

Imagens

Filipe Macedo¹

Criança do sexo masculino, 10 anos de idade, referindo dor na anca esquerda, desde há cerca de 2 meses, de predomínio nocturno, agravada pelo exercício e aliviada pelos salicilados. Faz RX cujos achados motivaram o pedido de TC.

Perante estas imagens:

Qual o diagnóstico?



Figura 1- RX das articulações coxofemorais face



Figura 2 - TC do fémur proximal esquerdo, detalhe de reconstrução coronal

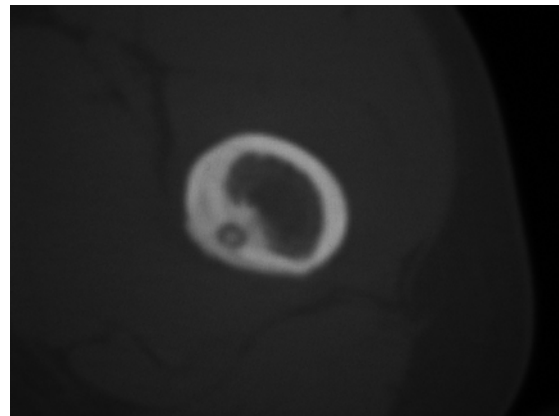


Figura 3 - TC do fémur proximal esquerdo, corte axial

¹ Especialista em Radiodiagnóstico – SMIC
Porto

DISCUSSÃO

A figura 1 mostra espessamento regular da cortical óssea da vertente interna da diáfise do fémur proximal direito, sem outras alterações nomeadamente na anca esquerda. As figuras 2 e 3 mostram a presença de um pequeno nidus lucente no interior da área de esclerose. Estes achados são compatíveis com *osteoma osteóide*.

O osteoma osteóide é uma neoplasia osteoblástica benigna, de etiologia desconhecida. É constituída por uma área central de tecido osteóide vascular e uma zona periférica de osso esclerótico. Tem geralmente menos de 1,5 cm de maior diâmetro.

Pode aparecer em qualquer osso mas é mais frequente no esqueleto apendicular, sobretudo nos ossos longos dos membros inferiores. É muito raro no crânio e face. Quando na coluna atinge preferencialmente os elementos posteriores.

Cerca de 75% ocorrem entre os 5 e os 30 anos, sendo raro antes dos 5 anos e depois dos 40 anos. Tem predileção pelo sexo masculino⁽¹⁾.

Apesar de serem lesões pequenas e que raramente progridem, causam sintomas por vezes debilitantes que geralmente requerem intervenção⁽²⁾.

Clinicamente manifesta-se de forma típica por dor local com agravamento nocturno e com esforço e alívio com anti-inflamatórios não esteróides⁽³⁾. Na coluna pode causar escoliose dolorosa.

IMAGIOLOGIA

RX simples

É o primeiro exame a realizar. Geralmente observa-se lucência oval ou redonda com menos de 1 cm de diâmetro (nidus), rodeada por um halo esclerótico e espessamento da cortical. O nidus pode ser totalmente lítico ou ter calcificações. A lesão pode ser difícil de detectar quando na coluna ou em localização intraarticular (nesses casos, a esclerose é escassa).

TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA (TC)

É mais eficaz que o RX. Permite a localização precisa do nidus quando o RX é inconclusivo. Permite também guiar a ablação percutânea.

CINTILOGRAFIA (TEC 99)

É bastante sensível, mostrando hipercaptação no local do tumor.

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Excepto nas lesões do osso trabecular é menos sensível que a TC⁽⁴⁾. O edema da medula óssea e das partes moles vizinhas pode simular uma lesão mais agressiva, nomeadamente osteomielite ou tumor maligno – pode ser útil complementar com TC⁽⁵⁾.

Na suspeita clínica de osteoma osteóide a abordagem imagiológica deve pois contemplar primeiro o RX simples e depois a TC.

TRATAMENTO

A lesão não tem potencial de malignização. Geralmente não cresce e pode mesmo regredir espontaneamente.

As técnicas mais utilizadas são a ressecção cirúrgica ou ablação por radiofrequência guiada por TC.

Nascer e Crescer 2007; 16(2): 103-104

BIBLIOGRAFIA

1. Dorfman HD, Czerniak B. Bone tumors. St Louis Mosby 1998.
2. Rosenthal D, Hornicek F, Torriani M et al. Osteoid osteoma: percutaneous treatment with radiofrequency energy. Radiology 2003; 229: 171-175
3. Resnick D, Kyriakos M, Greenway G. Tumours and tumour-like lesions of the bone: imaging and pathology of specific lesions. Resnick D, Niwayama G. Diagnosis of bone and joint disorders. Philadelphia: WB Saunders 1988: 3621
4. Assoun J, Richarfi G, Raillac JJ et al. Osteoid osteoma: MR imaging versus CT. Radiology 1994; 191: 217-223
5. Davies M, Cassar-Pullicino VD, Davies AM, McCall IW, Tyrell PN. The diagnostic accuracy of MR imaging in osteoid osteoma. Skeletal Radiol 2002; 31 (10): 559-569