

MIOSITIS OSIFICANTE DEL MÚSCULO FLEXOR LARGO DEL DEDO GORDO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Sánchez García, A; López Reina, J; de la Rubia Ortega, C; Rodrigo Pérez, P; Povedano Martínez, C

Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga.



INTRODUCCIÓN

La miositis osificante (**MO**) circunscrita es una lesión benigna que se caracteriza por la formación de hueso heterotópico no neoplásico en el músculo o tejido blando.

Existen distintas teorías sobre sus causas, siendo las **contusiones musculares** su principal causa.

OBJETIVOS

Se presenta el manejo y evolución de un paciente con miositis osificante circunscrita en el músculo flexor largo del dedo gordo.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente varón de 8 años que acude a Urgencias por molestias y tumoración en zona aquilea derecha de un mes de evolución sin antecedente traumático.

No alergias medicamentosas conocidas.
No AP ni IQ de interés.

Exploración: Tumoración de unos 2cm en cara posterior de tobillo derecho. Ligeramente dolorosa a la palpación.
Balance articular completo no doloroso.
Neurovascular distal conservado.

Radiografía informada por radiólogo de guardia: “En tobillo derecho se visualiza imagen compatible con hematoma calcificado a nivel del espesor del músculo sóleo”.

En el servicio de Urgencias se continúa el estudio con ecografía de partes blandas: “Lesión calcificada de 13x22mm en espesor de músculo sóleo con calcificación más prominente a nivel periférico, sugiriendo como primera posibilidad una miositis osificante”.



PLAN DE ACTUACIÓN

El paciente es dado de alta del servicio de Urgencias, siendo citado en consultas de Traumatología Infantil.

En esas consultas se decide completar el estudio con **RMN** de tobillo derecho: “Estructura de morfología ovoidea de 21x13x20mm en la región posterior del tobillo, en estrecha relación con el músculo flexor largo del dedo gordo, a la altura de la unión miotendinosa”

Ante la persistencia de la clínica y a los 15 meses del comienzo del cuadro se decide la **extirpación** de la misma.

DISCUSIÓN

La miositis osificante es un pseudotumor inflamatorio que se origina en el músculo esquelético. La etiología y el factor casual siguen sin estar claros.

Samuelson y Coleman dividen la MO en cuatro grupos distintos: progresiva, asociada a enfermedad crónica, traumática, y pseudomaligna.

La MO traumática (**MOT**) es más frecuente en **varones** (2:1) entre la 2ª y 3ª década de vida.

Generalmente se localiza en las extremidades (**80% MMII**), con preferencia por los músculos cuádriceps, braquial anterior y músculos de la mano.

Existen dos tipos: MOT por único traumatismo importante y MOT por pequeños traumatismos recidivantes.

El diagnóstico es fundamentalmente **clínico y radiológico**. En algunos casos se necesita la biopsia para hacer un diagnóstico diferencial con la osteomielitis o tumores malignos (osteosarcoma o sarcoma de partes blandas).

En la mayoría de los casos se trata de forma **conservadora**. Si interfiere con el balance articular o persisten los síntomas estaría indicada la extirpación.

La **cirugía en fases precoces está contraindicada**. Si la masa no se encuentra en fase de maduración el proceso se reproducirá.

