

## Gonalgia en paciente joven

**Jorge Moussallem González\***, **Pedro Luis Vaca Fernández\***, **Sergio Martín Blanco\***,  
**Marta J. Barrio Velasco\***.

*\*MIR. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).*

**Correspondencia:** Jorge Moussallem González. [jorgm1395@gmail.com](mailto:jorgm1395@gmail.com)

### RESUMEN

**Introducción:** El osteoma osteoide es un tumor óseo benigno formador de hueso que, radiológicamente, se caracteriza por un nido radiolúcido. Representa, aproximadamente, el 12 % de los tumores óseos benignos y la edad de presentación típica es la segunda década de la vida.

**Presentación del caso:** Se presenta el caso de un varón de 18 años de edad, que comenzó hace 6 meses con gonalgia derecha de características mecánicas, no irradiada y que relaciona con el inicio de actividad. El dolor tiene predominio nocturno y, además, se desencadenaba con la actividad deportiva. Para el dolor tomó antiinflamatorios no esteroideos (AINES) con clara mejoría. No presentaba otra sintomatología destacable (ni fiebre, ni síntomas generales). A la exploración física de la rodilla solo se encontró dolor a punta de dedo localizado en la zona proximal de la unión tibioperonea. En las radiografías simples en proyecciones anteroposterior y lateral de la rodilla derecha, se observó una zona radiolúcida en su interior rodeada de esclerosis periférica y reacción perióstica con bordes bien definidos localizada en la tibia. Se solicitó una tomografía computarizada (TC) observando hallazgos compatibles con osteoma osteoide. Se decidió tratamiento sintomático y seguimiento en consultas externas a los 6 meses.

**Diagnóstico y discusión:** Respecto al tratamiento del osteoma osteoide existen distintas opciones, siendo las más utilizadas la ablación mediante radiofrecuencia guiada con TC y la escisión en bloque. Si el dolor se controla con AINES y el enfermo no quiere operarse solo necesita observación.

### PALABRAS CLAVE

Osteoma osteoide, nidus, radiofrecuencia.

### CASO CLINICO

#### INTRODUCCIÓN

El osteoma osteoide es un tumor óseo benigno formador de hueso que, radiológicamente, se caracteriza por un nido radiolúcido (que habitualmente suele tener un tamaño de 1-1,5 cm de diámetro) productor de prostaglandinas [1] [2].

Representa, aproximadamente, el 12 % de los tumores óseos benignos y la edad de presentación típica es la segunda década de la vida; afecta más a los hombres que a las mujeres (dos o tres veces). Las localizaciones más frecuentes son la metáfisis y diáfisis de fémur proximal y de tibia. Es raro en articulaciones (10-13 %).

Clínicamente, el osteoma osteoide cursa con dolor de tipo inflamatorio y de predominio nocturno que cede tras la ingesta de antiinflamatorios (dato muy característico) y que puede, o no, aparecer también en el contexto de actividad [1].

Su evolución es hacia un dolor más evidente y nocturno. En casos excepcionales se ha descrito su desaparición espontánea. Provoca una reacción inflamatoria crónica e intensa en los tejidos circundantes, con reacción perióstica, esclerosis ósea y sinovitis, por la producción de prostaglandinas. En raros casos (niños) el dolor puede ser leve o nulo [3] [4].

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un varón de 18 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que comenzó hace 6 meses con gonalgia derecha de características mecánicas, no irradiada y que relaciona con el inicio de actividad deportiva (juega al fútbol). Según refirió, el dolor tiene predominio nocturno y, además, se desencadenaba con la actividad deportiva. Para el dolor tomó antiinflamatorios no esteroideos (AINES) con clara mejoría. No presentaba otra sintomatología destacable (ni fiebre, ni síntomas generales).

A la exploración física de la rodilla se encontró: No limitación a la flexoextensión de la rodilla. Signo del cepillo y del rebote negativo. Cajón posterior y anterior negativo. No presentaba dolor en interlíneas. Bostezos negativos. Maniobras meniscales negativas. No mostraba dolor a la palpación de ligamentos laterales de la rodilla. Reflejo osteotendinoso rotuliano bilateral. Pulsos pedios conservados. No presentaba alteraciones en la sensibilidad. Dolor a punta de dedo localizado en la zona proximal de la unión tibioperonea.

