

Dolor en la espina ilíaca anterosuperior izquierda en una mujer de 29 años de edad

R. Almodóvar^a, A. Bueno^b, J. Martell^b, P. Zarco^a, F.J. Quirós^a y R. Mazzucchelli^a

^aUnidad de Reumatología. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón. Madrid. España . ^bUnidad de Radiología. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón. Madrid. España.

Caso clínico

Mujer de 29 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que acude a nuestra consulta por un cuadro de 4 meses de evolución de dolor en la espina ilíaca anterosuperior izquierda, no irradiado, de aparición espontánea y sin traumatismo ni sobreesfuerzo físico previo. El dolor era en reposo, fundamentalmente nocturno, aunque también lo refería en ocasiones con la deambulación, y mejoraba parcialmente con antiinflamatorios no esteroideos. No existían otros datos clínicos acompañantes.

En la exploración física mostraba dolor selectivo a la palpación en la espina ilíaca anterosuperior izquierda. La movilidad de las caderas fue normal, al igual que la exploración del esqueleto axial y periférico.

En las pruebas de laboratorio, el hemograma, la bioquímica, los reactantes de fase aguda y el sistemático de orina fueron normales.

La paciente aportaba una radiografía de pelvis anteroposterior en la que no se observaba ningún hallazgo patológico (fig. 1).

Diagnóstico y evolución

Se realizó una tomografía computarizada (TC) ósea de pelvis, que mostró, en el margen inferior de la espina ilíaca anterosuperior izquierda, una imagen de muy pequeño tamaño, redondeada, con un delgado halo escleroso, que sugería un pequeño *nidus* de un osteoma osteoide (fig. 2). En la gammagrafía ósea no existía captación patológica en ninguna zona.

Ante estos hallazgos, se decidió realizar un tratamiento mínimamente invasivo del osteoma osteoide, mediante destrucción percutánea del *nidus* guiada con TC y posterior alcoholización. Se eligió esta técnica en lugar de la radioablaclación de alta frecuencia



Figura 1. Radiografía de pelvis anteroposterior: no se observan hallazgos patológicos.

debido a la superficialidad de la lesión y al riesgo de osteonecrosis de las estructuras adyacentes con la radioablación. En la TC de control había desaparecido completamente la lesión (fig. 3). No se pudieron obtener muestras para su estudio histológico por las dimensiones tan reducidas de la lesión.

No hubo ninguna complicación derivada del procedimiento. La paciente se quedó asintomática a las 24 h del tratamiento, situación que persiste 6 meses después.

Correspondencia: Dra. R. Almodóvar.

Unidad de Reumatología. Fundación Hospital Alcorcón.
Avda. Budapest, s/n. 28922 Alcorcón. Madrid. España.
Correo electrónico: ralmodovar@fhalcon.es

Manuscrito recibido el 2-3-2004 y aceptado el 22-12-2004.

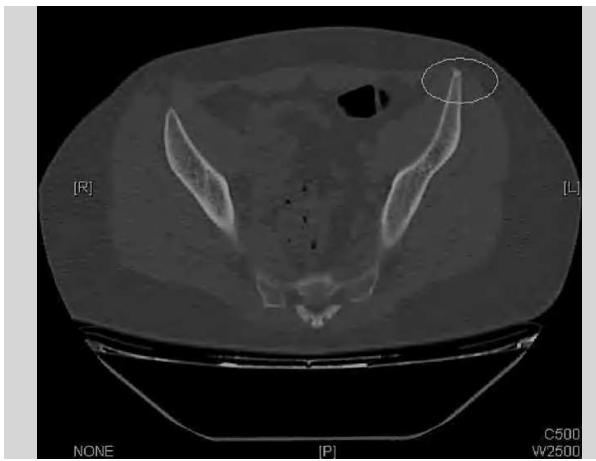


Figura 2. Tomografía computarizada ósea de la pelvis: se aprecia en el margen inferior de la espina ilíaca anterosuperior izquierda una imagen de muy pequeño tamaño, redondeada, con un delgado halo esclerótico.



