

OSTEOMA-OSTEOIDE EN LA CABEZA ASTRAGALINA

*Hospital General de la Seguridad Social
«Son Dureta». Palma de Mallorca.
Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica.
Jefe de Servicio: Dr. D. Eduardo Jordá López.*

E. ESPINAR SALOM
E. JORDÁ LÓPEZ
J. GARCÍAS BATLE

Resumen

Los autores presentan un caso de osteoma osteoide de cabeza astragalina, de diagnóstico laborioso. Analizan la bibliografía de esta localización, resaltando la frecuencia de la localización en el cuello sobre el cuerpo y la cabeza astragalina.

El osteoma osteoide es un tumor óseo descrito por vez primera por Jaffe en 1935, si bien el mismo autor lo consideró en principio como UNA LESIÓN INFLAMATORIA AGUDA, agrupándola en el campo de las infecciones benignas, sin embargo, el mismo autor completando sus trabajos los publicó con el siguiente título: «A Benign Osteoblastic Tumor Composed on Osteoid an Atypical Bone». 2.10.12.

Esta tumoración consiste en un área variable de osteoide calcificado dentro de un estroma de tejido conectivo vascular con infiltración de polimorfonucleares. Frecuentemente este nido osteoide es una zona de hueso normal esclerótico.

Representa el cuarto lugar en el orden de los tumores benignos por su frecuencia, siendo su localización muy variopinta, si bien el fémur y la tibia proporcionan el 50 % de sus asentamientos. Es más

frecuente en varones que en mujeres. La segunda década (entre 11 y 12 años) concentra también más del 50 %. No raros en niños menores de cinco años, siendo el caso de más edad descrito hasta ahora, el de Morton en un hombre de 67 años. 7.

Generalmente la clínica (con dolor creciente que no cede al descanso, aumenta por la noche, que cede generalmente a la aspirina, con atrofia muscular, y si su localización está cerca de una articulación puede ser confundida con una artritis por el componente inflamatorio que le acompaña), unida a su clásica Radiología, (imagen quística con nido central y reacción condensante periférica) es suficiente para su diagnóstico pero, como veremos, no siempre es tan fácil de diagnosticar, sobre todo en localizaciones atípicas como veremos a continuación.

El tumor se presenta habitualmente bajo tres aspectos:

1. Cortical.
2. Medular o esponjoso, endostal.
3. Subperióstico.

De los tres el 1º es el más frecuente, mientras que el tercero lo es menos. Son los que presentan mayor dificultad diagnóstica sobre todo con los osteoblastomas (SCHAJOWICZ). 10.12.

El diagnóstico se realiza mediante la radiología convencional, la tomografía simple, la computarizada, la gammagrafía, y muy eventualmente la angiografía.

El tratamiento es quirúrgico. La resección en bloque es obligada. La cavidad restante puede dejarse curetada o rellena de injertos.

RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Desde abril de 1986 el enfermo refiere la siguiente historia clínica. Se trata de un varón de 9 años de edad que, de repente

y sin referir antecedente traumático alguno, aqueja dolor agudo en tobillo derecho que le obliga a cojear, sin fiebre. El niño ha terminado de jugar en la escuela y sus padres creen que es debido al cansancio o a algún eventual golpe. Durante la noche se queja tanto que sus padres lo conducen a un centro de urgencia, siendo diagnosticado de ESGUINCE, colocándole un vendaje elástico que llevó durante 15 días. No mejoró. Otra visita médica confirmó el diagnóstico colocándole un yeso con tacón que llevó durante 40 días y posterior vendaje elástico otros 25 días.

