

Osteoblastoma astragalino: Tumoración inusual de difícil diagnóstico diferencial. A propósito de un caso

**García Sánchez ,L¹. Gallach Sanchis, D².
Gil Botello, D¹. Cambronero Honrubia, I².
Sánchez Cózar, L²**

1Médico Interno Residente Cirugía Ortopédica y Traumatología. Gerencia de Atención Integrada de Albacete.

2Facultativo Especialista Área Cirugía Ortopédica y Traumatología. Gerencia de Atención Integrada de Albacete.

INTRODUCCIÓN

El osteoblastoma en los huesos del pie presenta una incidencia entre el 5% -10%, siendo el astrágalo (con frecuencia en asientos subperiósticos de la cara dorsal del cuello del astrágalo, aunque más veces son intramedulares) la localización más frecuente, seguido del calcáneo. Suele presentarse como un dolor sordo, crónico que no cede completamente con la toma de antiinflamatorios no esteroideos, además de tumefacción. La radiografía simple constituye la prueba básica para el diagnóstico, presentándose como un nidus, de mayor tamaño que en el osteoma osteoide, dicha lesión bien circunscrita, con más o menos esclerosis, y la mitad de los casos muestran matriz mineralizada, habitualmente con osteoporosis regional de los huesos vecinos. La reacción perióstica está presente en el 25% de los casos, generalmente en lesiones subperiósticas, y el 10-15 % de las lesiones asocian quistes óseos aneurismáticos secundarios. El tratamiento de elección es la exéresis o curetaje de la lesión, con relleno de la cavidad, con injerto óseo o cemento.

El objetivo es plantear mediante la presentación de un caso clínico el diagnóstico diferencial del osteoblastoma astragalino.Revisamos síntomas, imágenes radiológicas y tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Se analizó un caso clínico con la patología anteriormente citada, recibiendo tratamiento quirúrgico con evolución favorable.



