

Osteoma osteoide de sacro. Una lesión infrecuente y de difícil diagnóstico. Aportación de tres nuevos casos

R. Ramos^a, J. M. Sánchez-López^b y M. García-Alonso^a

^aServicios de Cirugía Ortopédica y Traumatología. ^bIbermutuamur. Valladolid.

Presentamos tres nuevos casos de osteoma osteoide de sacro, localización poco frecuente que representa una dificultad añadida para su diagnóstico. La gammagrafía ha orientado el diagnóstico en las tres ocasiones, si bien posteriormente realizamos tomografía axial computarizada de la zona para su localización y características exactas. En los tres casos se pudo realizar la resección en bloque de la lesión con remisión inmediata y completa de la sintomatología, permitiendo además la confirmación histológica del diagnóstico. Ante una lumbalgia persistente en pacientes jóvenes y en la que las pruebas complementarias convencionales no permiten un diagnóstico concreto, consideramos que debe realizarse un estudio gammagráfico que permitirá el despistaje de la lesión, evitando el retraso diagnóstico tan habitual en este tipo de tumoraciones.

Palabras clave: *osteoma osteoide, sacro, diagnóstico, tratamiento.*

Osteoid osteoma of the sacrum. An uncommon, hard-to-diagnose lesion. Report of three new cases

We report three new cases of osteoid osteoma of the sacrum, an uncommon location with the added difficulty of its diagnosis. Bone scintigraphy guided the diagnosis in all three cases, although CT scan was later performed to locate the lesion and evaluate its exact characteristics. In all three cases, en bloc resection of the lesion was performed, producing complete, immediate remission of symptoms and enabling histological confirmation of the diagnosis. In the case of persistent low back pain in young patients in which conventional complementary tests do not allow a specific diagnosis to be reached, we conclude that a screening bone scintigraphy should be performed to avoid the usual delay in diagnosing these tumors.

Key words: *osteoid osteoma, sacrum, diagnosis, treatment.*

El osteoma osteoide se localiza en la columna vertebral en el 10% de los casos y representa inicialmente el 1,37% de todos los tumores vertebrales primarios. Afecta de forma más frecuente a la columna lumbar (59%), seguida de la cervical (25%), la dorsal (12%) y la sacra (2%). La mayoría (75%) se localizan en el arco posterior, tan sólo en un 20% afectan a los procesos articulares¹⁻⁶. El síntoma más frecuente de presentación es el dolor. Clásicamente se refiere su agudización nocturna y la buena respuesta a los antiinfe-

matorios no esteroideos y al ácido acetilsalicílico. El signo clínico más frecuente es la presencia de contractura paravertebral que puede producir una actitud escoliótica^{1,7,8}.

El dolor radicular aparece en el 50% de los casos y en un 25% puede objetivarse algún trastorno neurológico^{1,4,7,9,10}. Afecta con mayor frecuencia a los varones en proporción dos a uno y en la segunda década de la vida^{1,4,5,6,11-13}. El estudio radiológico simple difícilmente permite su visualización debido a la superposición de estructuras óseas y al gas intestinal, que dificultan la visualización de la esclerosis que rodea a la tumoración^{2,6,7,14}.

Esta dificultad para su identificación en la radiología simple, unido a lo infrecuente de su aparición, retrasa frecuentemente el diagnóstico. En la mayoría de las series este retraso fue superior a un año, superando los dos años en un 20% de los casos^{1,6,10,11,15-19}. En algunas ocasiones los pacientes han sido remitidos para su estudio psiquiátrico al no observarse causas de dolor^{2,6,11,17}. Se presentan tres casos de

Correspondencia:

R. Ramos
C/ Doctrinos, 12, 7.º D
47001 Valladolid
Correo electrónico: rramosg@nexo.es

Recibido: diciembre de 2001.

Aceptado: enero de 2003.

osteoma osteoide de sacro, en los que la realización de estudio gammagráfico permitió establecer el diagnóstico.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Mujer de 15 años de edad que presenta dolor en región lumbosacra con irradiación a región glútea y parte posterior de la pierna izquierda. Tratada de forma sintomática sin resultado le fue recomendado estudio psicológico que fue informado como normal. En el momento de acudir a nuestra consulta la paciente refiere dolor constante, aunque de predominio nocturno, en la localización referida, que respondía de forma muy importante a la toma de salicilatos. En la exploración clínica únicamente destacaba un signo de Lassegue izquierdo positivo.

