

HOSPITAL CRUCES. BARACALDO (VIZCAYA)
SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA
Jefe de Departamento: J. M. VILLAR DEL FRESNO

Osteoma osteoide: estudio de 14 casos

V. GALAN LABACA, M. A. GOMEZ LUZUROAGA, P. ARMENDARIZ MENDIZABAL,
F. ARRATE BARRAGAN e I. ZABALZA ESTEVEZ

RESUMEN

El osteoma osteoide es un tumor benigno relativamente frecuente que por sus características clínicas, radiológicas y anatomopatológicas suelen plantear problemas de diagnóstico diferencial.

Se han revisado 14 casos de este tumor ocurridos en nuestro Hospital en un período de 10 años.

La resección en bloque del nicho tumoral parece ser el tratamiento de elección, no habiéndose observado recidivas.

Descriptores: Osteoma osteoide: Diagnóstico. Osteoma osteoide: Tratamiento.

SUMMARY

The osteoid Osteoma is relatively a non uncommon benign tumour whose radiological and clinical findings usually present diagnosis problems.

14 cases of this tumour have been treated at this Orthopaedic Department along the last 10 years.

The block resection of the tumoral nidus seems to be the elected treatment, not having observed any recurrences.

Key words: Osteoid Osteoma: Diagnosis. Osteoid Osteoma: Treatment.

Introducción

El osteoma osteoide es una lesión osteoblástica benigna caracterizada por un tamaño menor de 1'5 cm. de diámetro, bordes bien definidos y con la presencia la mayor parte de las veces de una zona periférica de neoformación ósea reactiva.

Fue JAFFE en 1935 el primero en individualizar la lesión definiéndola como un tumor benigno osteogénico de crecimiento lento constituido por un nidus central y una esclerosis periférica.

En la actualidad se han descrito más de 800 casos. Entre nosotros ROFES (1973) y SERVER (1983) han aportado 14 nuevos casos (9).

Material y métodos

Hemos revisado 14 casos de osteoma osteoide en diferentes localizaciones ocurridos en nuestro hospital a lo largo de 12 años.

Se trata de un tumor relativamente frecuente, según DAHLIN representa el 9 por 100 de todos los tumores benignos de hueso (2). En general incide habitualmente en la 2.^a y 3.^a década de la

vida. Nuestro promedio se encuentra en 28 años con extremos en 12 y 54 años.

En nuestra serie hubo un claro predominio masculino 2/1.

El hueso más comúnmente afectado fue la tibia (3 casos).

El síntoma clínico más frecuente es el dolor, que es de severidad creciente y que frecuentemente es más intenso por la noche (2, 3, 5).

A veces es referido a una articulación vecina y aliviado con los salicilatos (1).

En el 100 por 100 de nuestros casos el síntoma inicial fue el dolor y aproximadamente en el 60 por 100 calmaba tras la ingesta de salicilato (2, 3, 6).

En 3 casos encontramos una atrofia muscular

no demasiado importante como síntoma secundario.

En más del 70 por 100 de nuestros casos el diagnóstico era evidente con las radiografías anteroposterior y lateral:

Fundamentalmente distinguimos 3 tipos de osteoma osteoide de acuerdo a la localización del nido a) cortical, b) esponjoso, c) subperióstico (8).

El tipo cortical, el más frecuente tiene una gran esclerosis perifocal menos importante o ausente en los otros dos tipos.

En nuestro hospital el tipo más frecuente fue el cortical (8 casos) seguido del esponjoso (5 casos) y el subperióstico (1 caso).

Radiológicamente el nido es osteolítico en la



FIG. 1.- a) Radiografía anteroposterior de la mano de un niño que muestra una lesión radiolúcida en el 3.º metacarpiano con una gran esclerosis perifocal.



FIG. 1.- b) Se aprecia la imagen del metacarpiano después de la resección del tumor.

mayoría de los casos aunque en el 15 por 100 la parte central se encontraba densamente calcificada.