Fig.1.Rx tobillo y pie sin hallazgos

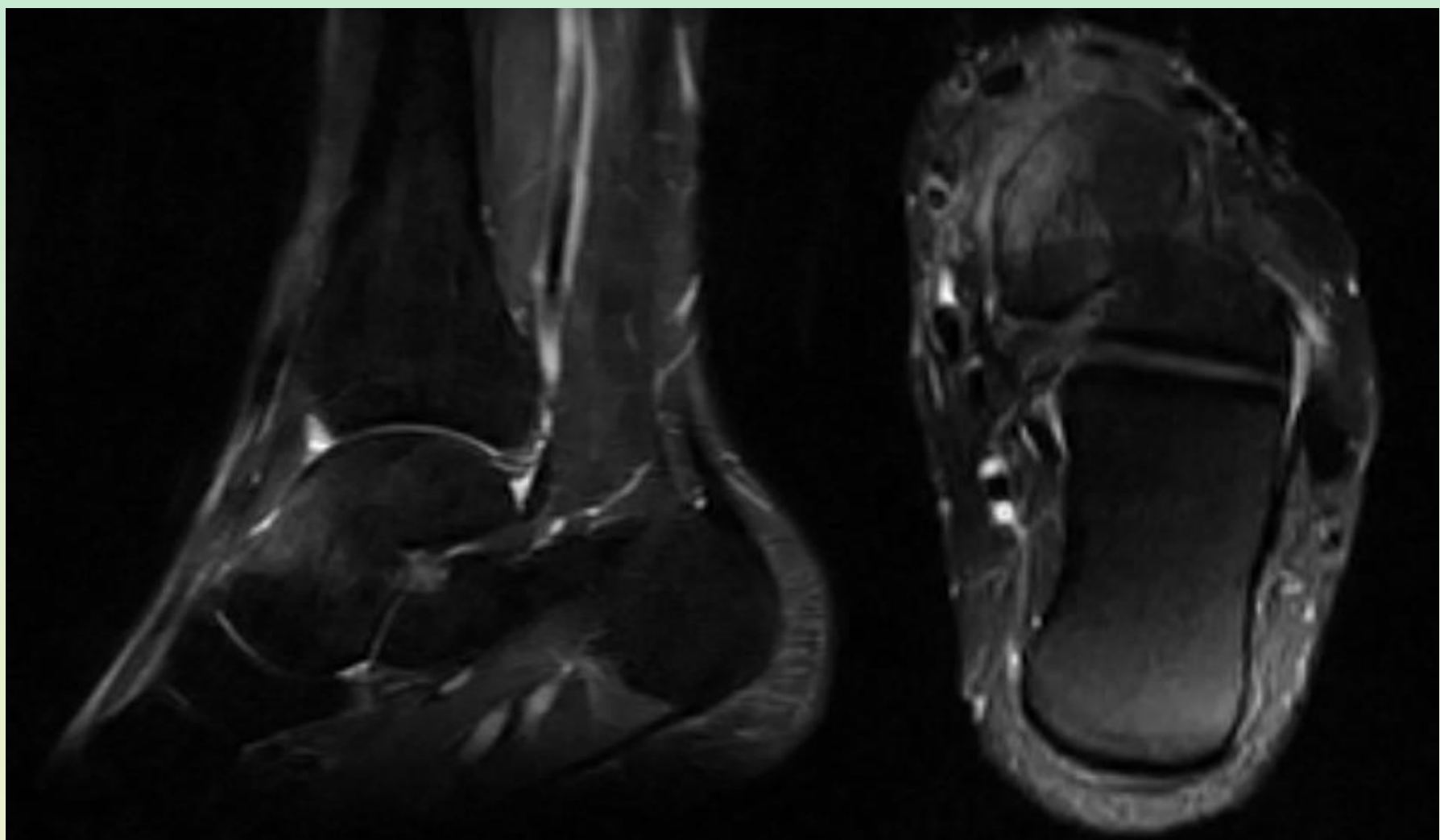


Fig.2.RNM:edema óseo cuello de astrágalo

RESULTADOS

Varón de 34 años que acude por dolor constante a nivel tibioastragalino interno de meses de evolución, sin hallazgos en la radiografía(fig.1), visualizándose en la RNM componente edematoso óseo intramedular en cuello de astrágalo(fig.2). Ante dichos hallazgos, se decide tratamiento conservador con antiinflamatorios y rehabilitación, sin mejoría alguna. Ante la persistencia de clínica, se realiza TC observando nidus calcificado con esclerosis reactiva adyacente en cuello de astrágalo y RNM que se acompaña de leve edema en médula ósea compatible con osteoma osteoide subperióstico. Por lo que, se plantea exéresis artroscópica de tumoración rojo vinosa de aproximadamente 1 cm de consistencia mixta cuyo estudio reveló lesión constituida por trabécula que se anastomosan, dispuestas de forma irregular sobre una matriz fibrosa laxa, rodeadas de osteoblastos sin atípia, compatible con osteoblastoma. A los 6 meses, el paciente no presentaba sintomatología ni restricción en sus actividades cotidianas.