La persistencia de las molestias aconsejaron la práctica de radiología funcio-

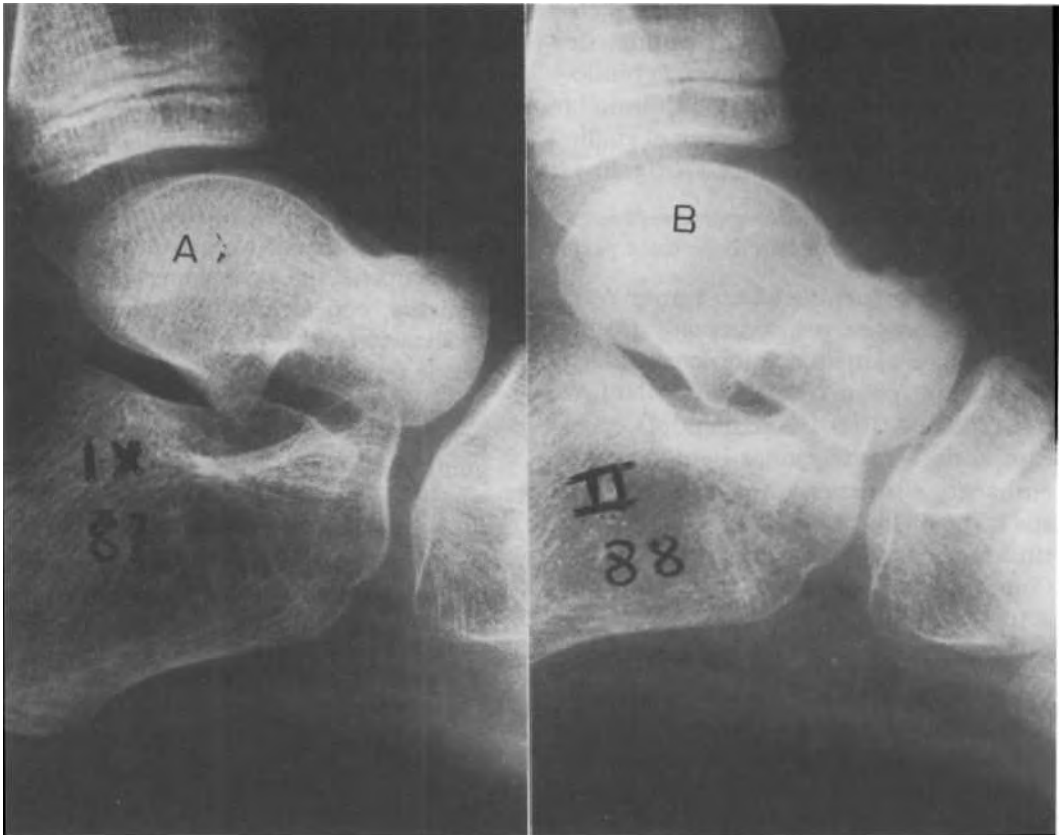


Fig. 1: a) IX.87. Imagen sospechosa pero no valorable aún. b) II.88. Imagen con cierta definición y sospechosa.

