Semergen. 2015;41 (Espec Congr):503

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1732 - ¿ES EL DOLOR NOCTURNO PERSISTENTE EN EXTREMIDAD INFERIOR UN SÍNTOMA PATOGNOMÓNICO DEL OSTEOMA OSTEOIDE?

L. Mohamed Dafa[a], S.A. Mohamed Elbad[b], C. Marín Pañiagua[a] e I. Rivero Borges[c]

[a]Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Cortes. Madrid. [b]Médico de Urgencias de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Vega Baja Orihuela. Madrid. [c]Médico Suplente de Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio Madrileño de Salud. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 19 años que consulta por dolor en el muslo izquierdo de intensidad moderada, y sensación de hinchazón de 3 meses de evolución. El dolor que era episódico, se hizo continuo posteriormente y se acentúa más por las noches. No relaciona antecedentes de traumatismo. No fiebre ni alteraciones en la piel. Mejora con el ibuprofeno.

Exploración y pruebas complementarias: En el centro de salud indicamos una Rx simple de fémur AP y L. Se observa una imagen osteolítica con aumento de la cortical nivel del tercio medio. El hemograma, coagulación y bioquímica, PCR y VSG sin alteraciones. En la consulta de traumatología: Marcadores tumorales: CA 19.9, CA 125, CA 15.3 y alfafetoproteína normales. TAC osteoarticular sin contraste: En el tercio medio del fémur izquierdo se identifica reacción perióstica difusa con un eje craneocaudal aproximado de 140 mm, observando en el seno de la cortical lateral una imagen hipodensa de 7 mm con apariencia de nidos, por lo que puede tratarse de un osteoma osteoide (OO) cortical siendo menos probable que se tratase de un secuestro. No se observan lesiones óseas ni alteraciones de planos blandos. RMN: se aprecia un significativo engrosamiento concéntrico de la cortical de la diáfisis femoral izquierda afectando a más de 15 cm de su longitud con morfología fusiforme centrado por una lesión de 9 mm isointensa o discretamente hiperintensa respecto al músculo en la vertiente profunda de la cortical externa del fémur, que realza de forma moderada tras la administración de contraste existiendo también un discreto edema y un menor realce tras gadolinio de la médula ósea circundante, sin que se identifique masa de partes blandas asociada. Engrosamiento cortical con imagen sugestiva de nidus en diáfisis femoral izquierda por lo que mediante RM el diagnóstico más probable es osteoma osteoide.

Juicio clínico: Osteoma osteoide.

Diagnóstico diferencial: Con el osteoblastoma que es menos doloroso, de mayor tamaño y es de crecimiento progresivo y sin reacción ósea intensa. También con la osteomielitis local por el componente inflamatorio asociado y especialmente con el absceso de Brodie y los traumatismos.

Comentario final: El OO es un tumor óseo benigno, que representa el 11% de todos los tumores benignos. Es más frecuente en pacientes varones jóvenes (4-1). Su localización más frecuente son los huesos largos sobre todo el fémur y la tibia, pero también en columna y manos. Clínicamente se

manifiesta como un dolor más o menos intenso de predominio nocturno y que se alivia con el ácido acetilsalicílico. Para su diagnostico la Rx simple es prácticamente diagnóstica, observándole una zona central de osteolisis con un halo de osteocondensación. El diagnostico se confirma con TAC, gammagrafía ósea y en ocasiones una RMN. Para su tratamiento hay varias vías que van desde la observación ya que OO puede involucionar y desparecer pasado un tiempo, la exéresis quirúrgica completa del nidus o la ablación mediante radiofrecuencia guiada por TAC o por RMN. Aunque el OO no es un diagnostico frecuente en AP, es una patología curable en la que hay que pensar ante dolor nocturno persistente aya que la Rx ofrece información suficiente para acercarnos al su diagnóstico.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.