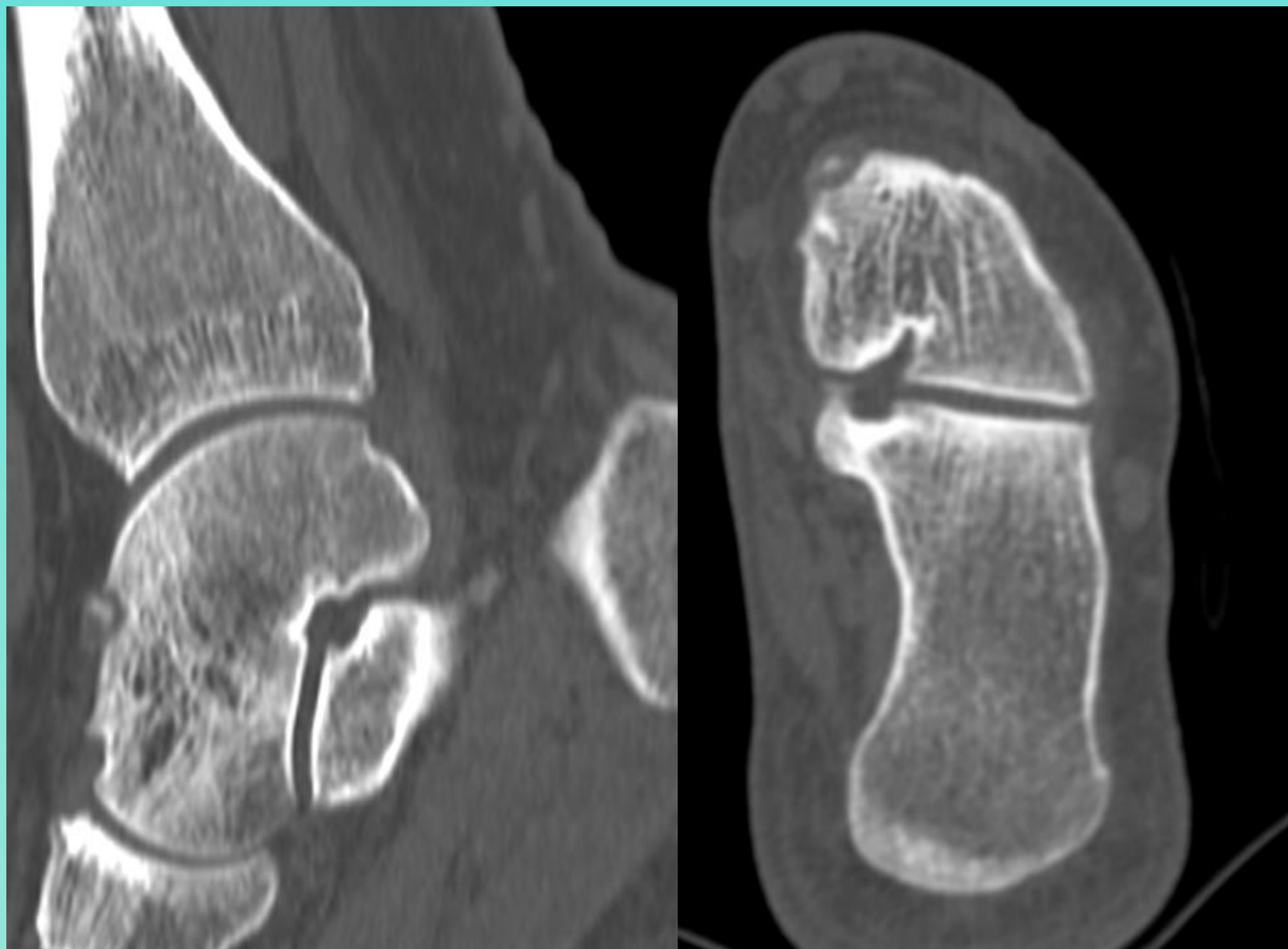


Fig.3.TC:nidus calcificado con esclerosis reactiva en cuello de astrágalo

CONCLUSIONES

El osteoblastoma es un tumor óseo benigno inusual, constituyendo aproximadamente el 1% de los tumores primarios óseos. La localización más frecuente es a nivel de huesos largos y en columna vertebral, pudiendo ser en ésta última muy agresivo y potencialmente letal. El osteoblastoma en el pie es infrecuente, siendo el astrágalo la localización más común, planteando dudas diagnósticas con esta patología diferentes lesiones. De igual forma, existen otras lesiones óseas que presentan ciertas similitudes con el osteoblastoma, como son el osteoma osteoide (difícil diferenciar la histología de estas dos patologías), quiste óseo simple y lipoma intraóseo. También es importante diferenciarlo de lesiones malignas que tienen predilección por el calcáneo, como son el osteosarcoma, sarcoma de Ewing y el condrosarcoma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ahmed N, Baba A, ;Maajid S, Badoo A, Rasool G. Osteoblastoma of body of the talus: Report of a rare case with atypical radiological features. Foot and Ankle Surg 2010; 16:24-6
2. Oomen AT, Madhuri V, Walter NM. Benign tumors and tumor-like lesions of the calcaneus: a study of 12 cases. Indias J Cancer 2009; 46:234-6.
3. Scoccianti G, Campanacci Da, Imnocenti M, Beltrams G, Capanna R. Total calcanectomy and reconstruction with vascularized iliac bone graft for osteoblastoma: A report of two cases. Foot Ankle Int 2009; 30:716-20
4. William B. Kilgore, William M. Parrish,Calcaneal Tumors and Tumor-like Conditions. Foot and Ankle Clinics 2005 Volume 10, Issue 3, 541-565