

PRESENTACION DE ENFERMOS, RADIOGRAFIAS E INSTRUMENTOS

Osteoma osteoide. Resección percutánea con tomografía computada

Dres. DOMINGO L. MUSCOLO, GUSTAVO PINEDA-ACERO y OSVALDO VELAN*

Resumen: *Hacemos la presentación de resección percutánea de osteoma osteoide con tomografía computada en dos pacientes. Ambos casos se realizaron con control de cortes de tomografía computada previos y durante el procedimiento, realizando la resección del nido con una sola toma, comprobándose con cortes tomográficos al final del procedimiento.*

Summary: *We present the percutaneous resection of an osteoid osteoma under computed tomography in two patients. Both procedures were performed under control with scan cuts before and during the technique carrying out the resection of the nidus in one procedure; the resection was verified with final scan cuts control.*

INTRODUCCION

El osteoma osteoide es un tumor óseo benigno^{2,10} que se presenta con más frecuencia en los huesos largos^{5,8,10}. Generalmente el tratamiento indicado es la resección quirúrgica del nicho^{2,4,7,9}, ya sea mediante su resección en block, con bajo índice de recidiva pero aumentada morbilidad, o mediante su resección intralesional

y curetaje con menos morbilidad pero mayor incidencia de recidiva^{2,7,10}.

Se presenta un método terapéutico mediante la resección percutánea del tumor, guiada por cortes de tomografía computada^{1,6,10} en dos pacientes que consultaron en el Servicio de Ortopedia del Hospital Italiano de Buenos Aires.

PRESENTACION DE CASOS

Paciente 1. Sexo femenino, 19 años de edad, con gonalgia izquierda de un año de evolución. Consultó en marzo de 1991 con dolor nocturno que cedía con la ingesta de hasta tres aspirinas por día. Estudios previos radiológicos de rodilla y columna lumbosacra resultaron normales. Fue tratada hasta el momento de consulta al Hospital Italiano con kinesiología, fisioterapia y antiinflamatorios, con diagnóstico de lumbalgia. Se inició el estudio con radiografía de pelvis, centellograma óseo total y tomografía axial computada por persistencia de los síntomas⁸. En la radiografía simple (Figura IA) se halló una lesión osteolítica de la metafisis proximal del fémur izquierdo, rodeada por un pequeño halo de esclerosis. El examen tomográfico (Figura IB) mostró una lesión osteolítica ubicada en la cortical de la cara anterior del fémur izquierdo. La lesión, de aproximadamente 4 mm de diámetro, presentaba un contorno escleroso y se expandía hacia la superficie del hueso conformando un pequeño borde convexo. El estudio centellográfico presentó un foco hipercaptante a nivel intertrocanterico del fémur³.

* Servicio de Ortopedia, Hospital Italiano de Buenos Aires.



Fig. IA. Radiografía de cadera izquierda, frente, que evidencia una lesión osteolítica de la metáfisis proximal del fémur, rodeado por un pequeño halo de esclerosis.



Fig. IB. Tomografía computada: lesión osteolítica ubicada en la cortical de la cara anterior de la metáfisis del fémur izquierdo. La lesión presenta un contorno escleroso y se expande hacia la superficie del hueso.



Fig. IIA. Radiografía de cadera derecha, frente, que evidencia una imagen osteolítica con bordes esclerosos en la metáfisis superior del fémur.



Fig. IIB. Imagen tomográfica de la lesión osteolítica ubicada en la cortical anterior del fémur, rodeada de un borde escleroso.

Paciente 2. Sexo masculino, 24 años de edad, que consultó en mayo de 1991 por gonalgia derecha intermitente de varios meses de evolución. Sus síntomas cedían con la ingesta de hasta tres aspirinas por día. Presentaba una gonalgia, por lo que fue enviado a nuestro hospital a efectos de realizar una artroscopía de rodilla. Las radiografías de la rodilla fueron normales y por persistencia de los síntomas se inician estudios con rayos X de la pelvis y centellografía. La radiografía simple (Figura IIA) mostró una imagen osteolítica con bordes esclerosos en la base del cuello femoral; el centellograma evidenció, coincidiendo con la imagen radiográfica, un foco hipercaptante a nivel del tercio proximal del fémur. Se completó el estudio con una tomografía axial computada (Figura IIB) que mostró una lesión osteolítica ubicada en la cortical anterior del fémur, de aproximadamente 4 mm de diámetro, rodeada de un borde escleroso.

En ambos casos se indicó una resección percutánea bajo guía con tomografía computada.

Se utilizó un tomógrafo CT MAX GE, con cortes de 5 mm de espesor que fueron guiados por radiografías digitales. Se realizó anestesia peridural en ambos casos.

