



Osteoma osteoide de fèmur en la infància

J. ILARI ROCABERT, R. ULLOT FONT, J.A. BLANCO, P. OBIOLS

Servei de Cirurgia Infantil de la Clínica Infantil "Nen Jesús" de Sabadell.

RESUM

L'osteoma osteoide és un tumor ossi benigne freqüent, però relativament rar per sota dels 10 anys d'edat.

Presentem dos casos d'osteoma osteoide de fèmur en dos nens de 5 anys d'edat. A més, un d'ells és interessant per la presentació clínica, que es va confondre amb una tenosinovitis d'anca. Va presentar, ultra això, el dubte d'un possible doble nidus, a la imatge radiològica. En l'altre nen, la radiologia no va poder identificar el nidus, raó per la qual, en tots dos casos, es va practicar la gammagrafia òssia, la qual va permetre descartar un doble nidus en l'un i posar de manifest el nidus en l'altre. Va caldre practicar una T.A.C. en un d'ells per precisar amb exactitud el lloc de la lesió.

En tots dos casos es va ressecat la lesió, i va evolucionar favorablement.

La correcta localització del nidus permetrà una resecció íntegra, i a més econòmica, permetrà evitar l'ús d'empelts i propiciarà una recuperació més ràpida i una via d'abordatge més petita.

PARAULES CLAU:

osteoma osteoide

RESUMEN

El osteoma osteoide es un tumor óseo benigno frecuente, pero relativamente raro por debajo de los 10 años de edad.

Presentamos dos casos de osteoma osteoide de fémur en dos niños de 5 años de edad. Es además interesante uno de ellos por la presentación clínica que se confundió con una tenosinovitis de cadera. Presentó además la duda de un posible doble nidus en la imagen radiológica. En el otro niño no pudo identificar la radiología el nidus. Por lo que en ambos casos se practicó la gammagrafia ósea que permitió destacar un doble nidus en uno, y poner de manifiesto el nidus en el otro. Fue preciso practicar una T.A.C. en uno de ellos para precisar con exactitud el sitio de la lesión.

En ambos casos se resecó la lesión, evolucionando favorablemente.

La correcta localización del nidus permitirá una resección íntegra, y además económica, permitiendo evitar el uso de injertos, propiciando una recuperación más rápida, y una vía de abordaje más pequeña.

PALABRAS CLAVE:

osteoma osteoide.

SUMMARY

Osteoid osteoma: a frequent benign tumour, but relatively rare under the age of 10 years.

We present two cases of osteoid osteoma of the fémur in two 5 year-old children. One of them is especially interesting for its clinical presentation, which was mistaken for tenosynovitis of the hip. It also showed a debatable possible double nidus on the X-ray picture. In the other child the nidus could not be identified by X-ray. For this reason, and in both cases, a bone gammagraphy was carried out, which enabled a double nidus to be ruled out in one and revealed a nidus in the other one. It was necessary to perform a C.T.S. in one of them, in order accurately to localize the site of the lesion.

In both cases the lesion was resected, and the case evolved favourably.

The correct localization of the nidus allows complete resection, as well as an economical one, since it obviates the use of grafts, permits a more rapid recovery and means a more direct way of approach.

KEY WORDS:

osteoid osteoma



INTRODUCCIÓ

L'osteoma osteoide és un tumor ossi benigne que afecta ossos llargs, sobretot la tibia i el fèmur, que representen entre tots dos el 50% de totes les localitzacions.^{1, 2} No tan freqüentment afecta al peroné i l'húmer, més rarament els ossos plans com és ara les vèrtebres, l'astràgal, el calcani, i, de manera excepcional, l'os ilíac, la ròtula, el metatars i les falanges.³ Predomina el sexe masculí, en una proporció de dos a un,³ sobre el femení.

Es un procés freqüent entre els 10 i els 25 anys d'edat, però és summament rar per sota d'aquesta edat.^{3, 4} L'interès d'aquesta publicació rau, per un costat, en el fet que els nostres dos pacients van debutar als 5 anys de vida. I, per l'altre, en un fet que, malgrat que és un procés fàcilment diagnosticat, la localització exacta del nidus pot ser difícil, i s'han d'emprar de vegades, com en un del nostres pacients, exploracions complementàries sofisticades.

MATERIAL I MÈTODES

Presentem dos casos d'osteoma osteoide de fèmur en dos nens de 5 anys d'edat, situat, el primer, a nivell del terç distal del fèmur D, i, el segon, a nivell de trocànter menor I.