Tras el estudio radiológico, que fue considerado normal, se practicó una gammagrafía con Tc^{99} que reveló hipercapta-

ción en la línea media y porción central del sacro (fig. 1). La tomografía axial computarizada (TAC) permitió objetivar la tumoración con características compatibles con osteoma osteoide y su localización exacta en el arco posterior de la tercera vértebra sacra (fig. 2). Se realizó una resección en bloque de la lesión con confirmación histológica (fig. 3). La desaparición de la sintomatología fue inmediata, permaneciendo la paciente asintomática tras 10 años de evolución.

Caso 2

Varón de 23 años de edad con dolor de localización lumbosacra, contractura paravertebral bilateral y clínica radicular ocasional de 6 meses de evolución. El dolor era predominantemente en reposo y la respuesta a la toma de salicilatos era parcial. En el estudio radiológico convencional se objetivó una zona de esclerosis en S1 (fig. 4). Se practicó una gammagrafía con Tc^{99} que demostró la existencia de un foco de hipercaptación localizado en línea media del sacro (fig. 5).



Figura 1. Imagen gammagráfica con foco de hipercaptación en región central del sacro (caso 1).



Figura 3. Imagen de tomografía axial computarizada (TAC) postoperatoria en la que se observa la resección en bloque de la lesión (caso 1).



Figura 2. Localización por tomografía axial computarizada (TAC) en arco neural de la tercera vértebra sacra (caso 1).



Figura 4. Zona de esclerosis en el estudio radiológico convencional (caso 2).

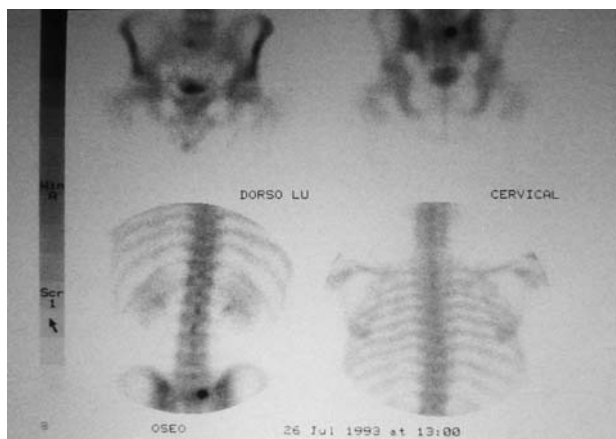


Figura 5. Confirmación gammagráfica de la lesión (caso 2).

El estudio con TAC permitió determinar la localización exacta, así como las características de la lesión, compatibles con el diagnóstico de osteoma osteoide (fig. 6). La evolución clínica fue plenamente satisfactoria tras la exéresis en bloque de la tumoración con desaparición completa de la sintomatología, y permaneciendo el paciente libre de síntomas en la última revisión practicada tres años más tarde.

Caso 3

Varón de 32 años, que en el momento de la consulta, refiere dolor en zona lumbosacra con irradiación ocasional a la cara posterior del muslo. El dolor predomina en reposo y la respuesta a los salicilatos es sólo parcial. En la exploración clínica destacaba únicamente una contractura paravertebral intensa. La clínica del paciente era de 6 meses de evolución, tiempo en que se le realizaron diferentes estudios con radiología convencional sin objetivar patología.

Se practicó una gammagrafía con Tc⁹⁹ que demostró un foco de captación en sacro (fig. 7). El estudio con TAC per-

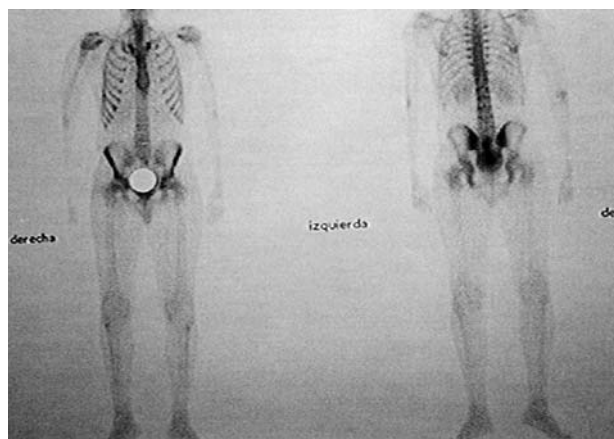


Figura 7. Diagnóstico gammagráfico de la lesión localizada en el sacro (caso 3).

mitió definir la tumoración y su localización el arco posterior de S2 (fig. 8). Se practicó la resección bloque que permitió la confirmación histológica de osteoma osteoide. La evolución fue satisfactoria con desaparición de la sintomatología. En la última revisión practicada a los dos años de la cirugía el paciente permanece asintomático.

