

Osteoma osteoide, una presentación poco frecuente. Reporte de caso

Osteoid osteoma, an unusual presentation. Case report

Eneas A. Cuels, Agostina Domato*, Julián Sosa-Abad, Flavia G. Barrera, Claudio Milicchio, Ma. Maira Fernández

Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Clínica Colón, Mar del Plata, Argentina

Estimados editores:

El osteoma osteoide es una lesión tumoral benigna, compuesta por un nido (el tumor propiamente dicho) que no suele superar los 2 cm de diámetro. En el centro presenta tejido conectivo altamente vascularizado, rodeado de esclerosis reactiva, engrosamiento cortical y edema óseo¹.

Es el tercer tumor benigno más frecuente después del osteocondroma y el fibroma no osificante. Epidemiológicamente, constituye el 2-3% de los tumores óseos. El rango etario suele ser entre los 10 y 25 años, con mayor predilección en hombres¹.

Suele tener una presentación clínica típica, que se caracteriza por dolor en reposo, que es más intenso por la noche. En el 90% de los casos, el dolor se alivia con salicilatos o antiinflamatorios no esteroideos².

El tipo más común son las lesiones intracorticales (75%), luego las lesiones medulares (20%) y por último las subperiósticas/endósticas (5%). Las lesiones intracorticales suelen localizarse en la diáfisis o la metáfisis de los huesos tubulares largos, como la tibia y el fémur. Los tumores medulares tienen con mayor frecuencia una ubicación yuxtaarticular y a menudo se observan en el cuello femoral, las manos, los pies y los elementos posteriores de la columna².

Los estudios de imágenes desempeñan un rol fundamental para poder llegar al diagnóstico. En la radiografía (RX) puede observarse reacción perióstica sólida con

engrosamiento cortical. El nido a veces es visible como una región radiolúcida bien delimitada, con un centro esclerótico puntiforme².

La tomografía computarizada (TC) es un método útil para caracterizar la lesión, siendo la modalidad de elección para el diagnóstico. Por lo general, muestra un nido focalmente translúcido dentro del hueso reactivo esclerótico, visualizando también el centro esclerótico puntiforme³.

La resonancia magnética (RM) es sensible, pero no específica, e incluso puede que no llegue a identificar el nido. La hiperemia y el patrón de edema de médula ósea pueden hacer que las imágenes se interpreten erróneamente, simulando una patología agresiva^{3,4}.

A continuación, compartimos el caso de un paciente de 9 años que consulta por dolor inespecífico en la región metacarpiana del tercer dedo tras un traumatismo mientras realizaba deporte. Se realiza RX de mano que muestra un marcado engrosamiento cortical con una imagen radiolúcida central (Fig. 1), por lo que se sugiere realizar estudios de mayor complejidad.

Luego del primer acercamiento diagnóstico, se realiza una TC en la que se observa alteración morfológica de la región mediodiafisaria del tercer hueso metacarpiano, con marcada reacción perióstica periférica que aumenta su espesor presentando un área hipodensa en su cara palmar con un pequeño foco óseo cortical central (Fig. 2).

*Correspondencia:

Agostina Domato
E-mail: agosdomato@gmail.com

Fecha de recepción: 29-01-2025

Fecha de aceptación: 07-04-2025

DOI: 10.24875/RAR.25000006

Disponible en internet: 20-06-2025
Rev Argent Radiol. (Ahead of print)

www.revistar.com

1852-9992 / © 2025 Sociedad Argentina de Radiología (SAR) y Federación Argentina de Asociaciones de Radiología, Diagnóstico por Imágenes y Terapia Radiante (FAARDIT). Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

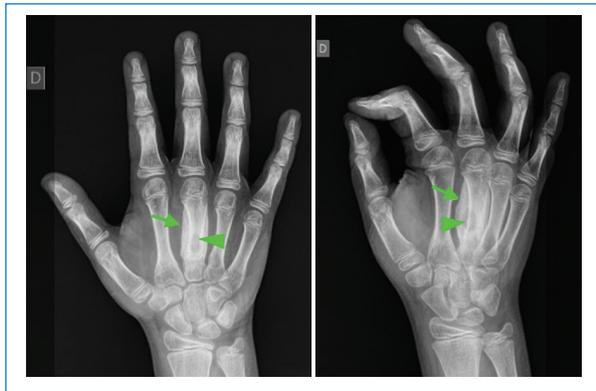


Figura 1. RX de mano derecha, anteroposterior y oblicua, donde se observa una alteración morfológica del tercer metacarpiano con marcado engrosamiento cortical (flecha) en la región mediodiafisaria, con imagen radiolúcida central (punta de flecha).