El primer va acudir per dolor ossi al terç distal del fèmur D, que augmenta a la nit i cedeix amb l'administració d'aspirina. El segon va presentar dolor, impotència funcional i limitació a la mobilitat de l'anca I. Va ser catalogat en un altre Centre de tenosinovitis transitoria d'anca i se li va recomanar repòs i aspirines durant 10 dies.

Un cop transcorregut aquest període, acudeix al nostre Servei d'Urgències, per tal com persisteix el quadre.

L'estudi radiològic del primer pacient descobreix una zona d'hiperòstosi en el terç distal del fèmur D (fig. 1), que la radiologia lateral situa a la part posterior. Tanmateix, en cap de les exploracions radiològiques que es van portar a terme no va poder descobrir-se un nidus.

Al segon pacient se li va practicar de rutina radiologia d'anques, i es van descobrir dues lesions osteolítiques envoltades d'hiperòstosi al trocànter menor esquerre, i es va establir la sospita d'osteoma osteoide amb doble nidus (fig. 2).

Les gammagrafies que es van practicar en tots dos pacients van permetre, en el primer cas, confirmar el diagnòstic, en mostrar una petita zona esfèrica molt hipercaptant voltada d'una zona més àmplia de menor hipercaptació, corresponent a la zona d'hiperòstosi radiològica. A més a més va permetre localitzar, per bé que d'una manera poc exacta, el nivell del nidus (fig. 3).

En el segon pacient, la gammagrafia va permetre aclarir la incògnita d'un doble nidus, ja que només en va demostrar un (fig. 4).

En el primer cas, la gammagrafia localitza, però de manera poc precisa, el nivell del nidus. Per això practiquem una T.A.C., per determinar amb exactitud la seva situació (fig. 5).

El tractament en tots dos casos va ser l'exèresi en bloc del nidus. L'abordatge va ser per via posteroexterna en el cas del coll femoral i lateral interna en el primer pacient. La dissecció va ser subperiòstica en tots dos casos, limitada al nidus i a una petita porció d'hiperòstosi circumdant.

L'evolució posterior va ser molt bona, i va desaparèixer el quadre dolorós en el postoperatori immediat. Radiològicament, el guariment va ser complet al cap de 10 mesos de la intervenció en el primer pacient, i al cap de 17 en el segon.

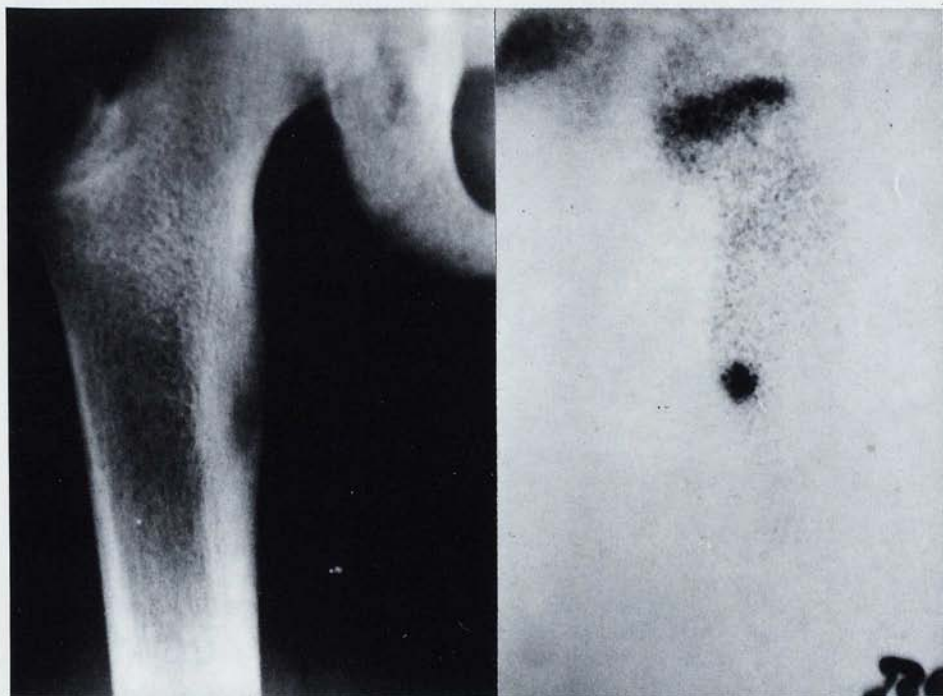


Fig. 1. — Radiologia simple del primer pacient, on s'observa la gran hiperòstosi. La projecció lateral ens mostra que és posterior.