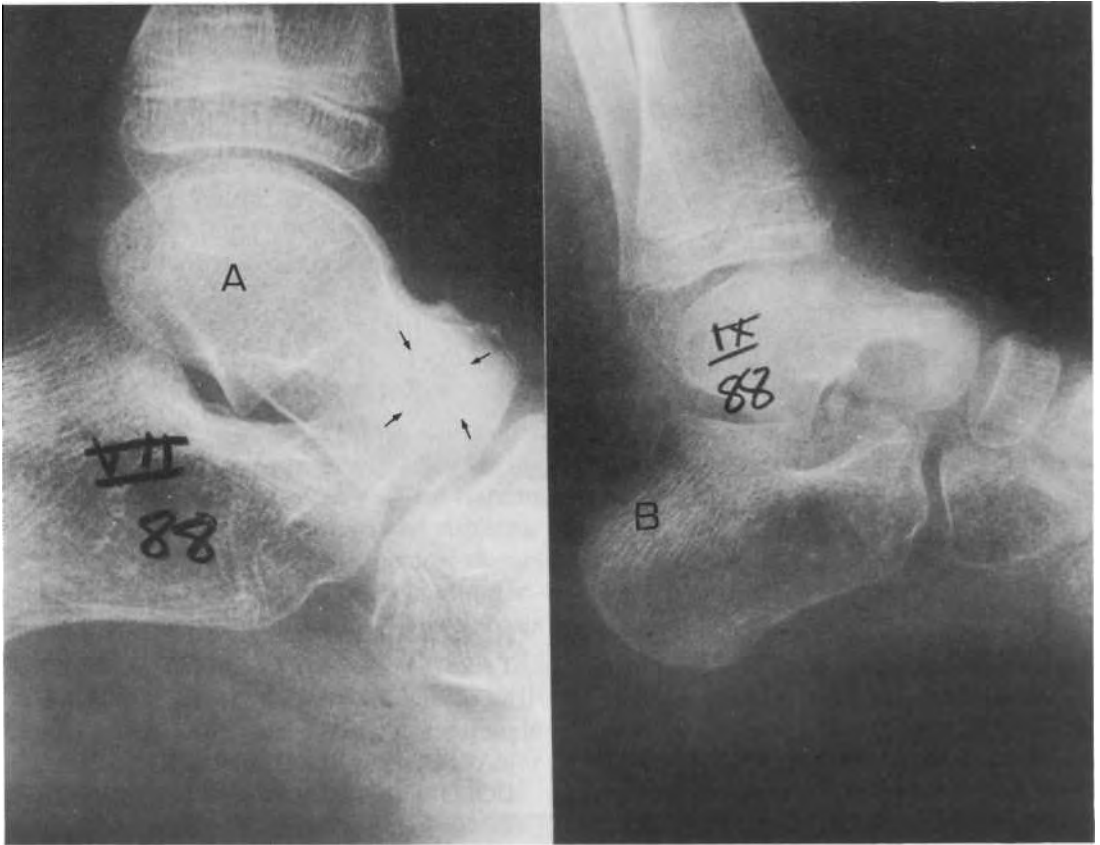


Fig. 2: a) VII/88. El quiste en la cabeza del astrágalo es ya evidente. b) IX.88. Postoperatoria inmediata.

nal del tobillo, siendo diagnosticado esta vez de ROTURA DEL LIGAMENTO PERONEO ASTRAGALINO ANTERIOR, siéndole propuesta la intervención quirúrgica.

Los padres no aceptan la intervención, y mientras el enfermo es visitado por otros especialistas, que le diagnostican OSTEOPOROSIS, prescribiéndole rehabilitación y fisioterapia durante cuatro meses, con lo que alcanza ya el año de evolución sin que se presente la mejoría esperada, es más, el DOLOR ES MAYOR, PUNTUAL, NOCTURNO, presentando además EDEMA en TARSO Y TOBILLO, con CALOR y PALPACIÓN DE TODA LA REGIÓN DOLOROSA. Dadas las circuns-

tancias deciden la aplicación de infiltraciones de Orgoteína, sin resultado.

Pese a todo el infante es tachado de reumático, sicópata, etc., hasta que un día acude a la consulta de un especialista en Reumatología, el cual le prescribe un hemocultivo, y toda la analítica para descartar un Tbc, al mismo tiempo que una gammagrafía, en cuyas conclusiones finales puede leerse: «El estudio en conjunto es compatible con la existencia de un proceso localizado fundamentalmente a nivel de un hueso tarsiano ¿escafoides? Por las características obtenidas este proceso debe alterar de forma moderada el metabolismo locoregional y posiblemente tenga un componente inflamatorio significativo». (Fig. 3).