TECNICA

A. Localización de la lesión

A partir de las radiografías, el centellograma óseo total y la tomografía axial computada, se localizó la lesión mediante cortes tomográficos seriados. A partir de una marca metálica colocada en la superficie de la piel se seleccionó el punto de entrada, la vía de acceso, la angulación que debía llevar el instrumental y su profundidad.

B. Marcación

Con estos parámetros se procedió a la punción percutánea con un alambre de Kirschner colocando la punta en el centro de la lesión (Figuras IC y IIC).

C. Colocación del instrumental

Se efectuó una incisión en la piel de aproximadamente 2 cm y utilizando el alambre como guía se introdujeron dilata- dores tubulares, de diferentes calibres, y una trefina de 10 mm de diámetro, hasta la superficie de la lesión. Una vez ubicada se retiraron el alambre de Kirschner y los dilata- dores.



Fig. IC. Marcación del osteoma osteoide bajo tomografía con clavo de Kirschner.



Fig. IIC. Marcación del osteoma osteoide bajo tomografía con clavo de Kirschner.



Fig. ID. Control tomográfico de la resección final del tumor.



Fig. IID. Control tomográfico de la resección final del tumor.



Fig. IE. Radiografía de cadera izquierda, frente. Control postquirúrgico, observándose la resección del área patológica.



Fig. IIE. Radiografía de cadera derecha, frente. Control postquirúrgico, observándose la resección del área patológica.

D. Resección percutánea

Se acopló la trefina a un motor de revoluciones graduables y se profundizó aproximadamente 1 cm dentro de la cortical del hueso. En el primer paciente se repitió la operación en dos áreas vecinas, enviando todo el material para su estudio histopatológico. En el segundo se realizó la resección de un solo taco óseo (Figs. ID, IID).

Se tomaron rayos X postquirúrgicos, observándose la resección del área patológica (Figs. IE, IIE).

El diagnóstico final histopatológico de los dos pacientes fue de osteoma osteoide.

La recuperación de ambos pacientes fue rápida, deambulando con descarga antes de las 24 horas.

En ambos casos la remisión del cuadro clínico fue inmediata y completa hasta la fecha.

CONCLUSION

1) El diagnóstico del osteoma osteoide mediante la radiografía simple, el centellograma óseo total y la tomografía computada da una mejor orientación tridimensional con respecto al tumor y su localización.

2) Se seleccionaron dos casos en los cuales la localización del nido fue superficial.

3) Se realizó la resección percutánea bajo control en tomografía computada, lo que disminuye la morbilidad, el tiempo de

internación, costo hospitalario, y permite una deambulación precoz del paciente.

4) La resección del nicho se hace en block.

5) El uso de la tomografía axial computada permite realizar cortes y reconstrucciones a nivel del nicho durante y al finalizar el procedimiento, confirmando la resección completa del mismo.

BIBLIOGRAFIA

1. Gamba JL, Martínez S, Apple J et al: Computed tomography of axial skeletal osteoid osteomas. *Am J Roentgenol* 142: 769-772, 1984.
2. Healey JH, Ghelman B: Osteoid osteoma and osteoblastoma. Current concepts and recent advances. *Clin Orthop* 204: 76-85, 1978.
3. Helms CA: Osteoid osteoma. The double density sign. *Clin Orthop* 222: 167-173, 1987.
4. Reis ND, Zinman C, Resser MIB et al: High-resolution computerized tomography in clinical orthopaedics. *JBJS* 64-B: 20-24, 1982.
5. Schajowicz F: Tumores y lesiones pseudotumorales de huesos y articulaciones. Tumores formadores de tejido óseo, pp 36-72. Panamericana, Buenos Aires, 1990.
6. Schlesinger AE, Hernández RJ: Intracapsular osteoid osteoma of the proximal femur: findings on plain film and CT. *Am J Roentgenol* 154: 1241-1244, 1990.
7. Sim FH, Dahlin DC, Beabout JW: Osteoid-osteoma: diagnostic problems. *JBJS* 57-A: 154-158, 1975.
8. Swee RG, McLeod RA, Beabout JW: Osteoid osteoma. Detection, diagnosis and localization. *Radiology* 130: 117-123, 1979.
9. Toni A, Calderoni P: Gli osteomi osteoidi metafisari intracapsulari dell'anca. *Giorn Ital Ortop Traumat* 9: 519-524, 1983.
10. Voto SJ, Cook AJ, Weiner DS et al: Treatment of osteoid osteoma by computed tomography guided excision in the pediatric patient. *J Pediatr Orthop* 10: 510-513, 1990.