Fig. 2. — Radiologia del segon pacient en projeccions A-P i Axial, que mostra una doble imatge de nidus, voltada d'hiperòstosi.

DISCUSSIÓ

La clínica de presentació és bastant clara en la major part de casos: es tracta d'un dolor ossi lleu sobre la zona d'implantació, que augmenta progressivament. Es dona sobretot a la nit, alterant el son, i cedeix característicament amb aspirina.^{5,6}

A l'exploració hi ha sensibilitat local. Segons la seva localització específica podrà provocar: neuràlgia ciàtica, si afecta el fèmur o la pelvis; coixesa, si afecta l'extremitat inferior; escoliosi, si afecta la columna vertebral o una costella; i trastorns neurològics, si és a nivell de la columna cervical. Hem de recordar que escoliosi més dolor simultani a l'esquena és molt suggestiu d'osteoma osteoide de columna vertebral.^{9,10}

Si es localitza prop d'una articulació, pot provocar-ne una sinovitis simpàtica,^{1,11} com va passar amb el nostre segon pacient, el quadre del qual va ser confós en primera instància per una tenosinovitis transitòria d'anca, fet que ens crida altra vegada l'atenció sobre la necessitat de controlar sistemàticament totes les tenosinovitis inespecífiques d'anca 15 o 20 dies després del diagnòstic, per tal de descartar el quadre inicial d'altres patologies, entre les quals es troben la malaltia de Perthes, l'osteoma osteoide i altres.

Un altre punt a ressaltar és que la troballa de la lesió en el trocànter menor va ser fortuïta. La RX es va practicar de rutina, per descartar problemes com Perthes, etc., i, gràcies al fet que l'esmentada radiologia incloïa trocànters, es va poder fer el diagnòstic.

En la major part de casos la clínica és molt suggestiva. Tanmateix, en d'altres, per

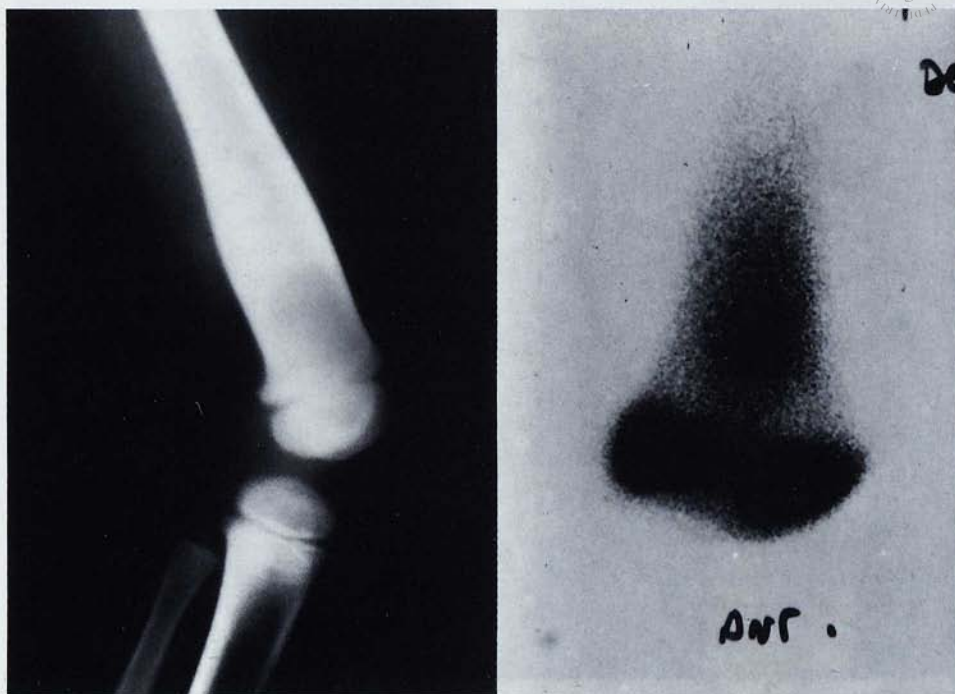


Fig. 3. — Gammagrafia del primer pacient, on s'aprecia el nidus hipercaptant voltat d'una zona de menor captació. Tanmateix, observem que la imatge situa de manera poc precisa el nivell del nidus.

Fig. 4. — Gammagrafia del segon pacient, on s'aprecia un sol nidus captant i es descarta la possibilitat d'una doble lesió.

