

OSTEOMA OSTEÓIDE NO ESCAPÓIDE: RELATO DE CASO

[Antônio Lourenço Severo](#) , ^{1,*} [Raimundo de Araújo Filho](#) , ¹ [Rulby Puentes](#) , ¹ [Marcelo Barreto Lemos](#) , ¹ [Paulo Faiad Piluski](#) , ¹ e [Osvandré Lech](#) ²

¹Orthopedist in the Upper-Limb Surgical Center, Institute of Orthopedics and Traumatology, Passo Fundo, RS, Brazil

²Orthopedist and Head of Medical Residence at the Institute of Orthopedics and Traumatology, Passo Fundo, RS, Brazil

Antônio Lourenço Severo: al.severo@terra.com.br

*Correspondence: Rua Uruguai 2050, 99010-112 Passo Fundo, RS, Brazil
Correspondence: Rua Uruguai 2050, Passo Fundo, RS 99010-112, Brazil al.severo@terra.com.br

Received 2011 Jun 19; Accepted 2011 Aug 15.

Copyright © 2012 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Resumo

O osteoma osteóide é um tumor osteoblástico benigno incomum na mão. A localização nos ossos do carpo é pouco frequente, o que leva a erros no diagnóstico devido ao polimorfismo dos sintomas clínicos. A revisão da literatura mostra que nove casos de osteoma osteoide no escafoide foram relatados. Aqui, é relatado um caso de osteoma osteoide em escafoide, inicialmente tratado como tenossinovite estenosante de De Quervain, com diagnóstico definitivo adiado por cinco anos.

Palavras-chave: Osteoma, Osteoid; Osso Escafoide; Diagnóstico por Imagem

INTRODUÇÃO

O osteoma osteóide é um tumor osteoblástico benigno que foi descrito pela primeira vez por Jaffe e Moyer em 1935 *apud* Ozalp *et al* (1) e Laffosse *et al* (2). Geralmente ocorre entre a segunda e terceira décadas de vida, com maior frequência entre os homens (2: 1) [1](#), [2](#). A localização usual é nos ossos longos, mas raramente ocorre nos ossos do carpo, o que leva a erros diagnósticos devido ao polimorfismo dos sinais clínicos (2). O presente estudo examina um caso de osteoma osteoide em escafoide, previamente diagnosticado como tenossinovite de De Quervain e tratado cirurgicamente. A partir da revisão da literatura, foram relatados 10 casos de osteoma osteoide em escafoide, incluindo este [1](#), [3](#), [4](#), [5](#).

Esta foi uma investigação retrospectiva de osteoma osteoide na mão, que é raro neste local, principalmente no escafoide, e muitas vezes confundido com outras entidades clínicas.

RELATO DE CASO

O paciente era um administrador de 47 anos de idade. Apresentava dor na região da caixa de rapé anatômica esquerda, com evolução de cinco anos. Ele havia sido submetido a tratamento cirúrgico prévio em outra instituição com diagnóstico de tenossinovite de De Quervain, sem qualquer benefício com o procedimento ([figura 1](#)). Evoluiu com piora dos sintomas, principalmente à noite. A ingestão de

ácido acetilsalicílico foi utilizada como teste clínico, o que produziu melhora dos sintomas. O exame radiográfico simples demonstrou uma área radiolúcida oval bem delimitada suspeita de aproximadamente 1 cm de diâmetro, com um ponto escuro central (nicho) no escafoide esquerdo ([Figura 2](#)) A ressonância magnética (MRI) demonstrou esclerose reativa em torno da radioluscência central (nicho), o que levou a uma hipótese diagnóstica de osteoma osteóide no escafoide ([Figura 3](#)) A ressecção excisional com curetagem foi realizada usando o mesmo acesso dorso-lateral usado para a incisão anterior ([Figuras 4 e 5](#)) O exame histopatológico confirmou o diagnóstico de osteoma osteóide ([Figura 6](#)) Imediatamente após a operação, os sintomas desapareceram. Após 15 meses de acompanhamento, não houve recorrência e o paciente permaneceu sem dor ([Figura 7](#))



[figura 1](#)

Incisão cirúrgica anterior no punho esquerdo para tratamento como tenossinovite estenosante de De Quervain.



Figura 2

Exame radiográfico simples mostrando área suspeita, bem delimitada, ovalada e radiolúcida de aproximadamente 1 cm de diâmetro, com ponto central escuro (nicho) no escafoide esquerdo.