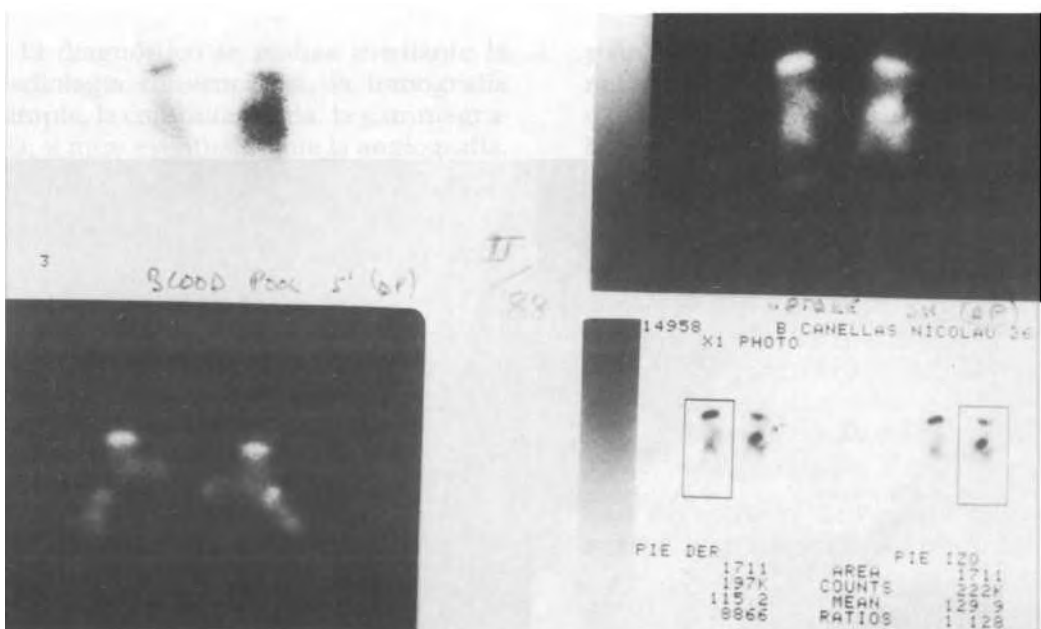


Fig. 3. Gammagrafía positiva.

Se le practicó también un TAC que no dio luz, no apareciendo en él lesión que justificase su patología. (Fig. 4).

Con toda esta historia tan abigarrada llegó a nuestra consulta, con el siguiente cuadro, que no variaba el anteriormente descrito, pero sí lo aumentaba: DOLOR

NOCTURNO, FIJO CONSTANTE EN EL TARSO Y TOBILLO. COJERA ACUSADA. NO PODÍA PRACTICAR DEPORTE. A la palpación presentaba EDEMA EN EL TARSO, PALPACIÓN REGIONAL MUY DOLOROSA. Punto álgido: EL SENO DEL TARSO. La movilización Subastragalina presentaba DOLOR URENTE EN EL PIE.



Fig. 4: Primer T.A.C. Último corte (x). De haber continuado con la seriación el próximo hubiese dado de lleno en el tumor. No obstante es evidente la esclerosis de la cabeza (y).

La historia clínica y la gammagrafía nos hizo sospechar desde un principio la existencia de un proceso tumoral benigno. Iniciamos con esta idea el estudio de la Radiología normal. Las primeras series a las que tuvimos acceso fechadas el IX.87 (Fig. 1 A) no hicieron más que sospechar que en la cabeza del astrágalo en su parte lateral posiblemente, existía un tumor, quizá un osteoma. En la siguiente serie fechada 11.88 (Fig. 1 B) puede visualizarse incluso el Nidus, mientras que en la serie comparativa del VII.88 (fig. oblicuas) de ambos pies la diferencia de ambos astrágalos es notoria. La esclerosis concomitante había hecho su aparición.

La NEGATIVIDAD DEL TAC sólo podía explicarse por dos razones: 1.^a Los cortes habían sido transversales, y 2.^a no habían alcanzado más allá de la mitad superior de la cabeza astragalina superior, observándose en el scan vº (Fig. 4) la alta densidad ósea correspondiente a la esclerosis tumoral.

Se practicó un nuevo TAC con la indicación al radiólogo de la conveniencia de efectuar los cortes frontales, para mejor

localizar el tumor. El resultado es evidente en las (Fig. 5,6).

