

PRESENTACION DE CASOS

Osteoma osteoide de la columna vertebral. Comunicación de cuatro casos

SEBASTIAN CHAROSKY,* JUAN PABLO BERNASCONI,** PEDRO COLL,** TOMAS RUDT,** PABLO SIERRA,**
MARÍA DEL CARMEN PEDEMONTE,** ROBERTO ZISUELA, EDUARDO SOSA,** GUSTAVO RAMÍREZ***

*Instituto Dupuytren, Buenos Aires. * Residente de Ortopedia y Traumatología; ** Staff Médico del Equipo de Columna; *** Jefe del Equipo de Columna*

El osteoma osteoide, originalmente descrito por Jaffe, en 1935,⁸ como un tumor benigno caracterizado por la formación de un nido vascular de tejido osteoide rodeado por un margen de hueso esclerótico denso,^{22,21} representa el 2,5% de todos los tumores óseos y aproximadamente el 10% de las lesiones óseas benignas.^{4,6,15} Afecta principalmente a pacientes entre los 10 y 25 años, aunque se conocen casos fuera de este rango.^{4,8,9} El 10% corresponde a tumores de la columna vertebral;^{3,4,9,11} en general, es una lesión única, aunque se describen casos de lesiones múltiples sincrónicas y metacrónicas.^{9,10,12} Dentro de la vértebra, tiene predilección por el arco apofisario posterior, aunque existen descripciones de casos con ubicación en el cuerpo vertebral.^{1,4,19,24} La presentación clínica característica de dolor nocturno que calma con salicilatos, junto con un alto índice de sospecha clínica debe hacer pensar en el diagnóstico, ya que muchas veces, la lesión no es fácilmente identificable en los estudios radiográficos, es necesario recurrir a métodos más sensibles, como la centellografía.^{3,7,11,13,18} Aunque la descripción de la evolución natural de esta lesión indique que progresa hacia la curación, el tratamiento de elección es quirúrgico en la mayoría de los casos.

Se presenta una serie de cuatro casos de osteomas osteoides vertebrales tratados en forma quirúrgica con resección completa de la lesión y el seguimiento (Tabla).

Caso 1

Paciente de sexo femenino, de 15 años, que consultó por dorsalgia de 8 meses de evolución, sin antecedente traumático. El dolor no tenía irradiación, era a predominio nocturno y calmaba con salicilatos. Al examen físico, presentaba marcada contractura de los músculos paravertebrales. Se solicitaron estudios radiográficos, en los que se constató una ligera actitud escoliótica con la concavi-

dad de la curva hacia la izquierda. Posteriormente, se solicitó centellografía con Tc99, tomografía computarizada y resonancia magnética. El centellograma mostró una hipercaptación en el pedículo izquierdo de T12. En la tomografía, se observó una imagen osteolítica redondeada de aproximadamente 1 cm de diámetro, con esclerosis alrededor ubicada en la base de la articular inferior de esa vértebra. La resonancia magnética mostró que la raíz emergente no se hallaba comprimida.

Se realizó un abordaje posterior con resección en block de la lesión. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de osteoma osteoide con resección completa del nido y márgenes de hueso escleroso adyacente.

No hubo complicaciones inmediatas ni mediatas, con una resolución completa del dolor desde el tercer día posoperatorio. En el control a los 3 años, la paciente continúa asintomática. El examen radiográfico muestra la restitución de la alineación normal de la columna, sin signos de inestabilidad agregada.

Caso 2

Paciente de sexo masculino, de 19 años, que consultó por dorsalgia con irradiación izquierda de 19 meses de evolución, sin antecedente traumático. En el examen, se constató escoliosis dorsal izquierda con curva compensadora lumbar derecha. El dolor era de carácter continuo, con ligero predominio nocturno. Los salicilatos mejoraban la sintomatología inicialmente pero, al momento de la consulta, ya no surtían efecto. En el examen radiológico, se observó escoliosis dorsal izquierda, lumbar derecha compensadora, con ápex de la curva dorsal a nivel de T10. El centellograma mostró hipercaptación en ese nivel. La tomografía computarizada reveló una imagen redondeada de aproximadamente 1 cm que tomaba borde inferior de pedículo, base apófisis transversa y lámina de la hemivértebra izquierda (Fig.). En la resonancia magnética, se observó la compresión de la raíz emergente en ese nivel.

Se realizó tratamiento quirúrgico con un abordaje posterior, hemilaminectomía, resección en block de la le-

Recibido el 3-5-2000. Aceptado luego de la evaluación el 29-5-2000.

Correspondencia:
Dr. G. RAMÍREZ
Av. Libertador 4992 PB 1 (1425),
Buenos Aires, Argentina

Tabla.

Sexo	Edad	Localization	Sintomatología	Tiempo hasta la cirugía	Seguimiento	Evolución
Caso 1	Fem. 15a	Pedic. T12	Dolor pred. nocturno Contrac, paravert. Escoliosis	8 meses	3 años	Desaparición del dolor Restitución alineación raquis
Caso 2	Masc. 19a	Base pedic. T10	Dorsalgia c/irradiac. izq. Dolor continuo Ligero pred. nocturno Contrac, paravert.	19 meses	2 años	Desaparición del dolor Persistencia escoliosis sin incremento angulación
Caso 3	Masc. 10a	Base transv. L3	Lumbalgia pred. nocturno S/irrad. Contractura paravert.	6 meses	5 años	Desaparición del dolor Alineación normal raquis
Caso 4	Masc. 45a	Base transv. T7	Dolor s/pred. horario. Contractura paravert.	24 meses	1 año	Desaparición del dolor

sión y liberación radicular. No hubo complicaciones en el posquirúrgico inmediato ni alejado. El examen de anatomía patológica confirmó la resección completa del nido del osteoma osteoide.

En la evaluación al primer año del posoperatorio, el paciente estaba asintomático, sin dolor irradiado. El examen radiológico muestra la persistencia de la escoliosis, aunque sin aumento de la angulación.

Caso 3

Paciente de sexo masculino, de 10 años, que consultó por lumbalgia sin irradiación a miembros inferiores de 6 meses de evolución. El dolor predominaba por la noche y calmaba con salicilatos. En el examen, se constató una escoliosis lumbar izquierda con severa Contractura paravertebral. En la evaluación radiográfica, se observó una curva lumbar izquierda con ápex en L3 sin rotación de los cuerpos vertebrales. El examen centellográfico mostró hipercaptación en la apófisis transversa de L3. La tomografía reveló una imagen compatible con osteoma osteoide en la base de la apófisis transversa de L3.

Se realizó tratamiento quirúrgico con abordaje posterior y resección en block de la lesión. La pieza enviada a anatomía patológica mostró la resección completa del nido del osteoma osteoide. La evolución fue buena y sin complicaciones. En el último control a los 5 años, el paciente permanecía asintomático. Las radiografías de control mostraban la desaparición de la curva.

Caso 4

Paciente de sexo masculino, de 45 años, que consultó por dorsalgia de 2 años de evolución, sin antecedente traumático. En el examen, presentaba dorsalgia de predominio izquierdo sin irradiación. El dolor no tenía un predominio horario, pero calmaba con salicilatos. La con-

tractura de los músculos paravertebrales era notoria. El paciente refería haber sido tratado por dorsalgia de origen inespecífico con sesiones de kinesioterapia sin resultado. En la evaluación radiográfica, se observaba una esclerosis del pedículo izquierdo de T7 con una ligera desviación del eje de la columna con concavidad hacia ese mismo lado. Sin embargo, el ápex de dicha curva estaba unos niveles por debajo de dicha imagen. El centellograma óseo mostraba una hipercaptación en la hemivértebra izquierda de T7. La tomografía reveló tumor que tomaba la lámina y apófisis espinosa y transversa con esclerosis de éstas y una imagen que se interpretó como el nido de un osteoma osteoide en la base de la transversa.

Se realizó tratamiento quirúrgico con un abordaje posterior. Se resecaron espinosa, lámina y transversa. La pieza enviada a anatomía patológica mostró el nido completo del osteoma osteoide con hueso esclerótico circundante. La sintomatología había desaparecido por completo a las 24 horas de posoperatorio. No hubo complicaciones inmediatas ni mediatas. En el último control a los 2 años, el paciente permanecía asintomático.

Discusión

El diagnóstico de osteoma osteoide vertebral depende aún hoy, a más de sesenta años de su descripción, de un alto grado de sospecha clínica por parte del profesional. La consulta por el dolor típico de predominio nocturno que calma con salicilatos debe sugerir la cascada de análisis complementarios necesarios para arribar a un diagnóstico preciso. Aunque el cuadro de presentación no sea siempre tan claro, se deben descartar todas las causas de origen orgánico antes de atribuir el síntoma a orígenes psicosomáticos.¹⁷ Onimus y cols.¹⁷ publican su experiencia de tres casos de retraso en el diagnóstico, que incluso llegaron a la interconsulta psiquiátrica por un dolor que no cedía al tratamiento médico. Kirwan y cols.¹¹ presentaron una casuística de 18

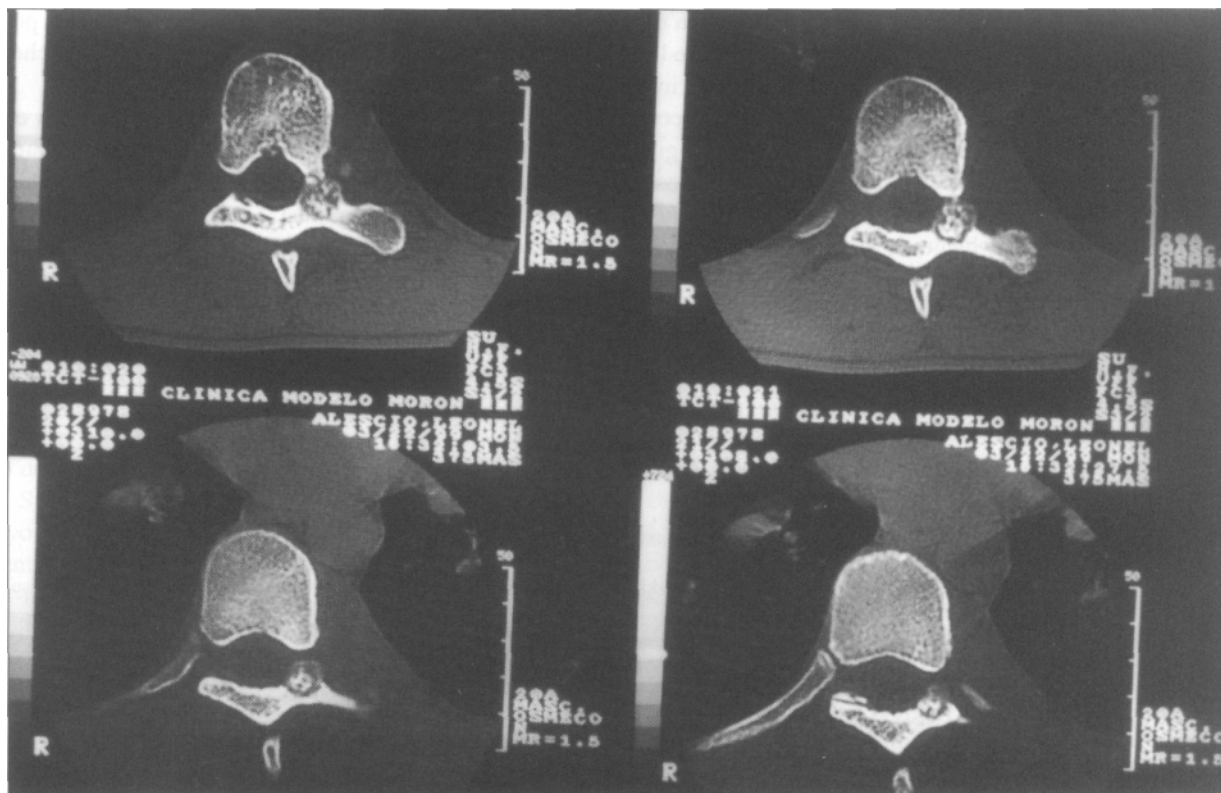


Figura. Tomografía computarizada del caso 2, en la que se observa la imagen típica del nido del osteoma osteoide.

casos con un tiempo promedio de 19 meses desde el comienzo de los síntomas hasta el diagnóstico. Trece de estos pacientes habían consultado a 3 especialistas antes de obtener un diagnóstico. Tello y cols.²⁵ publican un tiempo promedio hasta el diagnóstico de 10 meses, Keim y Reina⁹ comunican un retraso en el diagnóstico de más de un año; en nuestra serie, el tiempo promedio fue de 14,2 meses.

En la bibliografía, se resaltan dos signos como los más constantes dentro del cuadro clínico: la escoliosis y la contractura de los músculos paravertebrales.^{1,2,19m,17,19} Pettine y Klassen¹⁹ comunican un 78% de escoliosis en una serie de 18 pacientes con lesiones de columna dorso-lumbar. Kirwan y cols.¹¹ presentan una serie de 18 pacientes, en 16 de ellos se constató rigidez o contractura muscular. En nuestra serie, la contractura paravertebral y las escoliosis fueron constantes en todos los casos. Por otro lado, la presencia de signos de déficit neurológico es controvertida. En 1975, Marsh y cols.¹⁴ presentaron una serie en la que el 60% de los pacientes tenía algún déficit de tipo neurológico, pero en casuísticas más recientes, estos porcentajes han disminuido drásticamente o incluso desaparecido.^{2,3,9,11,17,19,25} La localización del tumor cercana al ápex de la curva y del lado de la concavidad es una situación ya ampliamente conocida.^{2,11,19,21,25}

El algoritmo de estudios por imágenes que sigue al diagnóstico presuntivo de osteoma osteoide vertebral es actualmente indiscutido. Según Abe y cols., el centello-

grama óseo tiene un 100% de sensibilidad para detectar esta lesión.¹ Otros autores también remarcan la importancia de la centellografía como método inicial para el diagnóstico.^{3,7,13,16-19,25} Aunque la radiología pueda mostrar signos que orienten a su localización (esclerosis del pedículo, agrandamiento de la apófisis transversa, etc.), creemos que es indispensable el estudio centellográfico para determinar la vértebra comprometida.

La tomografía computarizada, por otro lado, se ha transformado en el estudio de elección para determinar el grado de compromiso vertebral, así como para decidir la táctica y estrategia quirúrgicas por emplear.¹³

Aunque estudios más modernos, como la resonancia magnética, están actualmente en auge para visualizar las estructuras del raquis, coincidimos con van Rhijn y cols, quienes creen que este estudio puede llevar a falsos diagnósticos cuando se utiliza en forma excluyente. Estos autores publican su experiencia de tres casos en los cuales el edema de la medular no permitió identificar el nido y confundió el diagnóstico.²⁰

Con respecto al tratamiento, nos adherimos a lo expresado por Capanna y cols.³ en cuanto a que éste es eminentemente quirúrgico en la mayoría de los casos. Tello y cols.²⁵ resaltan la importancia de la resección en block de la lesión y posterior cureteado de los márgenes para evitar la recidiva, procedimiento que realizamos en todos nuestros pacientes, con excelentes resultados.

En todos los casos, los síntomas desaparecieron en el posoperatorio inmediato; este dato coincide con los de la bibliografía consultada.^{11,17} No hubo complicaciones inmediatas o mediatas en ninguno de los 4 pacientes comentados, y la evolución tanto del dolor como de la rigidez y de la escoliosis ha sido favorable en todos los casos. En un caso, la escoliosis detectada en las radiografías preoperatorias no revirtió luego de la cirugía. En el control a los 2 años, la deformidad no había progresado, pero tampoco se había corregido. Este paciente fue diagnosticado e intervenido a los 19 meses de comenzar los síntomas. Esto explicaría la evolución de este paciente, ya que de acuerdo con Pettine y Klassen,¹⁹ quince meses es

el límite luego del cual la escoliosis se estructura y, por lo tanto, no es posible de corrección por el mero hecho de resear el osteoma osteoide.

Creemos importante destacar que mientras los estudios por imágenes nos resultaron indispensables para la resolución final de esta patología, el puntapié inicial fue dado por la sospecha clínica. La anamnesis y el examen físico deben orientar al profesional actuante hacia el diagnóstico, y luego se puede buscar la confirmación mediante estudios complementarios. En momentos en que la tecnología está al alcance de la mano, resulta fácil confundir las prioridades del diagnóstico médico, y alterar, de esta manera, nuestra percepción de la realidad.