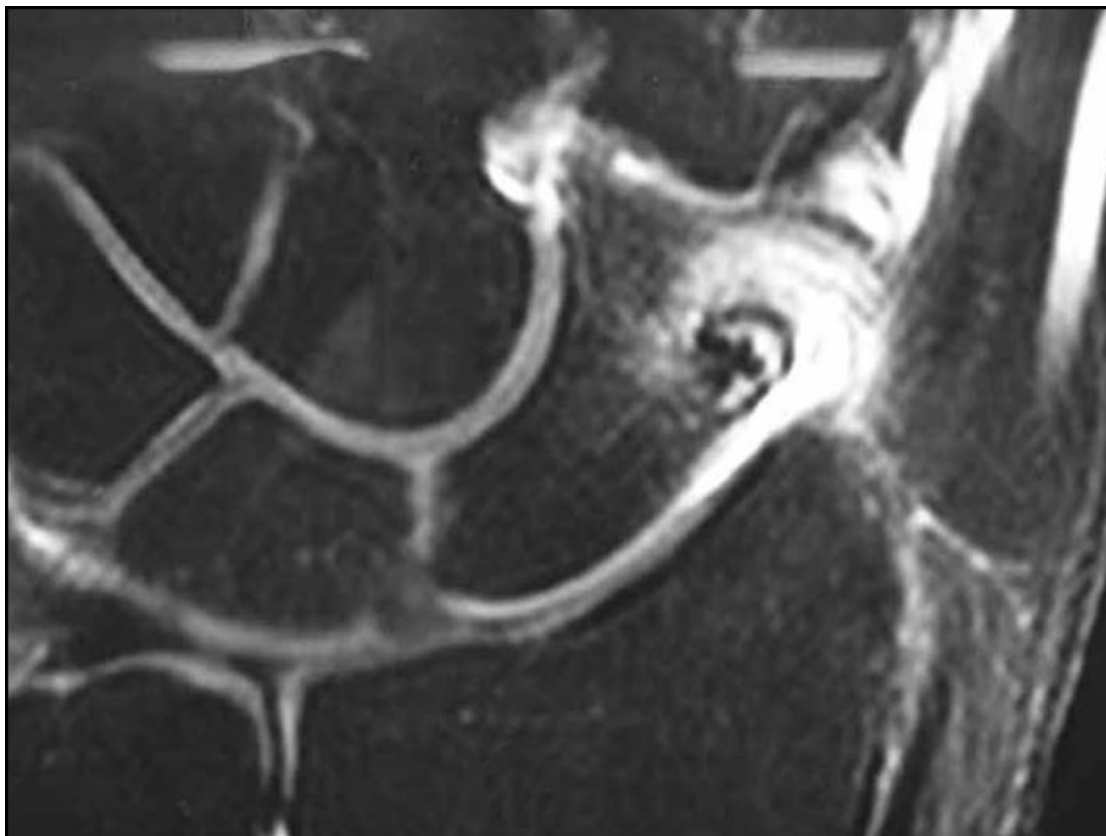


Figura 3

Ressonância magnética demonstrando esclerose reativa em torno da radiolusência central (nicho), levando à hipótese diagnóstica de osteoma osteoide no escafoide.

