

## ¿CUAL ES SU DIAGNOSTICO?

M. Medrano San Ildefonso,  
M. Ferrer Lozano, I. Pastor Mouron

*An Esp Pediatr 1998;49:415-416.*

### Caso clínico

Varón de once años sin antecedentes personales ni familiares de interés que consultó en nuestra Unidad de Reumatología pediátrica por presentar desde hace cuatro meses dolor lumbar alto de características mecánicas. En las últimas semanas el dolor había aumentado de intensidad e incluso persistía por la noche, mejorando parcialmente con ácido acetilsalicílico y antiinflamatorios.



**Figura 1.** Radiografía simple de columna lumbar: Escoliosis de convexidad izquierda y esclerosis del pedículo de L1.

### Dolor lumbar crónico en un niño de once años



**Figura 2.** TAC: Esclerosis sobre pedículo L1 izquierdo con una zona central menos densa parcialmente calcificada.

En la exploración física destacaba dolor a la presión de apófisis espinosas de D11 a L2, limitación de la movilidad lumbar en todos los planos y actitud escoliótica de convexidad izquierda.

La analítica realizada (hemograma con VSG y bioquímica) fue normal y los cultivos negativos.

En el estudio radiológico simple se objetivó una escoliosis de convexidad izquierda y esclerosis del pedículo L1 izquierdo (Fig. 1). En la gammagrafía ósea se observó hipercaptación sobre L1 y en la TAC se evidenció una lesión densa con un nido central parcialmente calcificado en la lámina izquierda de L1 (Fig. 2).

Se realizó tratamiento quirúrgico consistente en laminectomía de L1 con evolución a la curación sin secuelas.

### Pregunta

*¿Cuál es su diagnóstico?*

Unidad de Reumatología Infantil, Hospital Infantil Miguel Servet, Zaragoza.  
Correspondencia: Marta Medrano San Ildefonso.  
C/ Condes de Aragón, 20 4-D. 50009 Zaragoza.

## Osteoma osteoide de L1

El osteoma osteoide es un tumor osteoblástico benigno con unas características histológicas peculiares, éstas consisten en la presencia de una parte central constituida por tejido vascular osteoide (nidus rojo cereza) rodeada de una zona periférica formada por hueso esclerosado. Es un tumor de pequeño tamaño, entre 0,5 y 2 cm de diámetro. Son tumores únicos, se localizan sobre todo en diáfisis y epífisis de fémur y tibia, también en carpo, metacarpo, tarso, metatarso y vértebras. La localización vertebral es poco frecuente, representa un 10% de todos los casos y generalmente asienta en los elementos posteriores. Afecta sobre todo a niños y adultos jóvenes entre 10 y 35 años, siendo más frecuente en varones (3/1)<sup>(1)</sup>.

La sintomatología del osteoma osteoide vertebral es dolor sobre todo nocturno que cede con ácido acetilsalicílico y antiinflamatorios, limitación del movimiento y escoliosis. Los déficits neurológicos no son frecuentes<sup>(2)</sup>.

En la radiología simple puede observarse una condensación del pedículo (como ocurrió en nuestro caso) o bien ser normal, siendo entonces de máxima utilidad el resto de exploraciones complementarias. La gammagrafía ósea evidencia un aumento de la captación focal y tiene gran valor localizador, ya que existen muy pocos casos de falsos negativos. La TAC tiene mucha importancia ya que permite hacer visible el nidus central<sup>(3)</sup>. Con la RNM la zona calcificada muestra imágenes hipointensas en T1 y T2 y el nidus en T2 ofrece imágenes de alta intensidad<sup>(4)</sup>.

El diagnóstico diferencial se plantea con el osteoblastoma, pero al no existir criterios histológicos distintivos entre ellos las diferencias se basan en el tamaño y los hallazgos radiológicos. Ambos tumores- osteoma osteoide y osteoblastoma- son tumores benignos formadores de hueso, pero el osteoma osteoide es de pequeño tamaño y sin embargo el osteoblastoma suele ser superior a 2 cm, por lo que también se le llama osteoma osteoide gigante. El osteoblastoma en la radiología afecta al igual que el osteoma osteoide a los elementos posteriores pero también puede extenderse al cuerpo vertebral e incluso invadir partes blandas<sup>(3)</sup>.

El tratamiento del osteoma osteoide de localización vertebral es quirúrgico ya que la escoliosis si persiste tiempo suficiente puede estructurarse.

## Bibliografía

- 1 Resnick D, Kyriakos M, Greenway GD. Tumors and tumor-like lesions of bone: imaging and pathology of specific lesions. En: Resnick D, Niwayama T. eds. *Diagnosis of bone and joint disorders*. 2ª ed. Filadelfia, WB. Saunders Co, 1988; 3261-3635.
- 2 Kchouk M, Mrabet A, Tovibi S, Douik M, Siala M, Slimen N. Ostéomes ostéoides du rachid: étude radiologique de 21 cas. *J Radiol* 1993; **74**:135-142.
- 3 Ordás C, Ballina FJ, González J, Jiront F. Varón de 14 años con lumbalgia crónica. *Rev Esp Reumatol* 1997; **24**:213-214.
- 4 Insua SA, Blanco J, Meva A, Mandiό F, Noya R, Pintos E. Monoartritis crónica inespecífica como forma de presentación de un osteoma osteoide yuxtaarticular. *Rev Esp Reumatol* 1993; **20**:45-47.