La solución final fue quirúrgica, y la resección en bloque del tumor no hizo más que confirmar las primeras observaciones. La anatomía patológica sentenció el caso. Se trataba de un OSTEOMA OSTEÓIDE DE LA CABEZA ASTRAGALINA.

El acto quirúrgico demostró también la existencia de una gran reacción inflamatoria que alcanzaba lo más profundo del seno del tarso, y que la tumoración se hallaba ya en fase de casi comunicación con el exterior. No se colocaron injertos sustitutivos por considerar, dada la situación anatómica de la lesión, que podría complicarse con una sinostosis en el *sustentaculum tali*, prefiriendo dejarlo curetado.

DISCUSIÓN

El caso que presentamos centra su interés en tres aspectos del mismo: 1º la localización en el astrágalo; 2º la ubicación del tumor dentro del mismo Talo,

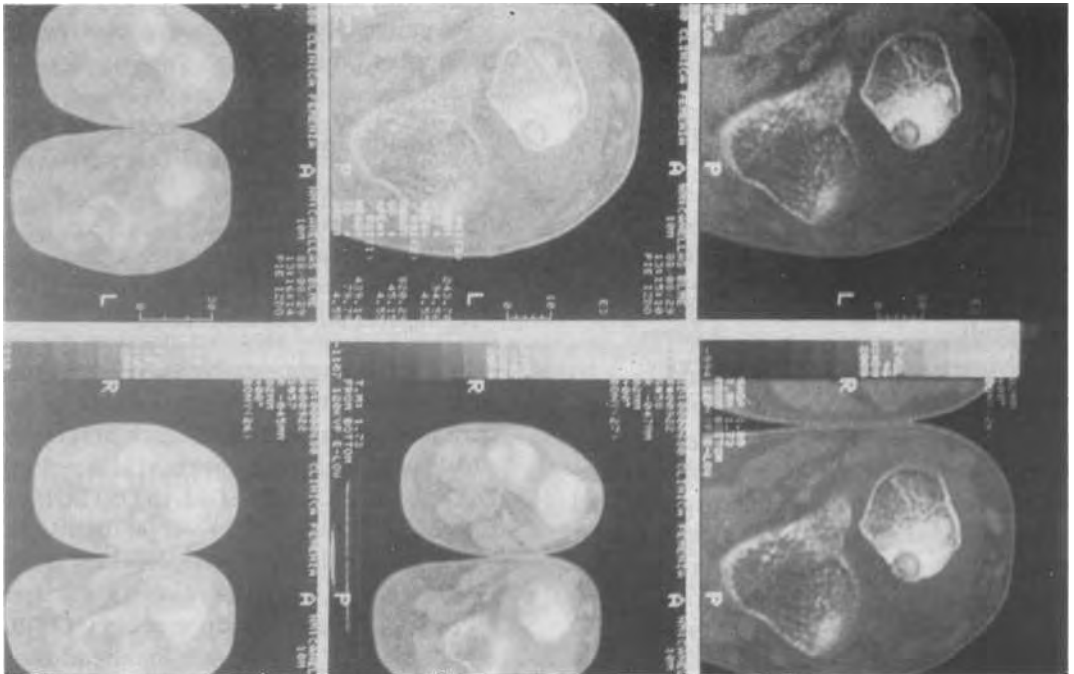


Fig. 5. T.A.C. frontal. Localización de la lesión.