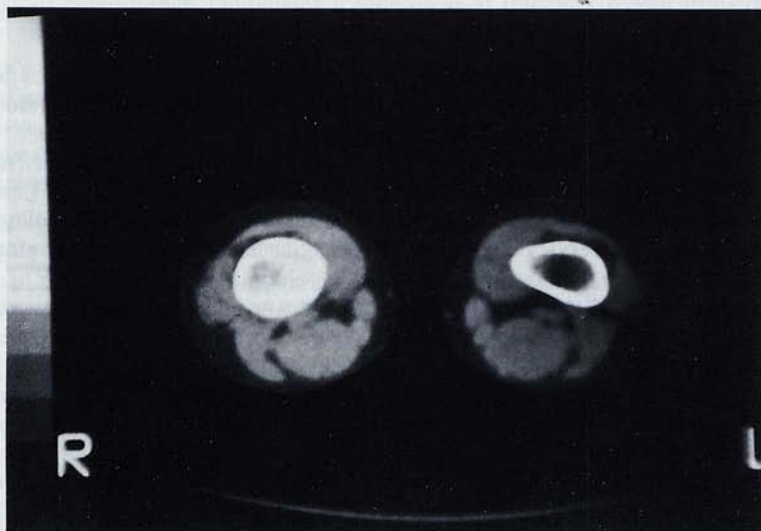


Fig. 5. — T.A.C. del primer cas, que ens localitza de manera precisa el nivell de la lesió.



exemple en els vertebrals,^{9,8} propers a una articulació, o de localitzacions poc freqüents,⁸ poden presentar-se problemes diagnòstics. La radiologia, per regla general, confirma el diagnòstic clínic en mostrar el nidus i la seva zona d'hiperòstosi circumdant.⁵ En aquells casos en què aquesta no demostrí el nidus, necessitarem altres exploracions. En primer lloc, una gammagrafia òssia, que ens posarà de manifest el o els nidus no visibles radiològicament.¹² Per últim, la T.A.C.^{13,14,15} ens podrà ajudar en el diagnòstic i, sobretot, en la ubicació exacta de la lesió, fet fonamental perquè la seva resecció sigui completa i, alhora, econòmica, tot permeten una via d'abordatge relativament petita l'ús d'empelts i propiciant una recuperació ràpida.

S'ha suggerit el tractament conservador, ja que per a alguns autors s'ha produït resolucions espontànies.¹⁶ Tanmateix, en cap cas no hi ha comprovació anatomopatològica. Per això la major part pensem que possiblement es tractava d'abscessos de Brodie i no pas de veritables osteomes osteoides^{16,17} i, com a conseqüència, que el tractament quirúrgic és necessari en tots els casos.

El tractament és, doncs, l'exèresi únicament del nidus, ja que, com sabem, la reacció d'hiperòstosi desapareix després de la seva resecció.⁶ Això és relativament difícil, ja que la lesió en ella mateixa no té més d'1 o 1,5 cm. de diàmetre i no és visible a simple vista durant l'acte quirúrgic. Per tant, per aconseguir una resecció completa i econòmica és imprescindible situar de manera molt ajustada el lloc de la lesió. Això és possible gràcies a la radiologia i, sobretot, a l'ús de l'intensificador d'imatges en l'acte quirúrgic.

El problema es planteja quan això no és possible, com va passar amb el nostre primer pacient, quan la radiologia no descobreix el nidus. En aquests casos, s'han descrit mètodes molt sofisticats per a la localització del nidus, com és ara la gammagrafia peroperatòria, ja sigui mitjançant l'administració de Tc^{99m} metil-difosfonat¹⁸ i detecció per mitjà d'un colimador molt petit¹⁰, o mitjançant una sonda aplicable sobre l'os en el camp operatori.¹⁸ Nosaltres no disposem d'aqueixos mètodes i en aquestes ocasions, creiem de summa utilitat, en primer lloc, la pràctica d'una T.A.C.^{13,14,15} que ens situarà al nidus gairebé mil·limètricament, i, en segon lloc, la comprovació anatomopatològica peroperatòria de la resecció completa del nidus.

Les recidives, infreqüents actualment, es produeixen per la resecció incompleta del nidus,¹⁶ o bé perquè se n'ha practicat solament el "curetage", tècnica en voga fa uns quants anys i abandonada per l'elevada freqüència de recidives. La segona possibilitat és la resecció incompleta, per una mala localització del nidus. Per últim, hi ha la possibilitat d'un doble o d'un triple nidus,^{19,1,20,21} algun dels quals no hagi estat detectat per la radiologia. En aquestes condicions, la gammagrafia òssia és un mètode excel·lent que ens posarà de manifest els nidus suplementaris. Es per això que, malgrat ser una condició infreqüent, en recomanem la pràctica sistemàtica, ja que, alhora, ens permet descartar falses imatges de doble nidus. D'una utilitat semblant per valorar els possibles dobles nidus i, sobretot, per localitzar-los correctament, hi ha la T.A.C.,¹³ l'exploració amb més gran poder de resolució de totes les indicades i que practiquem només en casos de dubte.