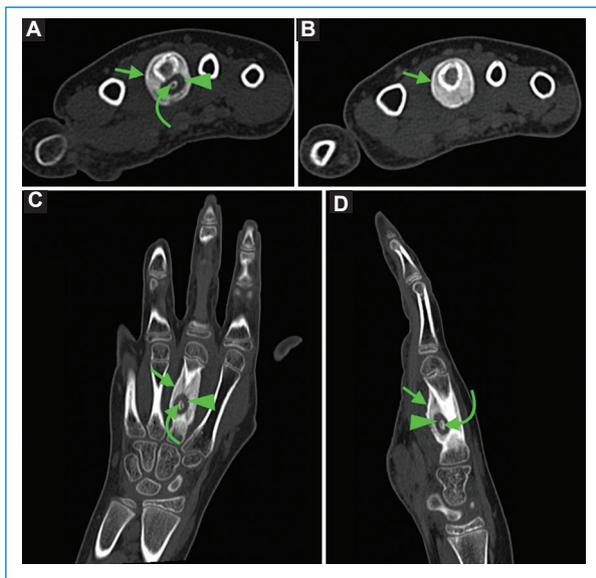


Figura 2. TC de mano derecha, axial (A y B) y reconstrucciones coronal (C) y sagital (D), donde se observa una alteración morfológica del tercer metacarpiano con reacción perióstica periférica (flecha) que aumenta el espesor cortical, presentando un área radiolúcida (punta de flecha) en su cara palmar con un pequeño foco óseo cortical central (flecha curva).

A continuación se realiza una RM, en la que además de los hallazgos visualizados con los métodos anteriores se observa, en las secuencias ponderadas en T2-STIR, una hiperintensidad adyacente al tercer metacarpiano sugere de tumefacción-edema de tejidos blandos (Fig. 3).

Tras los hallazgos imagenológicos, siendo el osteoma osteoide el diagnóstico presuntivo, el médico solicitante solicita biopsia, que se informa como lesión que

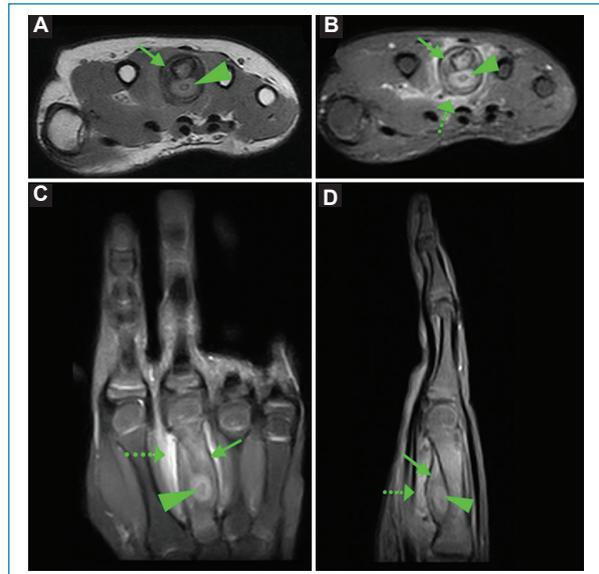


Figura 3. RM de mano derecha con secuencia ponderada en T1 axial (A) y STIR axial (B), coronal (C) y sagital (D), donde se observa en tercio proximal de la diáfisis del tercer metacarpiano una imagen focal (punta de flecha), ovoidea, isointensa en T1 e hiperintensa en STIR con respecto a la señal de la médula ósea, con apariencia en diana, que expande la cortical palmar y asocia marcada reacción perióstica de aspecto sólido (flecha). También se observa edema de partes blandas adyacentes (flecha discontinua).

determina tejido óseo trabecular inmaduro con abundantes osteoblastos y trabéculas óseas engrosadas, con signos de remodelación, separadas por estroma fibroso, compatibles con las partes central y periférica de un osteoma osteoide.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki. Los

procedimientos fueron autorizados por el Comité de Ética de la institución.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los protocolos de confidencialidad de su institución, han obtenido el consentimiento informado del paciente, y cuentan con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER, según la naturaleza del estudio.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de

inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Bibliografía

1. Tepelenis K, Skandalakis GP, Papatlanakos G, Kefala MA, Kitsouli A, Barbouti A, et al. Osteoid osteoma: an updated review of epidemiology, pathogenesis, clinical presentation, radiological features, and treatment option. *In Vivo*. 2021;35:1929-38.
2. Lobo García M, García García A, Vargas Díaz A, Barjau JJ, Del Valle Rodríguez Flores P, Serón Luna JM, et al. Hallazgos en imagen del osteoma osteoide. *Seram*. 2022;1:36.
3. Chai JW, Hong SH, Choi JY, Koh YH, Lee JW, Choi JA, et al. Radiologic diagnosis of osteoid osteoma: from simple to challenging findings. *Radiographics*. 2010;30:737-49.
4. Greenspan A, Jundt G, Remagen W. *Differential diagnosis in orthopaedic oncology*. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2007. 542 p.