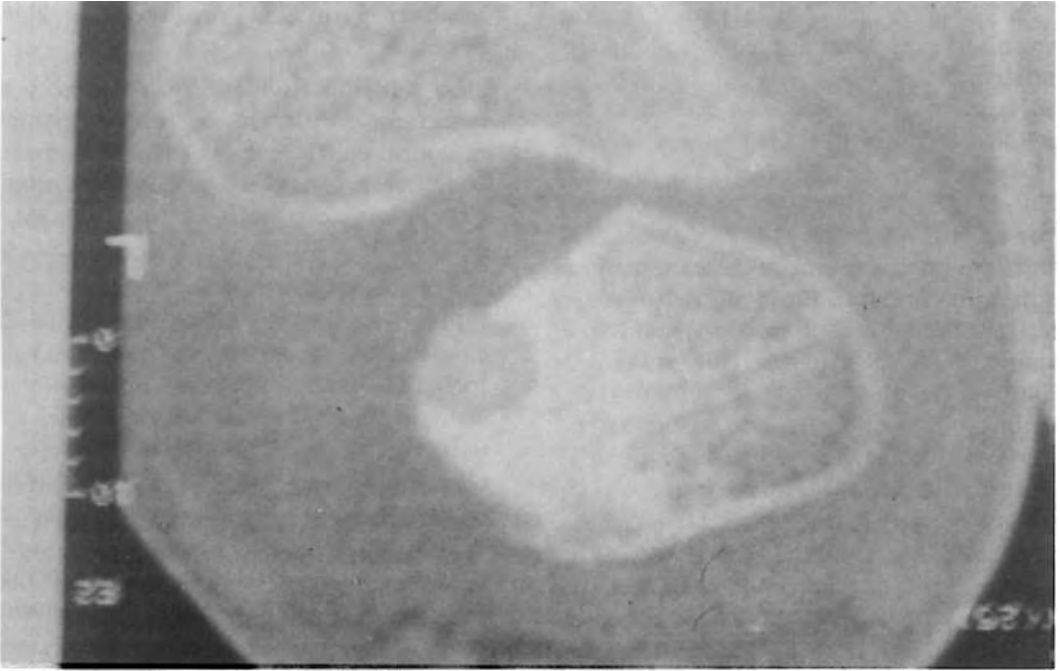


Fig. 6. Detalle del T.A.C.

LA CABEZA, y por último y quizá el más demostrativo para la práctica médica, LA DIFICULTAD DE DIAGNÓSTICO que representa este tumor cuando se localiza en regiones digamos no típicas o infrecuentes. Dificultad que se ve aumentada por la pequeñez de su tamaño. (5).

La localización en el astrágalo

Esta localización se ha considerado poco frecuente e inhabitual. De las estadísticas más antiguas destacan (2,4,9,10.):

Debeyre	6 casos
Rigault	2 casos
Dahlin	5 casos
Schajowicz	9 casos

Los estudios más recientes le dan una mayor incidencia a este hueso, y así tenemos la serie recogida por Campanna del Instituto Rizzoli que hasta 1984, de un total de 430 pacientes con Osteomas osteoides y osteoblastomas localizó 68 en los huesos del pie, y de éstos 40 en el astrágalo. De estos 40, 33 fueron considerados OSTEOMAS OSTEOIDE, mientras que 7 lo fueron como OSTEOLASTOMAS (3).

De los 33 casos, un solo caso se localizó en el cuerpo, mientras que los 32 restantes se ubicaban en el cuello, Y EN LA CABEZA NO FUE VALORADO NINGUNO.

Su valoración radiográfica obtuvo los siguientes porcentajes:

Cuerpo:

a) Lesión medular: 5%.

Cuello:

a) Lesión medular: 20%

b) Perióstica radiolúcida: 13%

c) Lesión exostótica: 3%

d) Lesión subperióstica: 54%

Le siguen a esta estadística, aunque menos numerosa, otras entre las que destacan: la de Shereff de la Clínica Mayo que publica el hallazgo desde 1945 a 1983 DIEZ CASOS DE OSTEOMAS OSTEOIDES EN EL PIE, ubicando en el astrágalo TRES, en el calcáneo UNO, en el cuboide UNO, OTRO en cada una de las tres cuñas, OTRO en el primer meta y OTRO en el segundo. De los tres localizados en el astrágalo TODOS ERAN EN EL CUELLO (11).

