


	OSTEOMA OSTEOIDE		CODIGO 05-1-OD-003	
	TIPO DE DOCUMENTO	AREA RESPONSABLE MISIONAL	VERSION 1	
			VIGENTE	

TABLA DE CONTENIDO

1. Objetivo
2. Introducción
3. Definición
4. Localización
5. Tratamiento
6. Clínica
7. Bibliografía

	OSTEOMA OSTEODE		CODIGO 05-1-OD-003	
	TIPO DE DOCUMENTO	AREA RESPONSABLE MISIONAL	VERSION 1	
			VIGENTE	

OBJETIVO:

Documentar y orientar al personal de salud asistencial sobre el Osteoma osteoide; con el fin de tener una guía rápida de consulta para aplicar el proceso de atención en el servicio de cirugía al paciente que lo requiera y así brindar una atención segura

Introducción

Prácticamente cualquier hueso puede estar afectado, pero con mayor frecuencia en la cortical de la metáfisis de los huesos largos de las extremidades inferiores solo afecta en un 10 % a la columna vertebral. El tumor puede asentar en el hueso cortical o esponjoso, lo que provoca un aspecto radiológico distinto; el 5 % de los osteomas osteoides son subperiósticos. Se han descrito focos multicéntricos, aunque nunca se ha demostrado ningún cambio maligno.



Las radiografías habituales son con frecuencia diagnósticas, aunque es necesario realizar gammagrafía ósea, tomografía computarizada y resonancia magnética, para localizar la lesión con más exactitud. La tomografía axial computarizada (TAC) puede detectar el nido donde la radiografía solo muestra esclerosis y engrosamiento. La gammagrafía es útil para detectar pequeñas lesiones, donde el signo de la doble densidad de captación del trazador es sugestivo del tumor. La imagen consiste en un área focal de actividad aumentada con una segunda región más pequeña y superpuesta en la que hay una mayor captación ¹, se han descrito algunos casos con gammagrafía negativa y es en esos casos donde la resonancia magnética adquiere un gran valor por su poder de resolución.

Definición

El osteoma osteoide es un tumor óseo benigno, que no tiene potencial de crecimiento por lo que su tamaño no supera 1,5 cm pese a que la esclerosis que lo rodea le da un aspecto mayor. Afecta con mayor frecuencia a los varones jóvenes, la mayoría aparecen en las tres primeras décadas de la vida sobre todo entre los 10 y 20 años de edad, aunque se han descrito lesiones ocasionales en pacientes mayores.

Localización

El sitio más común es el fémur proximal, y la diáfisis de huesos largos (sobre todo tibia proximal). Menos frecuente: el pie (talus, navicular, o calcáneo) y en la columna dorsal, pero ningún hueso está a salvo.

	OSTEOMA OSTEODE		CODIGO 05-1-OD-003	
	TIPO DE DOCUMENTO	AREA RESPONSABLE MISIONAL	VERSION 1	
			VIGENTE	

Tratamiento

La resección a menudo es necesaria para aliviar el dolor y obtener la confirmación histológica. El tratamiento tradicional consiste en la resección abierta, en bloque, cuyas mayores dificultades son la localización del nido y la desproporción del abordaje quirúrgico respecto al tamaño de la lesión. Recientemente se han propuesto alternativas percutáneas, como la resección guiada por TC, la termocoagulación con radiofrecuencia y la coagulación con láser. La resección percutánea guiada por TC es una técnica de radiología intervencional, que se utiliza cada vez con mayor frecuencia. Publicamos nuestra experiencia en pacientes tratados con esta técnica.

Clínica

Su manifestación clínica típica es el dolor nocturno, que responde con ácido acetilsalicílico.

DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

Las radiografías convencionales pueden ser normales en osteomas osteoides de ubicación espinal, siendo localizado más precisamente por gammagrafía, la cual debería completarse con TAC, ya que ésta localiza mejor el nido.



En TAC el nido se aprecia como una bien definida, redondeada u oval lesión de baja densidad con calcificación central en 50% de los casos y variable esclerosis ósea perilesional.

Esclerosis ósea reactiva puede regresar luego de la resección del nido. La TAC es más específica que la RMI en el diagnóstico de esta lesión.

El nido se demuestra hipointenso y ocasionalmente isointenso en RMI T1 y varía de hipo a hiperintenso en T2. La calcificación del nido es hipointenso en ambas secuencias, lo mismo que el tejido óseo reaccional, pudiendo observarse una lesión de apariencia concéntrica en anillo con un área central hipointensa que representa la calcificación dentro del nido, un anillo periférico de señal intermedia iso-hiperintensa por el nido no calcificado y un anillo externo hipointenso por el hueso reactivo esclerótico. De tal manera que las áreas hipointensas representan calcificación y las áreas hiperintensas estroma fibrovascular.

El edema de medula ósea es mínimo o ausente. Un moderado a marcado refuerzo con gadolinio se observa en el nido, el cual no siempre es aparente en RMI.

Estudios gammagráficos son siempre positivos en casos de osteoma osteoide. El SPECT puede mostrar la lesión más precisamente en su ubicación, teniendo una captación central alta que corresponde al nido.

	OSTEOMA OSTEOIDE		CODIGO 05-1-OD-003	
	TIPO DE DOCUMENTO	AREA RESPONSABLE MISIONAL	VERSION 1	
			VIGENTE	

Bibliografía

<http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid>

http://www.arturomahiques.com/osteoma_osteoides.htm

http://www.elrincondelamedicinainterna.com/2008/08/cual-es-el-diagnostico_28.html