

PRESENTACIÓN DE CASOS

Lesión aguda del *os styloideum*: informe de un caso

*JAVIER MAQUIRRIAIN y **JUAN PABLO GHISI

*Departamento de Traumatología, Centro Nacional de Alto Rendimiento Deportivo, Buenos Aires
y **Departamento de Resonancia Magnética, Hospital Fernández, Buenos Aires

Caso clínico

Un nadador del equipo olímpico de 26 años presentó dolor en el dorso de la muñeca izquierda luego de sufrir una caída con el codo en extensión completa, el antebrazo en pronación y la muñeca en flexión. El dolor fue de aparición inmediata, acompañado por un área de edema visible en la región carpometacarpiana dorsal central de la muñeca izquierda. Las radiografías iniciales en proyecciones convencionales fueron interpretadas como normales.

Dos semanas más tarde el paciente fue referido a nuestra institución. Si bien la muñeca izquierda tenía una amplitud de movimiento completa, la flexión pasiva forzada era dolorosa.

La palpación del dorso de la muñeca sobre la articulación entre el tercer metacarpiano y el hueso grande mostraba edema, una prominencia ósea y despertaba dolor. Se realizó una tomografía computarizada en la que se observó un fragmento óseo en la base del tercer metacarpiano compatible con un *os styloideum* parcialmente fusionado (Figs. 1A, B y C). La resonancia magnética evidenció signos de lesión aguda representados por edema de la médula ósea en el mencionado hueso accesorio, en el hueso grande y en la base del tercer metacarpiano (Fig. 2A). Asimismo, este estudio permitió demostrar la lesión del ligamento dorsal entre el hueso grande y el tercer metacarpiano (Fig. 2B).

El tratamiento consistió en inmovilización semirrígida de la muñeca, administración de antiinflamatorios no esteroideos y terapia física. Se obtuvo la reducción progresiva de los síntomas y el retorno a la función deportiva completa a las cinco semanas.

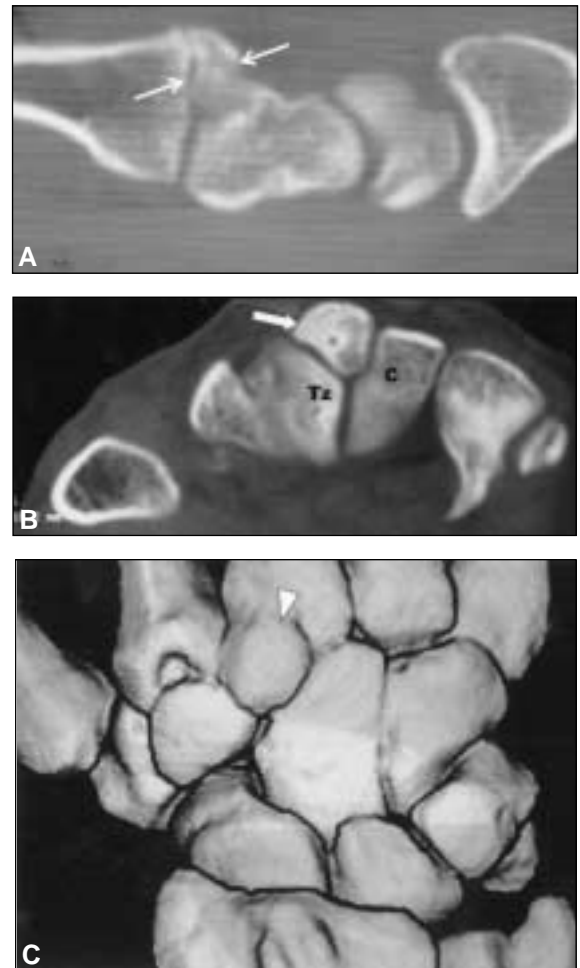


Figura 1. Imágenes de tomografía computarizada en un paciente de 26 años luego de un traumatismo en flexión de la muñeca izquierda. **A.** En el plano sagital se observa un fragmento óseo adyacente a la base del tercer metacarpiano. **B.** En el plano axial se observa un hueso accesorio, *os styloideum*, (flecha) entre el hueso grande (c) y el trapezoide (Tz), que descarta una fractura de la base del tercer metacarpiano. **C.** En la reconstrucción tridimensional se advierte la fusión parcial del osículo a la base del tercer metacarpiano (punta de flecha).

Recibido el 8-11-2004. Aceptado luego de la evaluación el 22-12-2004.
Correspondencia:

Dr. JAVIER MAQUIRRIAIN
C.C. Ruta Panamericana Km. 50
(1631) Pilar, Buenos Aires
jmaquirriain@yahoo.com



Figura 2A. Resonancia magnética en plano coronal en densidad protónica con saturación grasa (TR/TE 2000/45). Se observa hiperintensidad difusa en la médula ósea del hueso accesorio, base del tercer metacarpiano y, en menor medida, del hueso grande que representa edema. Incidentalmente se advierte una formación quística en la metáfisis del tercer metacarpiano.

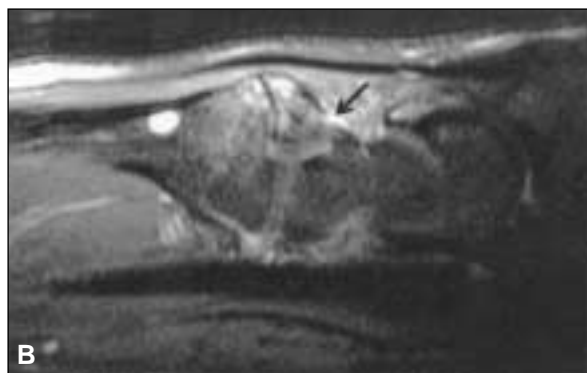


Figura 2B. Resonancia magnética en plano sagital en densidad protónica con saturación grasa (TR/TE 1600/42) de utilidad para valorar las estructuras ligamentarias de las articulaciones carpometacarpianas. Se observa discontinuidad del ligamento dorsal entre el tercer metacarpiano y el hueso grande con líquido entre ambos cabos (flecha negra).