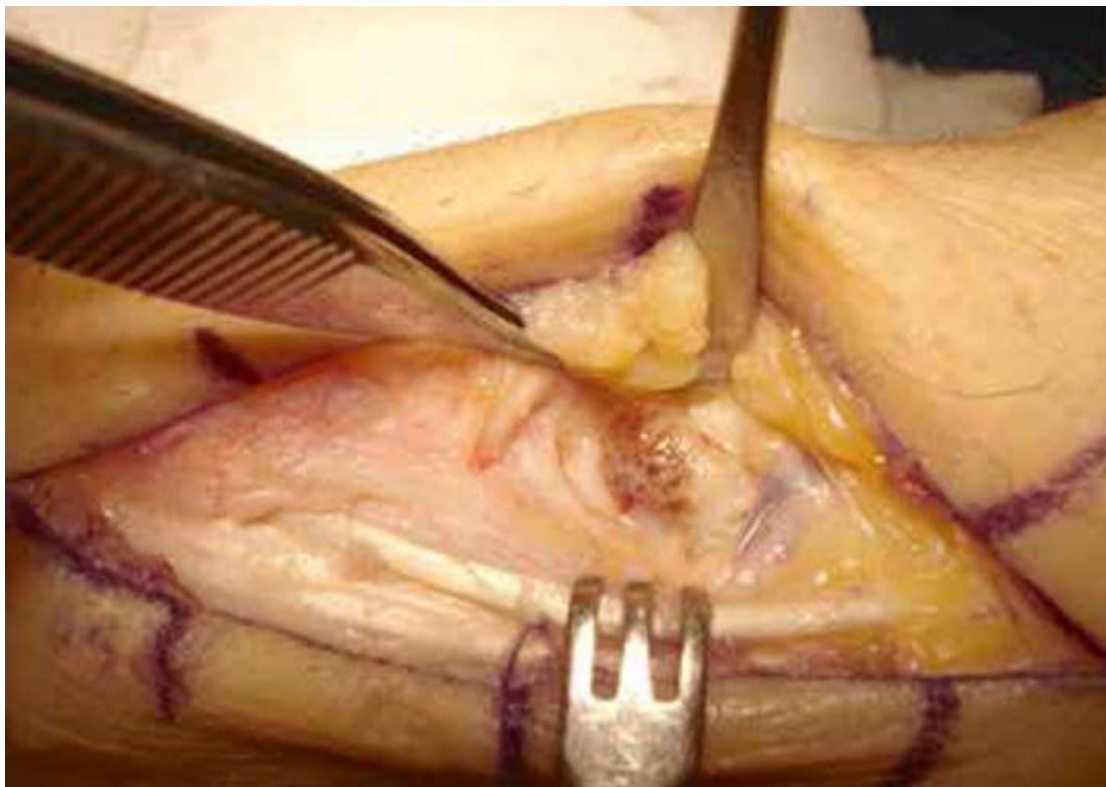


Figura 4

Ressecção excisional com curetagem por meio do mesmo acesso dorso-lateral da incisão anterior.

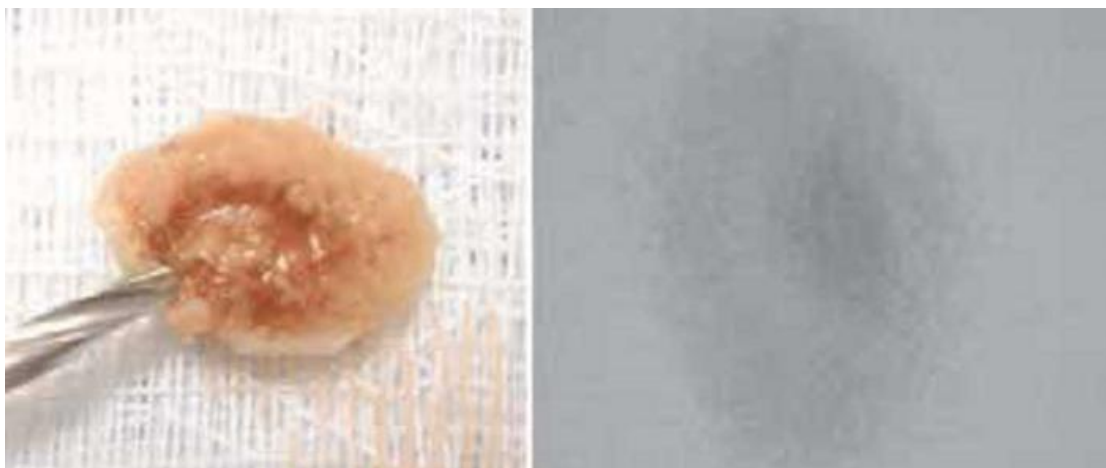


Figura 5

Peça cirúrgica com representação radiográfica por meio de intensificador de imagem.