Entre las exploraciones complementarias que pueden precisarse se encuentran, la arteriografía, tomografías y el tac (4, 7, 10).

Discusión

El osteoma osteoide es una lesión osteoblástica benigna de tamaño pequeño, bordes bien delimitados con la presencia habitual de una zona periférica de neoformación ósea.

Anatomopatológicamente el aspecto macroscópico de la pieza reseca nos permite visualizar una imagen central redondeada,

el nidus, de un color blanco grisáceo. El nido tiene un diámetro de 0'5-1'5 cm. y se puede encontrar rodeado por hueso condensado que a veces hace difícil su localización.

En el estudio microscópico del nido se puede observar trabéculas de tejido osteoide, osteoblastos, así como una pequeña cantidad de células gigantes y osteoblastos.

También se pueden encontrar gran cantidad de fibras nerviosas amielínicas acompañadas de vasos sanguíneos.

El tratamiento de elección es el quirúrgico consiguiéndose con el mismo la desaparición del dolor al mismo tiempo que se asegura el diagnóstico.



FIG. 2.- La radiografía nos muestra un osteoma osteoide medular de tibia con un nicho completamente calcificado.

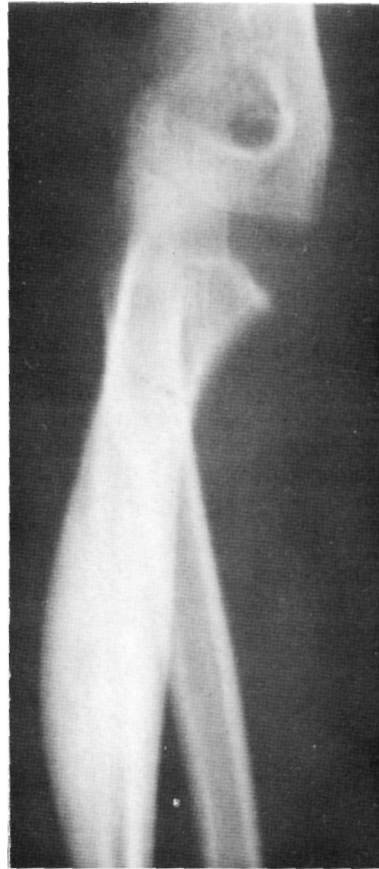


FIG. 3.- Imagen radiolúcida en el tercio medio de la diáfisis del cúbito de un niño de corta edad con una gran esclerosis perifocal.

Actualmente el método quirúrgico ideal sería la resección en bloque del tumor. El curetaje simple resulta insuficiente y puede dar lugar a recidivas que algunos autores cifran en el 50 por 100 de los casos.

En nuestra serie hemos aplicado la resección en bloque en 13 casos, en un caso se practicó curetaje de la lesión. No hemos observado recidivas lesionales.

El diagnóstico diferencial de esta lesión lo debemos de establecer con a) el osteoblastoma. Aunque existen algunas diferen-

cias clínicas y radiológicas entre el osteoma osteoide y osteoblastoma, éstas son probablemente consecuencia de su localización. Los estudios tanto anatomopatológicos como clínicos hablan de que ambos son procesos estrechamente relacionados y de origen osteoblástico.

B) absceso de Brodie. El dolor suele ser distinto apareciendo en ocasiones los signos típicos de la infección, es decir dolor y tumefacción local. El estudio arteriográfico nos permite diferenciar ambos procesos debido a la menor vascularización del tejido necrótico del interior del absceso.

C) osteosarcoma. Algunas veces la radiología es similar.

Otros procesos que raramente deben de tenerse en cuenta de cara al diagnóstico serán la artritis y la osteomielitis.