BIBLIOGRAFIA

1. Worland R.L., Ryder Ch. T., Johnston A.D.: Recurrent Osteoid-Osteoma. J. Bone Joint Surg. 1975; 57-A: 277-278.
2. Cetti R., Christensen S.E.: Osteoid Osteoma in the Scaphoid Bone. Scand. J. Plast. Reconstr. Surg. 1982; 16: 207-209.
3. Tachdjian M.: Ortopedia Pediátrica. Mexico, Ed. Interamericana.
4. Habermann E.T., Stern R.E.: Osteoid-Osteoma of the Tibia in an Eight-Month-Old Boy. J. Bone Joint Surg. 1974; 56-A: 633-636.
5. Freiberg R.H., Loitman B.S., Helpert M., Thomson T. C.: Osteoid Osteoma. Am. J. Roentgenol. 1959; 82: 194-205.
6. Golding J.S.R.: The natural History of osteoid osteoma. J. Bone Joint Surg. 1952; 36-B: 218-229.

7. Randsford A.O., Pozo J.L., Hutton P.A.N., Kirwan E. O'G.: The Behaviour Pattern of the Scoliosis Associated with Osteoid Osteoma or osteoblastoma of the spine. *J. Bone Joint Surg.* 1984; 65-B: 16-20.
8. Kehl D.K., Alonso J.E., Lovell W.W.: Scoliosis Secondary to an Osteoid-Osteoma of the Rib. *J. Bone Joint. Surg.* 1980; 62-A: 701-703.
9. Lundeen M.A., Herring J.A.: Osteoid-Osteoma of the Spine Sclerosis in Two Levels. *J. Bone Joint Surg.* 1980; 62-A: 476-478.
10. Rinsky L.A., Goris M., Bleck E.E., Halpern A., Hirshman P.: Intraoperative Skeletal Scintigraphy for Location of Osteoid-Osteoma in the Spine. *J. Bone Joint Surg.* 1980; 62-A: 143-144.
11. Sherman M.S.: Osteoid Osteoma Associated with Changes in adjacent Joint. *J. Bone Joint Surg.* 1947; 29: 483-490.
12. Lisbona R., Rosenthal L.: Role of Radionuclide Imagin in Osteoid Osteoma. *A.J.R.* 1979; 132: 77-80.
13. O'Connor J.F., Cohen J.: Computerized Tomography (CAT Scan, CT Scan) in Orthopaedic Surgery. *J. Bone Joint Surg.* 1978; 60-A: 1096-1098.
14. Reis N.D., Zinman C., Besser M.I.B., Shifrin L.z., FolMan Y., Torem S., Froindlich D., Zaklad H.: High-Resolution Computerised Tomography in Clinical Orthopaedics. *J. Bone Joint Surg.* 1983; 64-B: 20-24.
15. Nelson O.A., Greer R.B.: Localization of Osteoid-Osteoma of the Spine using Computerized Tomography. *J. Bone Joint Surg.* 1983; 65-A: 263-265.
16. Sim F.K., Dahlin D.C., Bebout J.W.: Osteoid-Osteoma: Diagnostic problems. *J. Bone Joint Surg.* 1975; 57-A: 154-159.
17. Vickers Chh. W., Pugh D.C., Ivins J.C.: Osteoid Osteoma. *J. Bone Joint Surg.* 1959; 41-A: 357-358.
18. Colton C.L., Hardy J.G.: Evaluation of a Sterilizable Radiation Probe as an Aid to the Suegical Treatment of Osteoid-Osteoma. *J. Bone Joint Surg.* 1983; 65-B: 1018-1021.
19. Dunlop J.A.Y., Morton K.S., Elliott G.B.: Recurrent osteoid osteoma. *J. Bone and Joint Surg.* 1970; 52-B; 128-133.
20. Glynn J.J., Lichtenstein L.: Osteoid-Osteoma with multicentric nidus. *J. Bone and Joint Surg.*, 1973; 55-A: 855-858.
21. Alcalay M., Clarac J.P., Bontoux D.: Double Osteoid-Osteoma in Adjacent Carpal Bones. *J. Bone Joint Surg* 1982; 64-A: 779-780.