DISCUSIÓN

El dolor lumbar persistente en la segunda-tercera décadas de la vida; sin evidencia de patología en el estudio radiológico convencional, debe hacer sospechar la existencia de un osteoma osteoide, e indicar la realización de un estudio gammagráfico que permite su detección en todos los casos^{1,4,9-11,14,16}. Algunos autores llegan a proponer ante un cuadro de estas características, en este grupo de edad, comenzar por el estudio gammagráfico, reduciendo así el tiempo necesario para llegar al diagnóstico¹⁴.



Figura 6. Localización exacta del tumor mediante estudio por tomografía axial computarizada (TAC) (caso 2).



Figura 8. Estudio preoperatorio por tomografía axial computarizada (TAC) con la localización exacta de la lesión (caso 3).

Si bien la sospecha diagnóstica se realiza habitualmente mediante gammagrafía, el estudio posterior con TAC localiza el nidus que nos permitirá la planificación del tratamiento^{20,21}, bien quirúrgico, como en nuestros casos, bien por radiofrecuencia, inyección de alcohol o punción simple, como se ha publicado recientemente^{22,18,23}. El estudio con TAC es superior a la resonancia magnética nuclear (RMN) tanto para el diagnóstico como en el seguimiento de estas lesiones, por lo que debe considerarse el estudio de elección^{1,4,9,10,20,24,25}. El diagnóstico diferencial debe plantearse fundamentalmente con el osteoblastoma, de clínica e histología similar aunque de mayor tamaño y mayor agresividad local^{13,16} y potencial de recidiva.

Si bien se ha sugerido la posibilidad de la remisión espontánea, basándose en la epidemiología de estas lesiones^{8,26-28} o en la teoría de autolimitación por maduración²⁹, tal remisión no se ha demostrado de forma concluyente, por lo que en nuestra experiencia el tratamiento quirúrgico es la alternativa más segura para la curación de los osteomas osteoides de localización raquídea^{1-13,15,16,19,27,28,30,31}.

