

Caso clínico

doi: 10.35366/99142

Osteblastoma con presentación atípica en cuboides

Osteblastoma with atypical presentation in cuboid bone

Moreno-Hoyos LF,* Strassburger-Weidmann J,† Castillo-Anaya V,§ Galindo-Agustín LO¶

Hospital Ángeles Mocol.

RESUMEN. Introducción: El osteblastoma es un tumor osteoblástico benigno, agresivo y poco frecuente. Su localización más frecuente es en elementos posteriores de la columna vertebral y el sacro. La presentación en cuboides es excepcional. **Caso clínico:** Masculino de 50 años que inició padecimiento en 2005, con dolor y aumento de volumen en región dorsolateral del mediopié. En las radiografías se observa injerto óseo y una lesión en cuboides, radiotransparente, heterogénea, multilobulada, con bordes irregulares que sobrepasa la cortical lateral. Se realizó angiotomografía donde se observó la lesión hipervascularizada; en la gammagrafía se observó captación del tecnecio 99 y en la resonancia magnética se reporta una lesión con cambios postquirúrgicos, quística, multilobulada. Se tomó biopsia transquirúrgica con abundante tejido fibroconectivo, osteoblastos, nidos de tejido osteoide e hipervascularidad del estroma, aumento de celularidad sin atipias y escasas células gigantes multinucleadas. Se clasificó Enneking 2. Se inició tratamiento con resección y curetaje del tumor, crioterapia y colocación de injerto tricortical en el defecto óseo. Mostró buena evolución postquirúrgica. A los tres años del procedimiento quirúrgico se encuentra sin datos de actividad tumoral y asintomático. A pesar de que el osteblastoma no se presenta de forma habitual en cuboides, debe tomarse en cuenta como diagnóstico diferencial. **Conclusión:** Los tumores óseos, a pesar de tener localizaciones habituales, pueden presentarse en zonas poco frecuentes y por lo tanto, el estudio completo clínico radiográfico e histopatológico en cada paciente es fundamental.

Palabras clave: Osteblastoma, cuboides, tumor óseo, tratamiento, diagnóstico.

ABSTRACT. Introduction: Osteblastoma is a benign, aggressive and rare osteoblastic tumor. Its most common location is in later elements of the spine and sacrum. The cuboid presentation is exceptional. **Case report:** A 50-year-old male who began her condition in 2005, with pain and increased volume in the dorsolateral region of the middle foot. X-rays show bone grafting and a cuboid lesion, radiotransparent, heterogeneous, multilobed, with irregular edges that exceeds the lateral cortical. Angiotomography was performed where hypervascularized injury was observed; bone scan showed uptake of technetium 99, and MRI reported an injury with post-surgical, cystic and multilobed changes. Trans surgical biopsy was taken, increased atypia-free cellularity and few multinucleated giant cells were reported and Enneking 2 qualified. Treatment was initiated with resection of the tumor, cryotherapy, and placement of tricortical graft in the bone defect. He exhibited good post-surgical evolution. At three years of the surgical procedure, he's without tumor and asymptomatic. Although osteblastoma does not usually occur in cuboid, it should be taken into account as a differential diagnosis. **Conclusion:** Bone tumors, despite having common locations, can occur in rare areas and therefore the complete radiographic and histopathological clinical study in each patient is critical.

Keywords: Osteblastoma, cuboid, bone tumor, treatment, diagnosis.

* Médico adscrito de Ortopedia y Traumatología del Hospital Ángeles Mocol. Especialista en Tumores Óseos.

† Médico Especialista en Ortopedia y Traumatología, en Curso de Alta Especialidad en Cirugía Articular y Artroscopia en el Hospital Regional de Tlalnepantla del ISSMMyM.

§ Médico residente de Ortopedia y Traumatología del Hospital Ángeles Mocol, avalada por la Facultad Mexicana de Medicina de la Universidad La Salle.

¶ Médico adscrito de Ortopedia y Traumatología del Hospital Ángeles Mocol.

Correspondencia:

E-mail: drmorenohoyos@yahoo.com

Citar como: Moreno-Hoyos LF, Strassburger-Weidmann J, Castillo-Anaya V, Galindo-Agustín LO. Osteblastoma con presentación atípica en cuboides. Acta Ortop Mex. 2020; 34(6): 422-425. <https://dx.doi.org/10.35366/99142>



