privada de Profesionales. CASMU IAMPP, Montevideo, Uruguay.

Autor correspondiente:

Alicia Lasalle
E-mail: alilaslalle@gmail.com
Teléfono: 0598 27097694

Conflictos de interés:

no

Recibido en:

24/7/2016

Aceptado en:

4/11/2016

posterior a un traumatismo de baja energía practicando fútbol.

Inicialmente se interpretó como un esguince de cuello de pie y se trató con reposo, antiinflamatorios y fisioterapia. El dolor no remitió, haciéndose permanente, nocturno, impidiendo la actividad física y obligando al consumo frecuente de anti inflamatorios no esteroideos. Al examen físico se comprobó dolor y restricción de la movilidad de la articulación tibiotarsiana.

La analítica destacaba VSG, PCR y hemograma normales.

Las radiografías simples iniciales no mostraban alteraciones significativas en la morfología ni estructura ósea.

La resonancia nuclear magnética (RNM) permitió evidenciar en el cuello astragalino, una lesión de baja intensidad en T1 y de alta intensidad en T2 redondeada, bien circunscrita, de límites definidos de entre 0,5 y 1cm, expansiva yuxta articular y subperióstica (Figuras 1 y 2). Se observa también cambios de señal correspondientes a edema en el cuello y cuerpo de astrágalo. La cápsula articular por su parte estaba conservada y había escaso derrame articular en la tibiotarsiana.

El tratamiento consistió en realizar una biopsia resección mediante abordaje anterior del cuello de pie,



Figura 1. RNM corte sagital en T1, observar imagen en cuello de astrágalo de límites netos subcapsular, yuxta articular

extrayéndose una tumoración redondeada de 1x1cm, con límites netos de coloración rojo pardo y (Figura 3) consistencia firme que se enucleó fácilmente en su totalidad, dejando un lecho en el cuello del astrágalo sin restos evidentes de lesión (curetaje extendido intralesional).

El análisis histopatológico mostró trabéculas óseas irregulares con reborde osteoblástico y presencia de numerosas células gigantes multinucleadas de tipo osteoclastos con estroma vascularizado, sin atipias. Así mismo mostró marcada actividad de formación de tejido óseo y abundantes osteoblastos, compatible con osteoma osteoide.



Figura 2. RNM corte axial en T2. Observar la tumoración bien delimitada en cara anterior de cuello de pie. Edema óseo adyacente y derrame articular



Figura 3. Pieza extraída por biopsia resección. Tumoración rojo pardo, que se enucleó fácilmente

El paciente evolucionó satisfactoriamente con alivio total del dolor en forma casi inmediata en su post operatorio. La recuperación funcional fue completa y sin recidivas hasta el último control a los 24 meses, estando satisfecho con la cirugía, sin dolor y con reintegro a la actividad deportiva.

DISCUSIÓN

El osteoma osteoide puede ser de ubicación cortical, esponjosa o subperióstica. Así mismo dentro del hueso puede ser diafisaria, metafisaria (lo más frecuente) o epifisario y en ocasiones intra articular.⁽²⁾

En el pie lo más común es la topografía esponjosa y subperióstica,peri o yuxta- articular.

Teniendo un alto índice de sospecha por los hallazgos clínicos, los estudios de imagen se tornan fundamentales para el diagnóstico. Ya mencionamos que en el pie por su localización, pueden simular otras patologías y por esto retrasar el diagnóstico y el tratamiento correcto.

La génesis del osteoma osteoide no está aclarada, habiéndose propuesto que podría tratarse de un intento de reparación del hueso frente a un traumatismo, con alto nivel de prostaglandinas de entre 100 y 1000 veces más que en un tejido normal y proliferación de fibras nerviosas periféricas, que es típico; esto explicaría el dolor como síntoma principal y el alivio con drogas antiinflamatorias no esteroideas.⁽⁸⁾

La radiología en los huesos largos, en la topografía extra articular o metafisaria, que es la más frecuente, muestra una lesión lítica pequeña, en ocasiones con un área central osificada densa y un halo denso que lo circunscribe. En el caso de la localización yuxta articular y subperióstica a menudo la radiología simple no ve el tumor ni el nidus (como ocurrió en el paciente que se presenta) en que la radiografía simple inicial no mostró la lesión.⁽⁹⁾

Está ausente la reacción perióstica o es mínima y en proximidad de la unión condro ósea no logra verse con claridad, por lo tanto esto es otra de las causas que asociado a síntomas y signos no específicos, llevan al retardo en el diagnóstico.