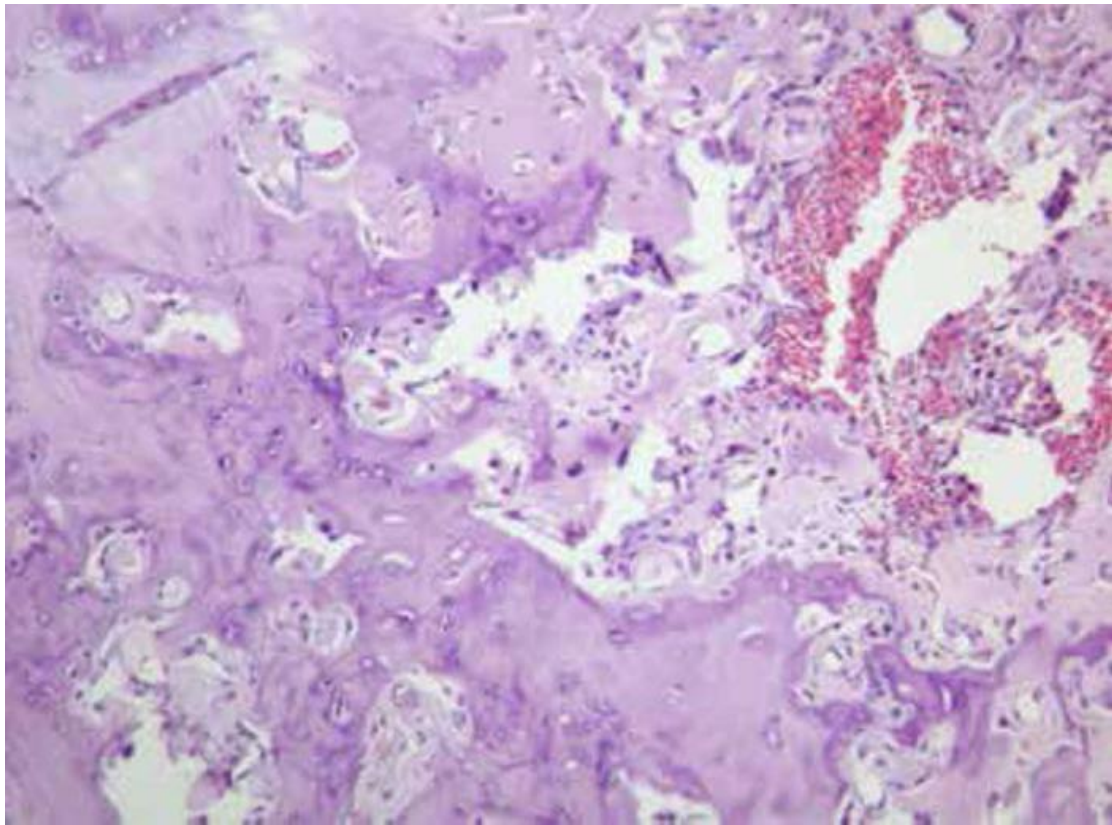


Figura 6

Imagem histológica da lesão ressecada.



Figura 7

Exame radiográfico após seguimento de 15 meses, evidenciando ausência de lesões.

DISCUSSÃO

O osteoma osteoide é um tumor ósseo solitário benigno, geralmente localizado no tecido ósseo cortical dos ossos longos, principalmente no fêmur proximal e na tíbia, responsáveis por 50% dos casos. Outros 30% estão localizados na coluna, pelve, pés e mãos. As mãos representam 8% dos casos, com maior frequência na falange proximal, enquanto o carpo e o metacarpo são locais pouco frequentes [1](#), [2](#), [4](#). Essa condição é diagnosticada por meio de exames clínicos, radiográficos, cintilográficos, tomografia computadorizada, ressonância magnética e exames histopatológicos ([1](#)). Em 80% dos casos, esta

condição patológica produz caracteristicamente dor insidiosa localizada na área afetada e edema local, com piora à noite e com a ingestão de álcool, enquanto é melhorada pelo uso de ácido acetilsalicílico e agentes antiinflamatórios inibidores de prostaglandina (3). Nas mãos, o diagnóstico pode ser retardado devido a sintomas inespecíficos (1). Na ressonância magnética, o quadro se apresenta como um espectro anular em formato de ilha (nicho) composto por tecido pequeno e ricamente vascularizado, com diferentes níveis periféricos arredondados de radiolusência 2, 3.

A análise histopatológica mostra pequenas irregularidades de trabeculação óssea periférica, em ondas irregulares, com anel de estroma de tecido conjuntivo ricamente vascularizado (3). O tratamento definitivo para o osteoma osteóide é a excisão cirúrgica com curetagem, com ou sem enxerto ósseo associado (1).

Notas de rodapé

Trabalho realizado no Hospital do Instituto de Ortopedia e Traumatologia (HIOT) em convênio com o Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), Passo Fundo, RS, Brasil.

Os autores declaram não haver conflito de interesses na realização deste trabalho.

Artigo disponível online em português e inglês nos sites: www.rbo.org.br e www.scielo.br/rbort

REFERÊNCIAS

1. Ozalp T, Yercan H, Okcu G. Osteoid osteoma of the scaphoid bone: a case report. *Firat Tip Dergisi*. 2008; 13 (1): 59–61. [[Google Scholar](#)]
2. Laffosse JM, Tricoire JL, Cantagrel A, Wagner A, Puget J. Osteoid osteoma of the carpal bones. Dois relatos de caso. *Articulação da coluna óssea*. 2006; 73 (5): 560–563. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
3. Themistocleous GS, Chloros GD, Mavrogenis AF, Khaldi L, Papagelopoulos PJ, Efsthopoulos DG. Apresentação incomum de osteoma osteóide do escafoide. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2005; 125 (7): 482–485. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
4. Bednar MS, McCormack RR, Jr, Glasser D, Weiland AJ. Osteoma osteóide da extremidade superior. *J Hand Surg Am*. 1993; 18 (6): 1019–1025. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
5. Nascimento RJ, Varney TE, Kasparyan NG, Warhold LG. Osteoma osteóide intracortical do escafoide. *Ortopedia*. 2007; 30 (7): 573–574. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

Os artigos da Revista Brasileira de Ortopedia são fornecidos aqui como cortesia da **Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia**