

OSTEOMA OSTEOIDE ESPINAL

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 5 años de edad con dolor localizado a nivel dorso-lumbar de 3 meses de evolución, a predominio nocturno y aumentaba con la actividad física.

Se asociaba a limitación de movimientos y calmaba con AINES.

HALLAZGOS IMAGENOLOGICOS



Fig.1

Rx. de columna dorso-lumbar frente.

Presenta escoliosis sinistroconvexa antálgica compensatoria.



Fig. 2

TC columna lumbar corte sagital oblicuo.

Imagen hipodensa redondeada con calcificación central y esclerosis perilesional en carilla articular inferior de L3.



Fig. 3

RM columna lumbar corte sagital secuencia STIR.

Hiperintensidad de señal de la lamina y apófisis del cuerpo vertebral L3 asociado a edema de partes blandas.

OSTEOMA OSTEOIDE ESPINAL

HALLAZGOS IMAGENOLOGICOS

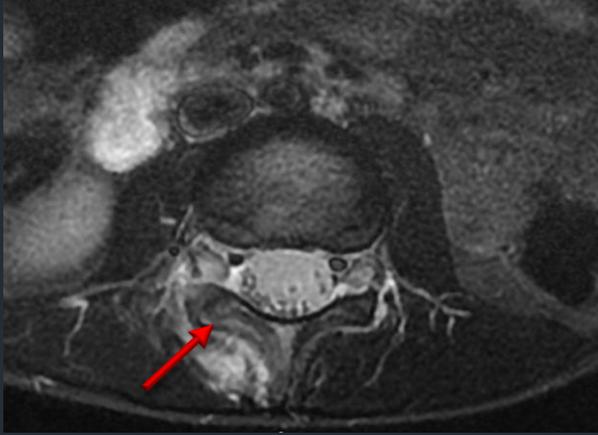


Fig. 4

RM Columna Lumbar cortes axiales.

Imagen focal de 6 mm, hipointensa en T2 y STIR con realce en T1 FAT-SAT post gadolinio, ubicada en el sector interno de la faceta inferior derecha a nivel yuxta-articular de la vértebra L3.

Se acompaña de áreas iso e hipointensa en la médula ósea perilesional adyacente como traducción de esclerosis ósea.

Presencia de edema en la médula ósea del pedículo de dicha vértebra y de la apófisis espinosa.

También se evidencia área focal de atrofia muscular paraespinal derecha que en secuencia T1 y T2 FAT-SAT se acompaña de edema de partes blandas.

OSTEOMA OSTEOIDE ESPINAL

HALLAZGOS IMAGENOLOGICOS

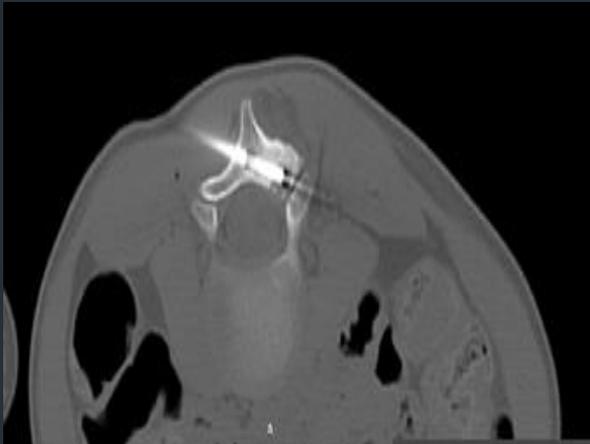
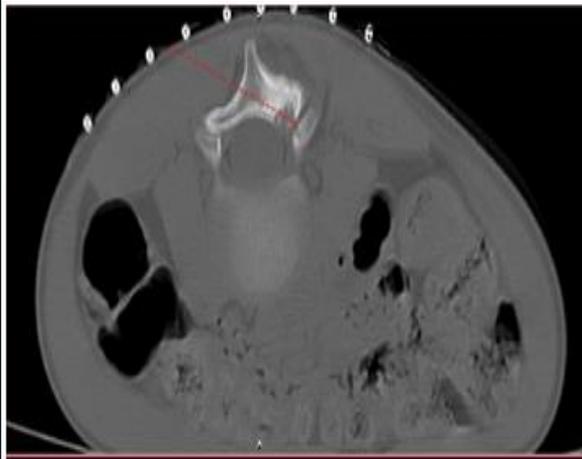