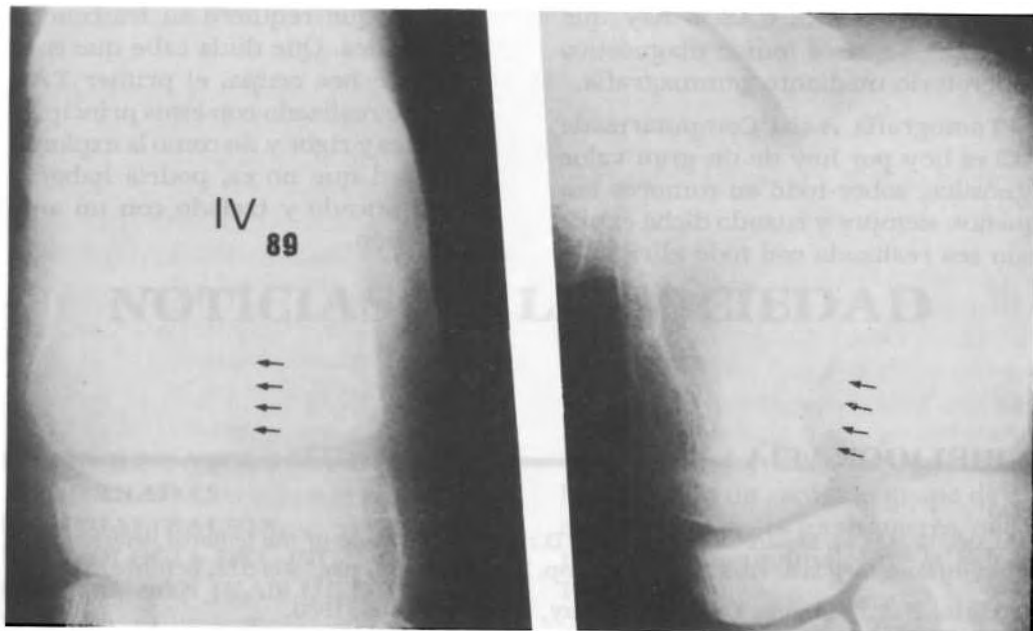


Fig. 7. Último control IV/89. Cicatrización herida.

En España existen dos publicaciones, que conozcamos, que hagan referencia al osteoma osteoide en general, de las cuales sólo una refiere un caso en el cuello, la de Miralles (6) publicada en la Revista de la Secot, y la segunda la de Galán Labaca y colaboradores, que en la revisión de catorce casos hallados, no localiza ninguno en el pie, y que fue publicada en 1986 en la *Revista Española de Cirugía Osteoarticular* (13).

El resto de la Bibliografía consultada hace referencia a múltiples localizaciones pero ninguna en el pie.

Nuestra experiencia en este tipo de tumor se refiere a: una sola localización en el calcáneo, tres casos en cuello femoral, y dos casos en tibia. Total siete casos.

La dificultad de diagnóstico

El diagnóstico diferencial debe centrarse en tres entidades:

- 1º Con el osteoblastoma se puede realizar por el tamaño de la lesión. Formaciones superiores a los 2 mm deben ser considerados como verdaderos osteoblastomas benignos.

- 2º Con el sarcoma de Ewing si se localiza en huesos planos con aposición perióstica.
- 3º Con la osteomielitis si se localiza en la diáfisis y con el absceso de Brodie en las epífisis.

No obstante, como ya indicó Munuera (8) y recogió en su trabajo Miralles, el diagnóstico diferencial no es fácil, sobre todo en las localizaciones atípicas, como nuestro propio caso demuestra.

Swee (12), en la más completa revisión retrospectiva de osteomas osteoides publicadas, demuestra que de CIEN CASOS de estos tumores comprobados quirúrgica e histológicamente tratados en la Clínica Mayo desde 1958 a 1977, 75 pacientes tenían un diagnóstico claro y neto de osteoma osteoide con la radiología simple, mientras que el 25 restante fueron hallazgos casuales.

De estos VEINTICINCO CASOS (25 %), 17 eran hallazgos anómalos y ambiguos, mientras que 8 tenían radiología normal.

