

GAMMAGRAFÍA NEGATIVA EN OSTEOMA OSTEÓIDE

Roberto García Pérez, Isabel Parada Avendaño, Jorge Gil Albarova, Victoria Gómez Palacio, Jorge Hernando Sacristán

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET ZARAGOZA

Objetivos Presentar un caso de osteoma osteoide con gammagrafía negativa en pruebas complementarias.

Material y Métodos

Se presenta paciente de 7 años derivada con cojera derecha de 3 meses con dolor continuo e intermitente en cadera derecha a nivel de trocánter menor. Dolor nocturno que mejora con AINES. Se realizan radiografías no apreciando lesiones líticas evidentes. Se prosigue estudio con TC donde se aprecia una lesión lítica de 6 mm sin identificación clara de nidus a nivel posteromedial de la región subtrocanterica femoral y RM destacando un proceso de edema óseo de naturaleza indeterminada que ocupa gran superficie endomedular del fémur proximal cercana a la lesión lítica. Dentro de los diagnósticos diferenciales ante esta lesión se plantearon fractura de estrés, osteomielitis, granuloma eosinófilo, osteoma osteoide, leucemia, osteomielitis recurrente. En la gammagrafía no se advierten alteraciones significativas de la vascularización en las fases precoces del estudio siendo la opción de diagnóstico de osteoma osteoide con esta prueba improbable. Se realiza descarte mediante analíticas y biopsia con análisis de microbiología y anatomía patológica realizándose posteriormente un nuevo TC donde se identifica un pequeño nidus correspondiente a osteoma osteoide.



Resultados Procedemos a termoablación de la lesión con mejoría de la sintomatología tras la intervención.



Conclusiones

La ausencia de hallazgos radiológicos no excluye su diagnóstico, dado que los síntomas pueden preceder a la radiología de 6-12 meses. La RM suele mostrar un edema alrededor de la lesión aunque es atípico una extensión del mismo aumentada. Una gammagrafía ósea normal es prácticamente excluyente permitiendo detectar remodelación ósea en fases iniciales pero a raíz de este caso su negatividad puede no descartar esta lesión y por tanto aunque esta prueba y un TC inicial no sea concluyente o no se aprecie claramente el nidus no permite descartar un osteoma osteoide si la clínica es compatible.

Referencias

1. Elena Espinosa Muñoz, Ana María Martín García, Diego Ramírez Ocaña, Carmen Puentes Zarzuela, Osteoma osteoide recurrente detectado mediante gammagrafía ósea con 99mTc-hidroxi-difosfonato, Anales de Pediatría, Volume 93, Issue 1, 2020, Pages 64-66, ISSN 1695 4033, <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.05.005>.
2. M. Mitjavila, M.A. Balsa, I. Roca, Gammagrafía ósea en pediatría, Revista Española de Medicina Nuclear, Volume 23, Issue 4, 2004, Pages 289-302, ISSN 0212-6982, [https://doi.org/10.1016/S0212-6982\(04\)72304-6](https://doi.org/10.1016/S0212-6982(04)72304-6).
3. Orlando Wevar. Tumores benignos formadores de hueso. Medwave 2003 Oct;3(9):e3272 doi: 10.5867/medwave.2003.09.3272
4. Angel Luis Bueno Horcajadas. Tratamiento percutáneo por radiofrecuencia del osteoma osteoide. Tesis doctoral. Madrid, 2017
5. Serafín García Mata. Tratamiento percutáneo del osteoma osteoide mediante ablación por radiofrecuencia guiada por TC, en niños y adolescentes. Gaceta médica de Bilbao Vol. 107. Núm. 4. Páginas 115-122 (Octubre - Diciembre 2010). DOI: 10.1016/S0304-4858(10)70031-7
6. M.J. Moreno-Martínez, M.J. Moreno-Ramos, M.J. Díaz-Navarro, L.F. Linares-Ferrando Osteoma osteoide pélvico simulando sacroileitis Reumatol Clin, 12 (2016), pp. 173-179
7. Post eraro A, Dupuy D, Mayo-Smit h W. Radiofrequency ablation of bony metast at ic disease. Clin Radiol. 2004; 59: 803-11.
8. Jaf f e HL. Ost eoid ost eoma, a benign osteoblastic tumor composed of osteoid and a typical bone. Arch Surg. 1935; 31: 709.
9. Lawrie TR, At erman K, Sinclair AM. Painless osteoid osteoma: a report of two cases. J Bone Joint Surg. 1970; 52-A: 1357-63.
10. Schulman I, Dorf man HD. Nerve fibers in ost eoid ost eoma. J Bone Joint Surg. 1970; 52-A: 1351-6.
11. Sung KS, Seo JS, Shim JS, Lee YS. Compu ed-tomography- guided percutaneous radiof requency thermoablation for the treat ment of ost eoid ost eoma 2 t o 5 years f ollow-up. Int Orthop (SICOT). 2009; 33: 215-8.