Se solicitaron radiografías simples en proyecciones anteroposterior y lateral de la rodilla derecha, [Figuras 1 y 2]; en las que se observa un patrón geográfico muy bien definido con una zona radiolúcida en su interior rodeada de esclerosis periférica y reacción perióstica con bordes bien definidos localizada en la tibia.

Debido a los hallazgos encontrados en la radiografía simple se decidió la realización de una tomografía computarizada (TC) con reconstrucción multiplanar en la que se confirman dichos hallazgos: lesión osteolítica en el seno de un engrosamiento cortical / reacción perióstica (8,6 mm craneocaudal y 5 mm transversal), hallazgos compatibles con osteoma osteoide. Sin otros hallazgos.

Se decidió tratamiento sintomático y seguimiento en consultas externas a los 6 meses para vigilar la evolución, solicitándose una radiografía de control [Figuras 3 y 4]. La evolución clínica y radiológica del paciente fue satisfactoria, permaneciendo sin dolor durante todo el seguimiento.

## DISGNÓSTICO Y DISCUSIÓN

El diagnóstico diferencial principal del osteoma osteoide es con la osteomielitis (sobre todo el absceso de Brodie); ambos suelen presentar un borde esclerótico, pero la sintomatología es diferente, con otro patrón del dolor. La existencia del nidus es

patognomónica del osteoma osteoide. Es excepcional la existencia de un doble nidus que dificulte el diagnóstico [5]. El osteoblastoma es un tumor benigno de la misma estirpe que el osteoma osteoide, pero de mayor tamaño (> 2 cm) y en general con localización diferente (arco posterior de las vértebras, etc.).

Respecto al tratamiento del osteoma osteoide existen distintas opciones, siendo las más utilizadas la ablación mediante radiofrecuencia guiada con TC (es el tratamiento de elección que puede ser exitoso hasta en el 91% de los casos) y la escisión en bloque. Si el dolor se controla con AINES y el enfermo no quiere operarse solo necesita observación. Winkelmann et al [6], con estudios seriados de RM, muestran la regresión significativa de la reacción inflamatoria en un caso y la desaparición del tumor en otro. Se han publicado algunos casos de transformación en un osteoblastoma tras un tratamiento prolongado con AINES.

Es escasa la bibliografía que se dedica en exclusiva a valorar la ablación por RF guiada por TC en niños y adolescentes, ya que mayoritariamente se procede a ella en adultos jóvenes. Recientemente Donkol et al [7] publicaron una revisión de 23 niños-adolescentes, concluyendo que también en ellos es un procedimiento seguro y efectivo, aunque con éxito clínico discretamente inferior en resultados (78,2 %) respecto a las series de adultos. Los únicos inconvenientes son la ausencia de confirmación histológica y la mayor cantidad de radiación recibida.

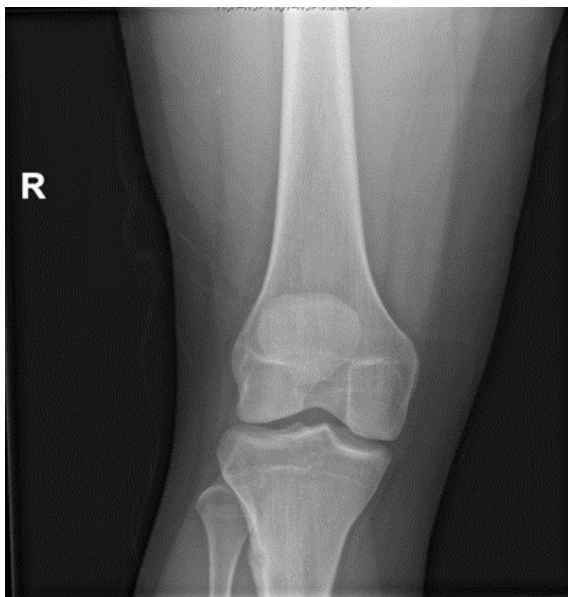
Las fracturas complejas requieren un adecuado tratamiento secuencial por etapas, ya que si no existe un alto riesgo de complicaciones y de potenciales secuelas graves.