BIBLIOGRAFIA

1. ALEXANDRE, C. (1974): Osteoma osteoide. *Acta Orthop. Belg.*, 40, 56-60.
2. DAHLIN, D. C. (1978): Bone tumours 3.^a ed. Thomas publishers. Charles C. Springfield Ill.
3. DEVEYRE, J.; TOUZARD, R. (1976): Traitement chirurgical de 48 cas d'osteoma osteoide. *Acta orthop. Belg.*, 40, 34-40.
4. GHILMAN, B.; THOMPSON, F. M.; ARNOLD, W. D. (1981): Intraoperative Radioactive localization of an Osteoid-Osteoma. *J. Bone Joint Surg.*, 53-A, 5, 826-827.
5. HABERMANN, E. T.; STERN, R. E. (1974): Osteoid-Osteoma of the tibia in a eight-mouth old boy. *J. Bone Jt. Surg.*, 56-A, 633-636.
6. KEIM, H. A.; REINA, E. G. (1975): Osteoid-Osteoma as a cause of scoliosis. *J. Bone Joint Surg.*, 57-A, 2, 159-163.
7. O'HARA, J. P.; TEGTMEYER, C.; SWEET, D. E.; Mc CUE, F. C. (1975): Angiography in the diagnosis of Osteoid-Osteoma of the hand. *J. Bone Joint Surg.*, 57-A, 2, 163-166.
8. SCHAJOWITZ, F. (1982): Tumores y lesionesseudotumorales de huesos y articulaciones. 1.^a edición, editorial médica panamericana.
9. SERRER, F.; CAJA, V. L.; AMORÓS, J. M. (1984): Osteoma osteoide a propósito de 10 casos. *Rev. Ortop. Trauma.*, 28, 4, 431-438.
10. SIM, F. H.; DAHLIN, D. C.; BEABUUT, J. W. (1975): Osteoid-Osteoma: Diagnostic problems. *J. Bone and Joint Surg.*, 57-A, 2, 154-159.

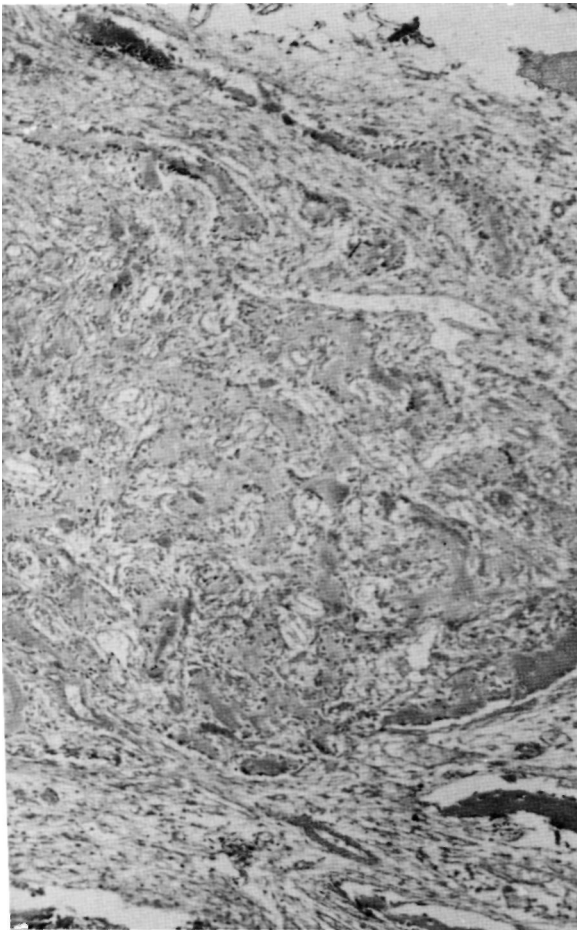


FIG. 4.-Detalle de la tumoración que muestra muy buena delimitación periférica y que se constituye por trabéculas óseas con prominente ribete osteoblástico, sin atipias, con una matriz muy vascularizada (100x).