Introducción

El osteoblastoma es un tumor osteoblástico benigno, agresivo y poco frecuente.^{1,2,3,4,5} Comprende 3% de todos los tumores óseos benignos y alrededor de 1% de todos los tumores óseos primarios. Tiene mayor incidencia entre 10 y 25 años de edad y una proporción 2:1 entre masculino y femenino.^{1,2,3,4,5} Desde el punto de vista clínico se caracteriza por un dolor latente, continuo, lentamente progresivo, el cual no cede con ácido acetilsalicílico y en algunas ocasiones puede producir síntomas neurológicos cuando se localiza en los elementos posteriores de la columna vertebral.^{1,2,3,4,5,6} Puede producir tumefacción, atrofia muscular y alteraciones en la marcha.^{1,2,3,4,5,6} Por medio de estudios de imagen suele presentarse como una lesión radiotransparente de 2 a 10 cm de tamaño con heterogeneidad de densidad en su interior; son tumores expansivos con extensión a partes blandas circundantes y un halo de hueso reactivo alrededor del tumor.^{2,3,6} Las radiografías simples pueden dar de 43 a 66% de certeza en el diagnóstico y de 15 a 33% pueden pasar como diagnóstico diferencial de lesiones malignas como osteosarcoma.^{2,7} La tomografía computarizada es el método de imagen de elección, ya que puede otorgar la información más específica en cuanto a localización, tamaño, extensión y naturaleza del tumor.^{2,3,5,6} La tomografía muestra típicamente áreas de mineralización central, remodelación ósea, esclerosis reactiva periférica.^{2,3,5,6} La resonancia magnética puede ser útil en caso de duda en el diagnóstico.^{2,3,5,6} En el estudio histopatológico se observan ramificaciones irregulares de osteoide separadas por un estroma fibrovascular laxo; el osteoide rodeado de osteoblastos prominentes grandes y epiteloides, entre 10 y 40% de estos tumores están relacionados con la formación de un quiste óseo aneurismático secundario.^{1,2,6,8} El tratamiento que se realiza es el curetaje intralesional o la resección en bloque, dependiendo las características de la lesión.^{2,9,10,11,12,13} Su localización más frecuente es en los



Figura 1: Presentación clínica.



Figura 2:

Radiografía dorsoplantar de pie.



Figura 3: Radiografía lateral de pie.

elementos posteriores de la columna vertebral y el sacro y en menor proporción en diáfisis y metáfisis de huesos largos y en mandíbula;^{1,2,4,8,9,10} no obstante, la presentación en cuboides se describe en algunos artículos como una localización excepcional, pero con algunos casos reportados.^{11,12,14,15} Se presenta el caso de un osteoblastoma en localización en cuboides manejado con resección y curetaje del tumor, crioterapia y colocación de injerto tricortical en el defecto y con tres años de seguimiento tras concluido el tratamiento.

Caso clínico

Se trata de paciente del género masculino de 50 años de edad con antecedente de tabaquismo a expensas de 10 cigarrillos al día por 34 años, resto interrogado y negado. El cuadro clínico inició en el año 2005, al ir corriendo, sin mecanismo de lesión traumático aparente, con dolor

súbito en dorso de mediopié derecho, de predominio lateral, continuo, opresivo, progresivo, con intensidad ocho de 10, irradiado a región plantar ipsilateral, excacerbado con la deambulaci3n y atenuado parcialmente con nimesulida. Acude con m3dico, el cual realiza estudios de gabinete y en 2006 se lleva a cabo una cirug3a de curetaje y colocaci3n de injerto 3seo, persistiendo las molestias, se efectu3 un segundo procedimiento para revisar la lesi3n y una tenoplastia de los extensores de los dedos, ya que se observ3 la ruptura de los mismos. Posterior al segundo procedimiento quir3rgico permanecieron las molestias y en Diciembre de 2014 acude para una nueva evaluaci3n y se inicia protocolo de estudio del caso. A la exploraci3n del pie derecho se observa aumento de volumen localizado en regi3n lateral de mediopi3 con bordes bien delimitados y regulares, doloroso a la palpaci3n, de un tama3o de 4 x 3 cm, dos cicatrices de procedimientos anteriores. (Figura 1).

En las radiografias dorsoplantar y lateral de pie derecho se observa injerto 3seo en el centro de una lesi3n en cuboides, radiotransparente, heterog3nea, multilobulada, con bordes irregulares que sobrepasan la cortical lateral, multilobulados (Figuras 2 y 3).

Como estudios complementarios se encontr3 en la angiotomografia evidencia de la lesi3n hipervascularizada en casi todo el cuboides; en la gammagrafia con Tecnecio 99 se observa una captaci3n del radiomarcador y la resonancia magn3tica report3 cambios postquir3rgicos en cuboides y una lesi3n 3sea de aspecto qu3stico multilobulado.

Se realiz3 la biopsia transquir3rgica, la cual revel3 abundante tejido fibroconectivo con osteoblastos y nidos de hueso trabecular con matriz 3sea y tejido osteoide e hipervascularidad del estroma, aumento de la celularidad sin atipias y escasas c3lulas gigantes multinucleadas (Figura 4); se clasific3 como Enneking 2. Se inici3 tratamiento con resecci3n y curetaje del tumor, crioterapia y colocaci3n de injerto tricortical en el defecto en cuboides (Figura 5).

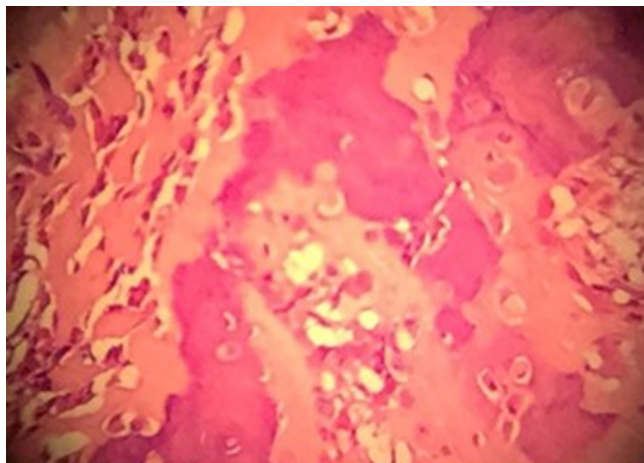


Figura 4: Resultado histopatol3gico microsc3pico.