## BIBLIOGRAFÍA

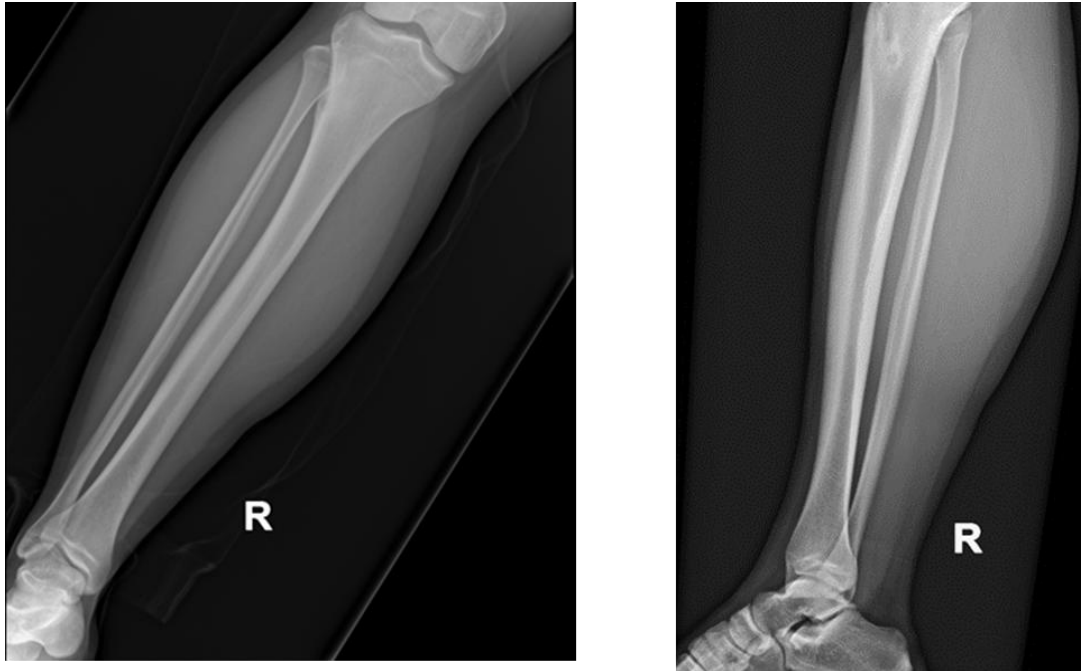
1. Ruiz Munther J, Guasp Vizcaino M, Gómez Fernández-Montes J, Cano Marquina AJ, Delgado Barriga K, Arnau Ferragut MS. Tumores óseos en edad pediátrica. En: 31 Congreso Nacional SERAM 2012 [Internet]. Granada: SERAM 2012; 2012.
2. Tis JE. Nonmalignant bone lesions in children and adolescents. UpToDate [Internet]. This topic last updated: Mar 26, 2020.

3. Lawrie TR, Aterman K, Sinclair AM. Painless osteoid osteoma. A report of two cases. J Bone Joint Surg Am. 1970 Oct;52(7):1357-63
4. Schulman L, Dorfman HD. Nerve fibers in osteoid osteoma. J Bone Joint Surg Am. 1970 Oct;52(7):1351-6
5. Matera D, Campanacci DA, Caldora P, Mazza E, Capanna R. Osteoid osteoma of the femur with a double nidus: a case report. Chir Organi Mov. 2005 Jan-Mar;90(1):75-9.
6. Winkelmann S, Hirsch W, Burdach S, Horneff G. Therapie der Osteoidosteome -- immer chirurgisch? Klin Padiatr. 2003 Jan-Feb;215(1):35-9.
7. Donkol RH, Al-Nammi A, Moghazi K. Efficacy of percutaneous radiofrequency ablation of osteoid osteoma in children. Pediatr Radiol. 2008 Feb;38(2):180-5.

## TABLAS Y FIGURAS



**Figura 1 y 2. Rx simple en proyección anteroposterior y lateral de la rodilla derecha, donde se observa un patrón geográfico muy bien definido con una zona radiolúcida en su interior rodeada de esclerosis periférica y reacción perióstica con bordes bien definidos localizada en la tibia.**



**Figura 3 y 4. Rx simple en proyección anteroposterior y lateral de la rodilla derecha tras 6 meses de seguimiento, donde se observa estabilidad de la lesión.**