Fig. 5
Punción biopsia guiada
por TC de la lesión
ubicada
en faceta articular
inferior del cuerpo
vertebral L3

OSTEOMA OSTEÓIDE ESPINAL

DISCUSION

Lesión osteoblástica benigna de crecimiento limitado que induce a la formación de hueso reactivo de forma extensa. Tumor benigno muy doloroso y de pequeño tamaño (menor de 1,5 cm), el osteoma osteoide (OO) está compuesto principalmente de tejido fibroso donde podemos encontrar distintas cantidades de osteoide y pequeñas formaciones de hueso trabecular. Representa el 11% de los tumores óseos benigno, presentándose en 50 % de las veces en fémur y tibia y sólo 10 % en columna vertebral, siendo más frecuente en orden de frecuencia columna lumbar, cervical, torácica y sólo 1% en el sacro.

Cuando afecta la columna, el tumor se ubica en los elementos vertebrales posteriores, más comúnmente en la lámina (90% de los casos), Afecta sobre todo a niños y adultos jóvenes entre 10 y 35 años, siendo más frecuente en varones (3/1)

La TC es mas específica que la RM.

En la RM se observa un área central hipointensa que representa la calcificación dentro del nido, un anillo periférico de señal intermedia iso-hiperintensa por el nido no calcificado y un anillo externo hipointenso por el hueso reactivo esclerótico. De tal manera que las áreas hipointensas representan calcificación y las áreas hiperintensas estroma fibrovascular.

Se puede demostrar un marcado refuerzo del mismo tras la administración de gadolinio.

OSTEOMA OSTEÓIDE ESPINAL

DISCUSION

El centellograma óseo identifica el nidus -caliente- (relacionado con la hipervascularidad) y una zona periférica menos intensa (relacionado con el anillo de esclerosis)

Diagnostico diferencial con el osteoblastoma el cual es de mayor tamaño , menos doloroso, crecimiento progresivo sin reacción ósea intensa. Otros diagnósticos son el islote óseo, el absceso de Brodie y las MTS.

Tratamiento: el uso de AINEs y la excéresis convencional.

Hay unas técnicas nuevas con mucho éxito como la resección-perforación percutánea y la fotocoagulación con laser ambas guiadas por TC.

CONCLUSION

Se debe sospechar la presencia de OO raquídeo en un niño o adolescente con dolor lumbar, usualmente con evolución crónica, que mejora con Acido Acetil Salicílico.

La TC es el método de elección por sus características específicas y como guía para resección.

El centellograma y la RM con gadolinio son mas útiles para demostrar el proceso inflamatorio óseo (edema) y de los tejidos blandos adyacentes

OSTEOMA OSTEÓIDE ESPINAL

BIBLIOGRAFÍA

1. Savini R, Martucci E, Prosperi P. Osteoid osteoma of the spine. Ital J Orthop Traumatol, 14 (1988), pp. 233-8 [Medline](#)
2. Saifuddin A, White J, Sherazi Z. Osteoid osteoma and osteoblastoma of the spine. Spine, 23 (1998), pp. 47-53 [Medline](#)
3. Wasanabe M, Kihara Y, Matsuda Y. Benign osteoblastoma in the vertebral body of the thoracic spine. Spine, 17 (1992), pp. 1432-4 [Medline](#)
4. Assoun J, Railhac JJ, Bonneville P. Osteoid osteoma: percutaneous resection with CT guidance. Radiology, 188 (1993), pp. 541-7 <http://dx.doi.org/10.1148/radiology.188.2.8327712> [Medline](#)
5. Cheryl A. Petersilge, MD EXPERT ddx musculoesquelético, lesiones vertebrales. (2011) I, 306 Marban
6. Julia, Crim MD, Diagnostico por imagen columna, Neoplasias, quistes y otras masas (2012) V 1-18 Marban
7. Abe E, Sato K, Okada K et al: Selective in block resection of osteoid osteoma of the superior articular process of the sacral spine. Spine 1993; 18: 2336-2339
8. Akbarnia B, Rooholamini S: Scoliosis caused by benign osteoblastoma of the thoracic and lumbar spine. J Bone Jt Surg 1981; 63A: 1146-1155.