Discusión

La prominencia ósea en la segunda y/o tercera articulación carpometacarpiana se denomina “giba carpiana” (*carpal boss*). Este cuadro puede ser producido por las siguientes entidades:⁵ una fractura sin unión, una exostosis, un osteófito o un hueso separado denominado *os styloideum*. En consecuencia, es incorrecto utilizar los términos giba carpiana y *os styloideum* como sinónimos.

El *os styloideum* es una variante embriológica que resulta de la falta de fusión de una unidad cartilaginosa.² Su

incidencia se desconoce y se encuentra unido al segundo o tercer metacarpiano en la mayoría de los casos (94%) y en menor medida fusionado al hueso grande (3,5%), al trapecoide (0,5%) o completamente separado (2%).

Las publicaciones sobre giba carpiana hacen referencia, en general, a casos crónicos. En el diagnóstico diferencial de las lesiones agudas se deben considerar otras entidades. En estos casos destacamos la fractura de la base del tercer metacarpiano por impacto y compresión (frecuente en boxeadores competitivos), la fractura-avulsión del segundo radial externo⁸ y la lesión del *os styloideum* propiamente dicha.

Los métodos por imágenes pueden resultar de gran utilidad en el diagnóstico de estas lesiones. Se describieron dos proyecciones radiográficas específicas para giba carpiana:⁵ en supinación leve y del túnel carpiano. La primera de ellas, también denominada descentrada lateral, se considera la más confiable para demostrar la prominencia ósea.⁵ La centellografía ósea también se utilizó en el diagnóstico de esta enfermedad.^{1,7}

La resonancia magnética es un estudio de gran utilidad en la patología ortopédica.

Consideramos esta técnica el método de elección para esta patología, en especial en casos traumáticos agudos, ya que permite evaluar la integridad de las estructuras óseas incluidos el estado de la médula ósea, la zona de in-

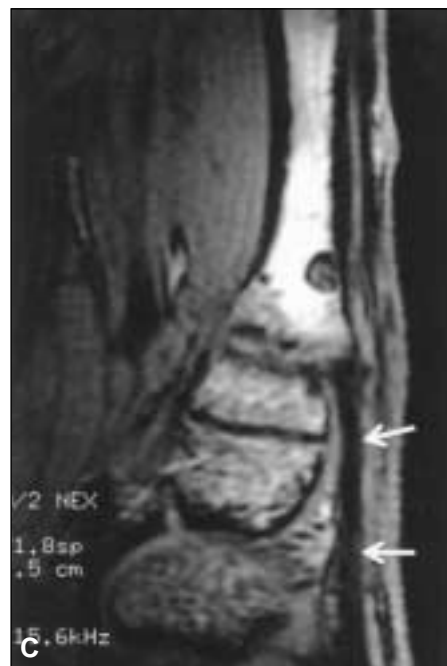


Figura 2C. Resonancia magnética T1 3D SPGR (TR/TE 30/8) y reconstrucción multiplanar curva (MPR). Con esta técnica fue posible seguir el trayecto del tendón del segundo radial externo observándose la indemnidad de su inserción en la base del tercer metacarpiano (flechas).

serción del segundo radial externo (Fig. 2C) y el estado de los ligamentos regionales (Fig. 2B). Esta diferenciación puede ser determinante en el manejo clínico ya que, por ejemplo, la avulsión distal del segundo radial externo requiere una reinserción quirúrgica precoz.⁸

La mayoría de los autores recomiendan el tratamiento inicial conservador para las lesiones del *os styloideum*,^{3,7} es decir, inmovilización y medidas antiinflamatorias. En casos de dolor refractario, se considera la resección quirúrgica, con artrodesis o sin ella.^{3,4,6}

Referencias bibliográficas

1. **Apple JS, Martínez S, Nunley JA.** Painful os styloideum: bone scintigraphy in carpe bossu disease. *AJR Am J Roentgenol*; 142(1):181-182;1984.
2. **Bassoe E, Bassoe HH.** The styloid bone: a clinical and embryological study. *Hand*;6:185-189;1974.
3. **Clarke AM, Wheen DJ, Visvanathan S, et al.** The symptomatic carpal boss. Is simple excision enough? *J Hand Surg (Br)*; 24(5):591-595;1999.
4. **Fusi S, Watson HK, Cuono CB.** The carpal boss. A 20-year review of operative management. *J Hand Surg (Br)*;20(3):405-408;1995.
5. **Gilula LA, Mann FA, Dobyns JH, et al.** Wrist terminology as defined by the International Wrist Investigators' Workshop (IWIW). *J Bone Joint Surg Am*;84(Suppl 1):S1-S66;2002.
6. **Joseph RB, Linscheid RL, Dobyns JH, et al.** Chronic sprains of the carpometacarpal joints. *J Hand Surg (Am)*;6(2):172-180; 1981.
7. **Karmazyn B, Siddiqui AR.** Painful os styloideum in a child. *Pediatr Radiol*;32(5):370-372;2002.
8. **Tsiridis E, Kohls-Gatzoulis J, Schizas C.** Avulsion fracture of the extensor carpi radialis brevis insertion. *J Hand Surg (Br)*; 26(6):596-598;2001.