

## ISLOTE ÓSEO GIGANTE VERTEBRAL

G. ALONSO<sup>a</sup>, I. CEPEDELLO-BOISO<sup>b</sup>,  
D. FERNÁNDEZ-GARCÍA<sup>a</sup> Y M. MUÑOZ-TORRES<sup>b</sup>

<sup>a</sup>SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN.  
<sup>b</sup>SERVICIO DE MEDINA NUCLEAR.  
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO DE GRANADA. GRANADA.

Se trata de una mujer de 80 años, remitida para evaluación de osteoporosis postmenopáusica. No presentaba antecedentes personales de interés, sin historia de enfermedades o fármacos que afectasen al metabolismo óseo ni enfermedad neoplásica. No refería dolor óseo axial. La densitometría ósea (DXA) fue compatible con el diagnóstico de osteoporosis (*T-score* L1-L3: -3,3 DE). Sin embargo, L4 fue excluida del análisis por la presencia de una lesión hiperdensa a ese nivel (fig. 1). La radiografía de columna lumbar evidenció la presencia de una lesión osteoesclerótica de 15 por 20 mm, de forma redondeada algo irregular y bordes definidos, situada en el cuerpo vertebral de L4, sugestiva de islote óseo gigante (fig. 2).

### COMENTARIO

Los islotes óseos son lesiones radiodensas, únicas o múltiples descubiertas generalmente de forma incidental en radiografías efectuadas por otros motivos<sup>1</sup>. Se presentan como lesiones osteoescleróticas localizadas, de bordes bien definidos, de forma redondeada, ovalada, elíp-

tica o algo irregular, de variable tamaño, desde 2 mm a 20 mm o más. Esta condición ha sido reportada con diversos nombres: enostosis, islote óseo denso, osteoesclerosis idiopática y osteopetrosis focal. Las lesiones de mayor tamaño suelen denominarse como islotes óseos gigantes. Las localizaciones más frecuentes son las metáfisis y epífisis de los huesos largos, particularmente la metáfisis superior del fémur, cabeza del húmero y cabezas de los metacarpianos y metatarsianos. Otras localizaciones descritas son huesos ilíacos, maxilar inferior, costillas y cuerpos vertebrales. Generalmente son lesiones únicas, sin embargo existen formas poliostóticas. Histológicamente, estas lesiones están constituidas por tejido denso calcificado sin espacio medular óseo, generalmente sin atipia ni infiltración de células inflamatorias. Su etiología no está aclarada y no requiere tratamiento específico.

La enostosis vertebral es poco frecuente, presentándose en aproximadamente el 1% de los estudios radiológicos de columna<sup>2</sup>. Se ha descrito que estas lesiones se mantienen estables, con crecimiento nulo o mínimo. Sin embargo, existen publica-



Fig. 2. Radiografía lateral de columna lumbar. Se evidencia lesión en el cuerpo vertebral L4 compatible con islote óseo gigante.

ciones de islotes óseos con diagnóstico histológico que han experimentado un notable crecimiento durante el seguimiento, particularmente en lesiones detectadas durante el período de crecimiento puberal<sup>3,4</sup>. Ante una lesión ósea densa se deben considerar diversos diagnósticos diferenciales: metástasis osteoescleróticas, osteosarcoma, osteoma osteoide y encondroma, entre otras. Ocasionalmente, los islotes óseos se presentan en varias localizaciones (forma poliostótica) en cuyo caso deben considerarse otras alternativas como enfermedad de Paget ósea, osteopatía estriada, osteopoiquilia y metástasis osteoescleróticas múltiples<sup>5</sup>.

El diagnóstico de enostosis o islote óseo se basa habitualmente en sus características clínicas y radiológicas. Habitualmente estas lesiones no captan el radiotrazador durante la gammagrafía ósea, aunque existen varias publicaciones en la literatura que describen islotes óseos histológicamente confirmados con gammagrafías positivas<sup>6,7</sup>. El diagnóstico de islote óseo es probable en las siguientes circunstancias:

1. Lesión radiodensa homogénea de márgenes bien definidos.
2. Tamaño estable o lento crecimiento en el lapso de varios años.

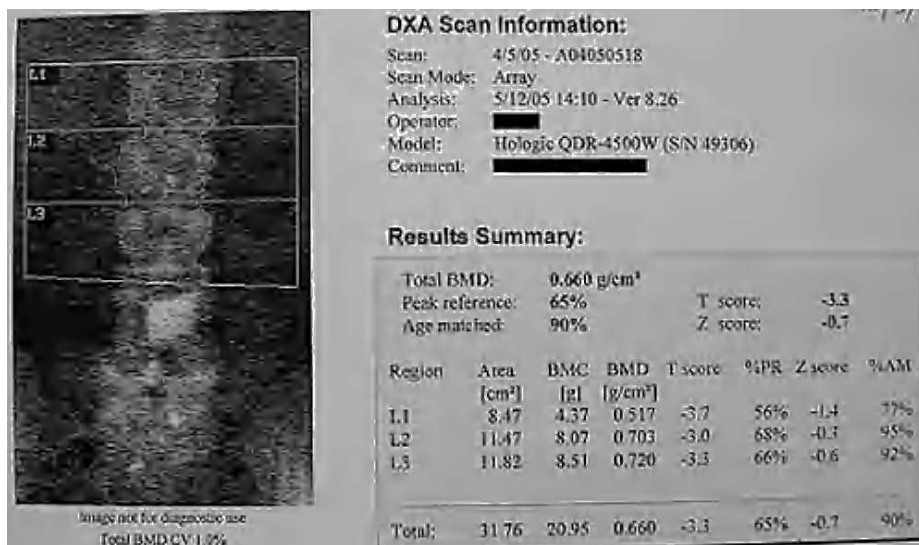


Fig. 1. Densitometría ósea (DXA) lumbar con análisis L1-L3. Fue excluida L4 por lesión hiperdensa a dicho aire.

3. Ausencia de neoplasia maligna primaria.
4. Ausencia de dolor.

La realización de biopsia ósea por punción o abierta puede estar indicada en aquellos casos en los que existan dudas clínicas razonables o bien cuando se observe un crecimiento apreciable durante el seguimiento (incremento de diámetro superior al 25% en 6 meses o mayor del 50% en un año, según algunos autores)<sup>4</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Onitsuka H. Roentgenologic aspects of bone islands. *Radiology*. 1977;123:607-12.
2. Resnick D, Nemcek AA, Haghighi P. Spinal enostoses (bone islands). *Radiology*. 1983;147:373-6.
3. Trombetti A, Noel E. Giant bone islands: a case with 31 years of follow-up. *Joint Bone Spine*. 2002;69:81-4.
4. Nakano K, Ogawa T, Sobue S, Ooshima T. Dense bone island: clinical features and possible complications. *International J Paediatric Dentistry*. 2002;12:433-7.
5. Feydy A, Carlier R, Vallee C, Mompont D, Chevallier A, Engerand S, et al. Imaging of osteosclerotic metastases. *J Radiol*. 1995; 76:561-72.
6. Caballes RL, Caballes RA. Polyostotic giant enostoses with strongly positive radionuclide bone scan. *Ann Diagn Pathol*. 2004;8:247-51.
7. Hall FM, Goldberg RP, Davies JA, Fainsinger MH. Scintigraphic assessment of bone islands. *Radiology*. 1980;135:737-42.