De los DIECISIETE CASOS considerados ambiguos, TRES fueron hallazgos quirúrgicos, y 14 tenían tomografías.

De estos CATORCE CASOS hay que señalar que 11 casos tenían diagnóstico preoperatorio mediante gammagrafía.

La Tomografía Axial Computarizada (TAC) es hoy por hoy de un gran valor diagnóstico, sobre todo en tumores tan pequeños, siempre y cuando dicha exploración sea realizada con todo el rigor y

método que requiere su trascendencia diagnóstica. Que duda cabe que si en el caso que nos ocupa, el primer TAC se hubiese realizado con estos principios de métodos y rigor y no como la exploración standard que no es, podría haber sido diagnosticado y tratado con un año de antelación.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALANI, W. O., M. D., and E. BARTAL, M. D.: *Osteoid osteoma of the femoral neck simulating and inflammatory synovitis...* Clin. Orthop. Number, 223, pág. 309-312, octubre, 1987.
2. DAHLIN, D. C.: *Tumores óseos*. Ed. Toray, S. A. Barcelona, 1980.
3. CAMPANNA, RODOLFO, M. D., JAMES R. VAN HORN, M. D., ALBERTO AYALA, M. D., PIERO PICCI, M. D., and GRAZIANO BETELLI, M. D.: *Osteoid Osteoma and osteoblastoma of the Talus*. Skeletal Radiology (1986), 15:360-364.
4. DEBEYRE, J. y TOUZARD, R.: *Traitement de 48 cas d'osteome osteoide*. ACTA ORTHOP, BELG. 40, 1, 34-44, 1974.
5. HELMS CLYDE, A., M. D.: *OSTEOID OSTEOOMA. The Double Density Sign*. Clin. Orthop. n° 222, pág. 167-173, sep. 1987.
6. MIRALLES MARRERO, R., DOMENECH SERVIL, S., GINE GOMA, J. Y SAURA MENDOZA, E.: *Osteoma osteoide de Astrágalo*. Rev. Orto. Traum. 21, I B, n° 4, pág. 509-512, 1977.
7. MORTON, S., KENNET, M. D., F.R.C.S. (C), and ROBERT W McGRAW, M. D., F.R.S.C. (C): *Osteoid-Osteoma. Report of a case a sixty-seven-year-old-man*. J. Bone Joint Surg. 69, A. N° 3, páginas 449-451, March, 1987.
8. MUNUERA MARTÍNEZ, L. y BULLOUGH, P. C.: *Algunas observaciones sobre osteomas osteoide*. Rev. Ortop. T. Traum. 101, B, 3, 593-602, 1966.
9. RIGAULT, P., MOUNTERDE, P., PADOVANI, J. P., JAUBERT, F. y GUYANVARCH, G.: *Osteome osteoide chez l'enfant*. Rev. Chir. Orthop. 61, 627-646, 1975.
10. SCHAJOWICZ, Fritz: *Tumores y lesiones seudotumorales de huesos y articulaciones*. Ed. Panamericana, 1982.
11. SHEREFF, Michael J., M. D., WALTER T., CULLIVAN, O.P.A., and KENNETH A., JOHNSON, M. D.: *Osteoid osteoma of The Foot*. Journ of Bone 65-A, n° 5. June, 1983, pág. 638-641).
12. SWEE RONALD, G., M. D. RICHARD, A. McLEOD, M. D. and JOHN W. BEABOUT, M. D.: *Osteoid Osteoma. Detection, Diagnosis, and Localization*. Radiology 130: 117-123, January, 1979.
13. V. GALÁN LABACA, M. A., M. A. GÓMEZ LUZUORAGA, P. ARMENDÁRIZ MENDIZÁBAL, F. ARRATE BARRAGAN, e I. ZALBALZA ESTEVEZ: *Osteoma osteoide: estudio de 14 casos*. Rev. Esp. de Cir. Ost., (305-308). 1986.