

ASPECTOS RADIOLÓGICOS DEL OSTEOMA OSTEÓIDE

C. SÁNCHEZ HERMOSA, J.R. DOMENECH PASCUAL,
M. PORTILLO RUIZ, C. BORDOY FERRER Y B. PÉREZ VILLACASTÍN

SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO.
FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ. MADRID.

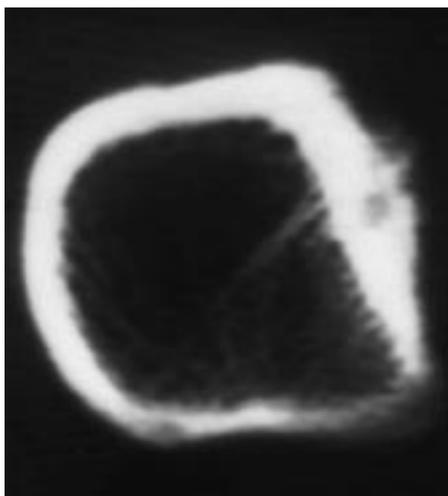


Figura 1. Engrosamiento cortical con pequeña imagen de menor densidad "nidus" en zona medial del tercio proximal del fémur.



Figura 2. Proyección axial de metáfisis y epífisis de ambos fémures con secuencia potenciada en T1.



Figura 3. Proyección axial de metáfisis y epífisis de ambos fémures con secuencia potenciada en T2.

Se trata de un varón de 25 años que consulta por dolor de tres semanas de evolución en zona proximal del fémur derecho de características inflamatorias de predominio nocturno y que cede con salicilatos. Niega antecedentes traumáticos.

Se le realizó una radiografía simple de fémur derecho que fue normal. Ante la persistencia del cuadro se continuó el estudio de imagen efectuándose una tomografía axial computarizada (TAC) en la que se observó engrosamiento cortical con pequeña imagen de menor densidad *nidus* en la zona medial del tercio proximal del fémur (fig. 1).

Para completar el estudio se realizó una resonancia magnética (RM) de metáfisis y epífisis proximales de ambos fémures (serie en proyección axial con secuencia potenciada en T1 [fig. 2] y serie en proyección coronal con secuencia potenciada en T2 [fig. 3]) observándose en el borde medial de la metáfisis proximal del fémur derecho un área hipointensa, circunscrita, de

engrosamiento de la cortical con una pequeña imagen redondeada, hiperintensa en el interior con caracteres de probable osteoma osteoide con *nidus*.

El aspecto radiológico del osteoma osteoide (OO) es típico pero en realidad tiene varias apariencias que pueden dificultar el diagnóstico.

La radiología clásica en huesos largos (que comprende el 70% de los casos) lo describe como un área radioluciente de localización central oval o redondeada menor de 1 cm de diámetro, rodeada por una zona de esclerosis ósea uniforme que afecta principalmente a pacientes menores de 30 años. El *nidus* normalmente es radiotransparente pero con frecuencia presenta calcificaciones adquiriendo una imagen que recuerda al secuestro óseo, o bien se calcifica completamente mezclándose con la esclerosis reactiva lo que dificulta el diagnóstico. En algunas ocasiones, como en nuestro caso, la radiología simple es completamente normal.

Por su parte la TAC ayuda fundamentalmente a definir la localización y el tamaño del *nidus* y resulta particularmente útil en la escisión del *nidus* percutánea guiada. El 80% se halla en la cortical; el resto, o bien son intramedulares por lo que la esclerosis reactiva es menor y con ello el diagnóstico diferencial más difícil, o bien se presenta en el periostio (en raras ocasiones) causando una enorme reacción perióstica que simula un tumor maligno.

La RM también puede ser útil para localizar la lesión, como ayuda en la aproximación diagnóstica y en la determinación de su agresividad y estadiaje. En secuencia potenciada en T1 el *nidus* aparece como un foco iso-hipointenso rodeado de un área circunscrita y bien definida, también de baja intensidad, que corresponde a la esclerosis cortical; si bien a veces se acompaña de un área extensa de edema que afecta a la médula ósea y tejidos adyacentes enmascarando el *nidus*. En T2 el *nidus* aparece como un área hiperintensa.

Todo ello demuestra que el diagnóstico de un OO no depende de ver un *nidus*, y de hecho ante una lesión esclerótica con una lucencia en su interior lo más probable es que se trate de una osteomielitis (OM). Otras causas a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial son las fracturas de estrés, el absceso y el osteoblastoma; la naturaleza de la lesión y la esclerosis ósea circundante generalmente permiten la diferenciación de dichas entidades. En muchas ocasiones la OM y el OO son indistinguibles en radiografía simple y TAC,

por lo que podemos recurrir a la gammagrafía ósea para su diagnóstico diferencial, ya que esta lesión es extremadamente vascular y capta con avidez los radiofármacos. En este caso se observa el llamado "signo de la doble densidad" que consiste en un aumento de captación correspondiente a la zona de esclerosis con una segunda zona de hipercaptación que corresponde al *nidus*.

La historia natural del osteoma osteoide, que rara vez se ve en mayores de 30 años, lleva a su regresión espontánea.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Clyde A. Helms. Fundamentos de Radiología del Esqueleto 1993; 7: 195-197.
- Farrokh D. Erroneus diagnosis of subperiosteal osteoid osteoma: value of imaging techniques. Journal Radiology 1999; 80 (11): 1.572-1.574.
- Resnick D. Bone and Joint Imaging. Filadelfia: WB Saunders, 1989; 78: 1.107-1.114.
- Spouge AR, Thain LM. Osteoid osteoma: MR imaging of two untreated lesions. Clinical imaging 1999; 23(4): 254-258.
- Stark D, Brandley WG. Magnetic Resonance Imaging (3.ª ed.). 1999; 38: 859. 39: 919-936. 40: 397.

NOTICIAS

LA FUNDACIÓN HISPANA DE OSTEOPOROSIS Y ENFERMEDADES METABÓLICAS ÓSEAS

Convoca el
VII PREMIO CIENTÍFICO FHOEMO 2000
de acuerdo con las siguientes
BASES

1. Este Premio, con una dotación de 250.000 pesetas, tiene como objetivo premiar al mejor trabajo sobre Osteoporosis y Enfermedades Metabólicas Óseas.
2. El trabajo, para la presente edición, deberá haber sido desarrollado en España o Iberoamérica y publicado durante el año 2000 en cualquier revista de habla hispana.
3. La fecha límite para la recepción de los trabajos será el 15 de enero de 2001.
4. El Jurado estará compuesto por cuatro miembros del Comité Científico de la FHOEMO, actuando como secretaria del Jurado, con voz pero sin voto, la Secretaria de la misma.
5. La decisión del Jurado será inapelable y el Premio podrá ser declarado desierto si, a juicio del Jurado, se estimase que los trabajos presentados no reúnen el nivel profesional médico y técnico adecuados.
6. La FHOEMO se reserva la disponibilidad del trabajo una vez publicado para su difusión, si lo considera oportuno. Los trabajos concursantes no serán devueltos a sus autores.
7. Los aspirantes aceptarán las presentes bases por el mero hecho de concurrir a esta convocatoria.
8. Las solicitudes se enviarán, junto con seis copias del trabajo objeto de consideración, a:

VII PREMIO CIENTÍFICO - FHOEMO
Gil de Santivañes, 6 - 2.º D
28001 - Madrid
Tel/Fax.: 91 578 35 10