Referencias bibliográficas

1. Abe, E; Sato, K; Okada, K; Mizutani, Y; Ishizawa, N, y Suzuki, T: Selective in block resection of osteoid osteoma of the superior articular process of the sacral spine. *Spine*, 18(15): 2336-2339, 1993.
2. Akbarnia, BA, y Rooholamini, SA: Scoliosis caused by benign osteoblastoma of the thoracic or lumbar spine. *J Bone Jt Surg (Am)*, 63(7): 1147-1155, 1981.
3. Capanna, R, Boriani, S; Mabit, C; Donati, D, y Savini, R: L'osteóme osteoide de localisation rachidienne. Experience de l'Institut Rizzoli. *Rev Chir Orthop*, 77(8): 545-550, 1991.
4. Dahlin, DC: *Bone tumors: general aspects and data on 8542 cases*, 4° ed. Springfield, Illinois: Charles Thomas; 1986.
5. Groiso, J: Tomografía computada y osteoma osteoide. *Bol Trab Soc Arg Ortop Traumatol*, 45: 428, 1980.
6. Healey, J, y Ghelman, B: Osteoid osteoma and osteoblastoma. Current concepts and recent advances. *Clin Orthop*, 204: 76-85, 1986.
7. Israeli, A; Zwas, ST; Horosowski, H, y Farine I: Use of radionuclide method in preoperative and intraoperative diagnosis of osteoid osteoma of the spine. *Clin Orthop*, 175: 194-196, 1983.
8. Jaffe, HL: Osteoid osteoma: a benign osteoblastic tumor composed of osteoid and atypical bone. *Arch Surg*, 31: 709, 1935.
9. Keim, HA, y Reina, EG: Osteoid osteoma as a cause of scoliosis. *J Bone Jt Surg (Am)*, 57(2): 159-163, 1975.
10. Keret, D; Harcke, HT; MacEwen, GD, y Bowen, JR: Multiple osteoid osteomas of the fifth lumbar vertebra. *Clin Orthop*, 248: 163-168, 1989.
11. Kirwan, EO; Hutton, PA; Pozo, JL, y Ransford AO: Osteoid osteoma and benign osteoblastoma of the spine. *J Bone Jt Surg (Br)*, 66(1): 21-26, 1984.
12. Larsen, LJ; Mall, JC, e Ichtertz DF: Metachronous osteoid osteomas. *J Bone Jt Surg (Am)*, 73(4): 612-614, 1991.
13. Marino, D; Cozzolino, F; Fazioli, F; Grillo, G, y Caccavella, N: Osteoma osteoide della colonna vertebrale: la scintigrafia ossea e la tomografia computerizzata per una esata valutazione diagnostica e terapeutica. *Chir Org Mov* 71(4): 417-420, 1986.
14. Marsh, BW; Bonfiglio, M; Brady, LP, y Enneking WE: Benign osteoblastoma: range of manifestations. *J Bone Jt Surg (Am)*, 57(1): 1 -9, 1975.
15. Merry weather, R; Middlemiss, JH, y Sanerkin, NG: Malignant transformation of osteoblastoma. *J Bone Jt Surg (Br)*, 62(3): 381-384, 1980.
16. Nelson, OA, y Greer RB: Localization of osteoid osteoma of the spine using computerized tomography. *J Bone Jt Surg (Am)*, 65(2): 263-264, 1983.
17. Onimus, M; Laurain, JM, y Guidet, M: L'ostéome osteoide vertebral. Problèmes diagnostiques á propos de trois cas. *Rev Chir Orthop*, 71(1): 63-69, 1985.
18. Osebold, WR; Lester, EL; Hurley, JH, y Vincent, RL: Intraoperative use of the mobile gamma camera in localizing and excising osteoid osteomas of the spine. *Spine*, 18(13): 1816-1825, 1993.
19. Pettine, KA, y Klassen, RA: Osteoid osteoma and osteoblastoma of the spine. *J Bone Jt Surg (Am)*, 68(3): 354-361, 1986.
20. van Rhijn, LW; Ramos, LM, y Verbout, AJ: Misleading magnetic resonance imaging in spinal osteoid osteomata. *Acta Orthop Scand*, 67(1): 81-83, 1996.
21. Saifuddin, A; White, J; Sheraiz, Z; Shaikh, MI; Natali, C, y Ransford, AO: Osteoid osteoma and osteoblastoma of the spine. *Spine*, 23(1): 47-53, 1998.
22. Schajowicz, F: *Tumores y lesiones pseudotumora/es de los huesos y las articulaciones*. Buenos Aires: Panamericana; 1982.
23. Sherman, FC; Wilkinson, RH, y Hall, JE: Reactive sclerosis of a pedicle and spondylolysis in the lumbar spine. *J Bone Jt Surg (Am)*, 59(1): 49-54, 1977.
24. Swank, S, y Barnes, RA: Osteoid osteoma in a vertebral body. Case report. *Spine*, 12(6): 602-605, 1987.
25. Tello, C, y cols.: Osteoma osteoide en la columna pediátrica. *Rev Asoc Arg Ortop Traumatol*, 60: 111 -125, 1995.