Figura 3. Tomografía computarizada ósea de la pelvis de control: se observa una desaparición de la lesión tras la destrucción percutánea y la alcoholización.

Comentario

El osteoma osteoide es un tumor osteogénico benigno y no infiltrativo, que supone aproximadamente el 10% de todos los tumores benignos. Está compuesto por un núcleo central de tejido osteoide vascularizado y una zona periférica de hueso esclerótico. Aparece entre los 7 y los 25 años de edad y es más frecuente en los varones. Su localización preferente es la diáfisis de los huesos largos de las extremidades inferiores, con mayor frecuencia el fémur, seguida de la tibia. Entre estas 2 localizaciones suman más del 50% de los casos en total. Los osteomas osteoides epifisarios e intraarticulares son raros. Otras localizaciones menos frecuentes son el húmero,

las falanges, las vértebras lumbares, la pelvis, el cráneo, los maxilares, la escápula y las costillas. Clínicamente, se caracteriza por dolor nocturno que mejora con antiinflamatorios no esteroideos, principalmente salicilatos, y puede acompañarse de tumefacción e inflamación de partes blandas¹⁻⁴.

La imagen radiológica típica es una pequeña área radiolucente rodeada de un hueso esclerótico en la cortical. En la actualidad, la técnica de elección para el diagnóstico del *nidus* es la TC. La resonancia magnética es menos útil, e incluso puede dar lugar a imágenes que se asemejan a un tumor maligno o a una osteomielitis. En la gammagrafía ósea, el osteoma osteoide capta y muestra el signo de la doble señal, es decir, una intensa captación en la zona del *nidus* y una actividad gammagráfica menor en la zona esclerótica. En la mayoría de los casos se produce la captación gammagráfica, pero un resultado negativo no es excluyente. En nuestra paciente, la gammagrafía ósea fue normal, pero la imagen de la TC junto con la clínica característica era sugestiva de osteoma osteoide³.

El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica completa del *nidus*, para obtener una respuesta clínica óptima. También se ha descrito, en algunos casos, la remisión espontánea⁴. La resección quirúrgica abierta es el tratamiento clásico. En la actualidad, se están utilizando terapias alternativas a la cirugía, como la destrucción percutánea del *nidus* con láser o alcohol guiada por TC y, recientemente, la radioablação de alta frecuencia, ambas con muy buenas tasas de respuesta, que oscilan entre el 77 y el 100%. Además, estas técnicas son mínimamente invasivas, seguras y coste-efectivas. La cirugía abierta se reserva para los casos con histología dudosa, localizaciones con estructuras neurovasculares a menos de 1,5 cm o ineficacia de las técnicas mínimamente invasivas⁵⁻⁷.

Bibliografía

- Freiburger RH, Loitman BS, Helpern M, Thompson TC. Osteoid osteoma: a report on 80 cases. Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med. 1959;82:194-205.
- Healey JH, Ghelman B. Osteoid osteoma and osteoblastoma: current concepts and recent advances. Clin Orthop. 1986;204: 76-85.
- Resnick D, Guerdon D MD, Greenway MD. Bone and joint imaging (ed. esp.). 2^a ed. Philadelphia: Saunders; 2001. p. 991-1063.
- Winkelmann S, Hirsch W, Burdach S, Horneff G. Therapy of osteoid osteomas – Always surgically? Klin Padiatr. 2003;215:35-9.
- El-Mowafy H, Refaat H, Kotb S. Percutaneous destruction and alcoholisation for the management of osteoid osteoma. Acta Orthop Belg. 2003;69:447-51.
- Athwal GS, Pichora DR, Ellis RE, Rudan JF. A computer-assisted guidance technique for the localization and excision of osteoid osteoma. Orthopedics. 2004;27:195-7.
- Cantwell CP, Obyrne J, Eustace S. Current trends in treatment of osteoid osteoma with an emphasis on radiofrequency ablation. Eur Radiol. 2004;14:607-17.