Figura 5:
Colocaci3n de injerto 3seo tricortical.



Figura 6:
Radiografia dorsoplantar de control.

Mostr3 buena evoluci3n postquir3rgica cl3nica y radiogr3fica (Figuras 6 y 7). A los tres a3os del procedimiento quir3rgico se encuentra sin datos de actividad tumoral local o a distancia, tolerando la deambulaci3n sin auxiliares de la marcha y asintom3tico.

Discusi3n

Pese a que el osteoblastoma no se presenta de forma habitual en cuboides,^{11,12,14,15} debe siempre tomarse en cuenta como un diagn3stico diferencial,⁷ ya que a pesar de ser una localizaci3n excepcional, se han encontrado algunos casos en la literatura^{11,12,14,15} del mismo modo en que se present3 en este caso.

Conclusi3n

Esta presentaci3n de osteoblastoma en cuboides nos demuestra que los tumores 3seos, a pesar de tener localizaci3n



Figura 7: Radiografía lateral de control.

nes y presentaciones habituales, pueden aparecer en formas poco frecuentes y por lo tanto, el estudio completo clínico, radiográfico e histopatológico en cada paciente es fundamental.

Referencias

1. Lichtenstein L. Benign osteoblastoma; a category of osteoid-and bone-forming tumors other than classical osteoid osteoma, which may be mistaken for giant-cell tumor or osteogenic sarcoma. *Cancer*. 1956; 9: 1044-52.
2. Atesok KI, Alman BA, Schemitsch EH, Peyser A, Mankin H. Osteoid osteoma and osteoblastoma. *J Am Acad Orthop Surg*. 2011; 19(11): 678-89.
3. Greenspan A. Benign bone-forming lesions: osteoma, osteoid osteoma, and osteoblastoma. Clinical, imaging, pathologic, and differential considerations. *Skeletal Radiol*. 1993; 22(7): 485-500.
4. Oliveira CR, Mendonca BB, Camargo OP, Pinto EM, Nascimento SA, Latorre Mdo R, et al. Classical osteoblastoma, atypical osteoblastoma, and osteosarcoma: a comparative study based on clinical, histological, and biological parameters. *Clinics (Sao Paulo)*. 2007; 62(2): 167-74.
5. Rosensweig J, Pintar K, Mikail M, Mayman A. Benign Osteoblastoma (giant osteoid osteoma): report of an unusual rib tumour and review of the literature. *Can Med Assoc J*. 1963; 89: 1189-92.
6. Lucas DR. Osteoblastoma. *Arch Pathol Lab Med*. 2010; 134(10): 1460-6.
7. Kumar NL, Rosenberg AE, Raskin KA. Osteoblastoma-like osteosarcoma of the cuboid: a case report. *J Orthop Surg Res*. 2010; 5(1): 52.
8. Galgano MA, Goulart CR, Iwnofu H, Chin LS, Lavelle W, Mendel E. Osteoblastomas of the spine: a comprehensive review. *Neurosurg Focus*. 2016; 41(2): E4.
9. Berry M, Mankin H, Gebhardt M, Rosenberg A, Hornicek F. Osteoblastoma: a 30-year study of 99 cases. *J Surg Oncol*. 2008; 98(3): 179-83.
10. Elder BD, Goodwin CR, Kosztowski TA, Lo SF, Bydon A, Wolinsky JP, et al. Surgical management of osteoblastoma of the spine: case series and review of the literature. *Turk Neurosurg*. 2016; 26(4): 601-7.
11. McLeod RA, Dahlin DC, Beabout JW. The spectrum of osteoblastoma. *AJR Am J Roentgenol*. 1976; 126(2): 321-5.
12. Ouabid A, Etiun P, Goldberg F, Jennart H, De Roover R, Chojnowski J, et al. L'ostéoblastome du cuboïde: une localisation exceptionnelle. *Med Chir Pied*. 2009; 25: 66-8.
13. Weber MA, Sprengel SD, Omlor GW, Lehner B, Wiedenhofer B, Kauczor HU, et al. Clinical long-term outcome, technical success, and cost analysis of radiofrequency ablation for the treatment of osteoblastomas and spinal osteoid osteomas in comparison to open surgical resection. *Skeletal Radiol*. 2015; 44: 981-93.
14. Schajowicz F, Lemos C. Osteoid osteoma and osteoblastoma, Closely related entities of osteoblastic derivation. *Acta Orthop Scandinav*. 1970; 41: 272-91.
15. Temple HT, Mizel MS, Murphey MD, Sweet DE. Osteoblastoma of the foot and ankle. *Foot Ankle Int*. 1998; 19(10): 698-704.