En el caso clínico que se expone se omitió además realizar un enfoque que se ha descrito para descartar osteofitos antero mediales, útil pues permite desplegar la imagen del cuello del astrágalo.⁽¹⁰⁾

La RNM no es el estudio más sensible ni más específico para estudiar un osteoma osteoide. Puede ver edema óseo y anomalías en las partes blandas adyacentes a la lesión.^(11,12)

Cuanto más cerca de la medular del hueso este ubicado el nidus podrá detectarlo mejor. La TAC es más sensible y específica sobre todo en las localizaciones más típicas, ve el nidus, la reacción perióstica y la calcificación del centro del nidus.⁽¹¹⁾

El objetivo del tratamiento es remover el nidus sea por resección quirúrgica en bloque o por técnicas mini invasivas donde se incluyen la termo ablación del nidus por radiofrecuencia o fotocoagulación por laser, la punción con trefina, aspiración o drilling o la resección artroscópica. Las técnicas menos invasivas tienen tasas de buenos resultados que oscila entre 88 y 100%.^(12,13)

Con las técnicas mini invasivas de termo ablación existe mayor riesgo de recidivas con necesidad de reiteradas cirugías por resección incompleta, además de las complicaciones por el efecto térmico descrito en topografías tales como la mano y el pie dado la cercanía de tendones y estructuras nobles.^(1,14) Por su parte las técnicas artroscópicas deben ser realizadas por cirujanos con experiencia en ellas. Si bien son mini invasivas y tendrían menos tiempo de hospitalización y recuperación, así como menor porcentaje de complicaciones infecciosas, solo existen en la literatura series con escaso número de pacientes.⁽¹⁴⁾

CONCLUSIÓN

La resección en bloque a cielo abierto es el tratamiento estándar. Tiene el inconveniente de la resección de hueso sano periférico en algunas localizaciones como los huesos largos que requieren luego auto injertos óseos por riesgo a fractura secundaria o inmovilización posterior, pero disminuye el riesgo de resección incompleta.

Si bien es una lesión poco frecuente, debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de dolores no aclarados de cuello de pie en los jóvenes y utilizar los estudios de imagen en forma adecuada para descartarla y/o tratarla oportunamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bell SW, Young PS, Mahendra A. Primary bone tumours of the talus: The Scottish Bone Tumour Registry Experience. *Foot Ankle Surg.* 2012;18(4):277-82
2. Dimnjakovic D, Bojani I, Smoljanovic T. Periarticular osteoid osteoma of the ankle. A report of nine arthroscopically treated patients. *J Foot Ankle Surg.* 2015;54(1):89-93.
3. Yalcinkaya U, Doganavsargil B, Sezak M, Kececi B, Argin M. Clinical and morphological characteristics of osteoid osteoma and osteoblastoma: a retrospective single-center analysis of 204 patients. *Ann Diagn Pathol.* 2014;18(6):319-25.
4. Yalcinkaya U, Doganavsargil B, Sezak M, Kececi B, Argin M, Basdemir G, Oztop F. Clinical and morphological characteristics of osteoid osteoma and osteoblastoma: a retrospective single-center analysis of 204 patients. *Ann Diagn Pathol.* 2014;18(6):319-25.

5. Jaffe HL. Osteoid osteoma. A benign osteoblastic tumour composed of osteoid and atypical bone. *Arch Surg.* 1935;31: 709-28.
6. Mc Conway J, Henderson SA. Post traumatic osteoid osteoma in the talar neck: a diagnostic challenge. *Foot.* 2006;16(3):169-71.
7. Mavrogenis A, Dimitriou R, Benetos I, Korres D, Papagelopoulos P. Juxta-articular osteoid osteoma of the talar neck: a case report. *Clin Podiatr Med Surg.* 2010;27(4):629-34.
8. Chotel F, Franck F, Solla F, Dijoud F, Kohler R, Berard J, Abelin Genevois K; French Sarcoma Group - Bone Tumour Study Group. Osteoid osteoma transformation into osteoblastoma: fact or fiction? *Orthop Traumatol Surg Res.* 2012;98(6 Suppl):S98-104.
9. Eideken J, DePalma AF, Hodges PJ. Osteoid osteoma: roentgenographic emphasis. *Clin Orthop.* 1966;49:201-6.
10. van Dijk CN. Ankle arthroscopy. Techniques developed by the Amsterdam Foot and Ankle School. New York: Springer; 2014. Preoperative evaluation and imaging. p. 9.
11. Dubuc JE, Docquier PL, Schubert T, Galant C, Malghem J. Diagnosis failure led to the recurrence of an intra-articular osteoid osteoma at the talus neck after arthroscopic excision. *Foot Ankle Surg.* 2014;20(3):e40-2.
12. Jordan RW, Koç T, Chapman AW, Taylor HP. Osteoid osteoma of the foot and ankle--A systematic review. *Foot Ankle Surg.* 2015;21(4):228-34. Review.
13. El-Moatasem el-HM, Abdel-Rahman M, Eid MA. Extended curettage and adjuvante therapy for benign tumors of the talus. *Foot (Edinb).* 2015;25(2):79-83.
14. Papachristos IV, Michelarakis J. Riddles in the diagnosis and treatment of osteoid osteoma in child foot: A concise study. *Foot Ankle Surg.* 2016;22(2):97-102.