En aquellos casos que se presentan como «escoliosis dolorosas» es preciso, además, realizar su resección con la finalidad de evitar que la curva se estructure^{27,31,32}. En cuanto al tratamiento quirúrgico, si bien el curetaje intralesional ha obtenido buenos resultados^{6,16,19,27,30,31}, consideramos que la resección en bloque es preferible aunque, obviamente, dependerá además de otros factores como la localización o el resultado funcional a la hora de realizar el planteamiento quirúrgico^{1,2,4,11-13}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abe E, Sato K, Okada K, Mizutani Y, Ishizawa N, Suzuki T. Selective en bloc resection of osteoid osteoma of the superior articular process of the sacral spine. *Spine* 1993;18:2336-9.
2. Bas JL, Escriba R, Pérez L, Tamarit M, Mestre H. Osteoma osteoide de localización vertebral. *Rev Ortop Traumatol* 1983;27:135-48.
3. Caldicott W. Diagnosis of spinal osteoid osteoma. *Radiology* 1969;92:1192-5.
4. Furnes A, Engesaeter LB, Walloe A. Osteoid osteoma: clinical and investigative features. *Orthopedics* 1995;3:223-8.
5. Janin Y, Epstein JA, Carres R, Rhan A. Osteoid osteomas and osteoblastomas of the spine. *Neurosurgery* 1981;8:31-8.
6. Maiuri F, Signorelli C, Lavano A, Gambardella A, Simari R, D'Andrea F. Osteoid osteomas of the spine. *Surg Neurol* 1986;25:375-80.
7. Ferrer Torrelles M. Osteoma osteoide de la columna vertebral. *Rev Clin Esp* 1960;77:10-6.
8. Jaffe HL. Osteoid osteoma. A benign osteoblastic tumor composed of osteoid and atypical bone. *Arch Surg* 1935;31:709-28.
9. Clavel Escribano M, Clavel Laria P. Osteoma osteoide vertebral causante de ciática. *Rev Ortop Traumatol* 1995;40:587-90.
10. Onimus M, Laurain JM, Guidet M. L'osteome osteoide vertebral. Problèmes diagnostiques à propos de trois cas. *Rev Chir Orthop* 1985;71:63-9.
11. García Alonso M, Palacios Cabezas J, Delgado Cabezas L, Palacios Carvajal J. Osteoma osteoide de sacro. A propósito de un caso. *Rev Ortop Traumatol* 1989;33:195-7.
12. Healey JH, Ghelman B. Osteoid osteoma and osteoblastoma. Current concepts and recent advances. *Clin Orthop* 1986;204:76-85.
13. Villas C, Leyes M. Apical hemifacetectomy of the first sacral vertebra in the treatment of an osteoid osteoma. *Eur Spine J* 1996;5:143-4.
14. Sabanas AO, Bickel WH, Moe JH. Natural history of osteoid osteoma of the spine. Review of the literature and report of three cases. *Am J Surg* 1956;91:880-9.
15. McLellan DI, Wilson FC. Osteoid osteoma of the spine. A review of the literature and report of six new cases. *J Bone Joint Surg Am* 1967;49A:111-21.
16. Nelson O, Greer R. Localization of a osteoid osteoma of the spine using computerized tomography. *J Bone Joint Surg Am* 1983;65A:263-5.
17. Petinne K, Klassen R. Osteoid osteoma and osteoblastoma of the spine. *J Bone Joint Surg Am* 1986;68-A:354-61.
18. Ramos Pascua L, Santos Sánchez JA, Martín Sánchez MJ, Santos de Vega G, Sánchez-Conde P. Tratamiento del osteoma osteoide del cuello femoral mediante termocoagulación del nidus. *Rev Ortop Traumatol* 2000;44:401-5.
19. Villas C, López R, Arrien A, Zubieta J. Osteoid osteoma affecting articular process at the cervical spine: infrequent localization and difficult diagnosis. En: Louis R, Weidner A, editors. *Cervical Spine II*. Berlin: Springer Verlag, 1990; p. 216-24.
20. Klein MH, Shankman S. Osteoid osteoma. Radiologic and pathologic correlation. *Skeletal Radiol* 1992;21:23-31.
21. Lindbom A, Lindvall N, Soderberg G. Angiography of osteoid osteoma. *Acta Radiol* 1960;15:327-33.
22. Gangi A, Dietemann JL, Clavert JM, Dodelin A, Morlazavi R, Durckel J, Roy C. Traitement des ostéomes ostéoides par photocoagulation au laser à propos de 28 cas. *Rev Chir Orthop* 1998;84:676-84.
23. Rosenthal DI, Hornicek FJ, Wolfe MW, Jennings LC, Gebhardt MC, Mannin HJ. Percutaneous radiofrequency coagulation of osteoid osteoma compared with operative treatment. *J Bone Joint Surg Am* 1998;80A:815-21.
24. Raskas DS, Graciano GP, Herzenberg JE, Heidelberger KP, Hensinger RN. Osteoid osteoma and osteoblastoma of the spine. *J Spinal Disord* 1992;5:204-11.
25. Swee RG, McLead RA, Beabont JW. Osteoid osteoma: detection, diagnosis and localization. *Radiology* 1979;130:117-23.
26. Bilchik T, Heyman S, Siegel A, Alavi A. Osteoid osteoma: the role of radionuclide bone imaging, conventional radiography and computed tomography in its management. *J Nucl Med* 1992;33:269-71.
27. Capanna R, Boriani S, Mabit Ch, Donati D, Savini R. L'osteome osteoide de localisation rachidienne. Expérience de l'Institut Rizzoli. *Rev Chir Orthop* 1991;77:545-50.
28. Schajovicz F, Lemos C. Osteoid osteoma and osteoblastoma. *Acta Ortop Scand* 1970;41:272-91.
29. Kneisl JS, Simon MA. Medical management compared with operative treatment for osteoid osteoma. *J Bone Joint Surg Am* 1992;74A:179-85.
30. Krugluger J, Kramer J, Lang S, Windhager R, Kotz R. Diagnosis and treatment of osteoid osteomas and osteoblastomas of the spine. *Orthopedics* 1996;4:34-42.
31. Villas C, López R, Zubieta JL. Osteoid osteoma in the lumbar and sacral regions: two cases of difficult diagnosis. *J Spinal Disord* 1990;3:418-22.
32. Keim H, Reina E. Osteoid osteoma as a cause of scoliosis. *J Bone Joint Surg Am* 1975;57A:159-63.