

Qual o seu diagnóstico? • Which is your diagnosis?

Sérgio Daher¹, Murilo Tavares Daher², Wilson Eloy Pimenta Júnior³, Márcio Martins Machado⁴, Renato Tavares Daher⁵, Ricardo Tavares Daher⁶

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia da Coluna Vertebral do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (DOT-FM/UFG), Goiânia, GO, Brasil. 1. Médico Ortopedista, Chefe do Serviço de Cirurgia da Coluna Vertebral do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (DOT-FM/UFG), Goiânia, GO, Brasil. 2. Membro da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT), Estagiário do Grupo de Escoliose da Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD), São Paulo, SP, Brasil. 3. Médico Neurocirurgião, Assistente do Serviço de Cirurgia da Coluna Vertebral do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (DOT-FM/UFG), Goiânia, GO, Brasil. 4. Doutor, Radiologista do Hospital de Acidentados de Goiânia, Goiânia, GO, Brasil. 5. Médico Residente de Radiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (FM/UFG), Goiânia, GO, Brasil. 6. Acadêmico de Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), Brasília, DF, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. Sérgio Daher. Primeira Avenida, s/nº, Setor Universitário. Goiânia, GO, Brasil, 74065-050. E-mail: daher.sergio@uol.com.br; murilodaher@uol.com.br

Daher S, Daher MT, Pimenta Júnior WE, Machado MM, Daher RT, Daher RT. Qual o seu diagnóstico? Radiol Bras. 2008;41(3):IX-X.

Paciente de 30 anos de idade, sexo masculino, motorista, há seis meses com quadro de dor lombar com irradiação para membros inferiores, principalmente à esquerda, que se intensificava com a deambulação. Ao exame físico apresentava dor e importante limitação à flexão da coluna lombar. Sem deformidades aparentes. Exame neurológico sem alterações.



Figura 1. Imagem axial de TC de L5.



Figura 2. Imagem axial de RM ponderada em T1.

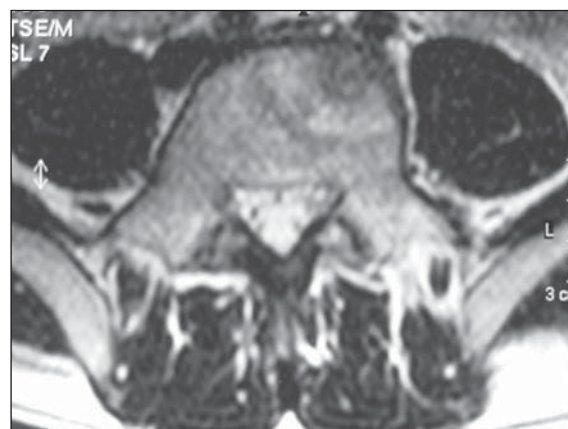


Figura 3. Imagem axial de RM ponderada em T2.



Figura 4. Imagem axial da TC pós-ressecção da lesão.

Descrição das imagens

Foram realizadas radiografia da coluna lombar, que não evidenciou alterações ósseas, e cintilografia óssea com tecnécio-99, que revelou área de hipercaptação na quinta vértebra lombar, compatível com processo osteogênico de grau moderado. A tomografia computadorizada (TC) mostrou lesão lítica na porção anterior e lateral de L5, com área esclerótica adjacente (Figura 1), que na ressonância magnética (RM) se apresentou com hipossinal nas imagens ponderadas em T1 e leve hipersinal nas seqüências ponderadas em T2 (Figuras 2 e 3).

Foi realizada excisão cirúrgica da lesão, por via anterior, retroperitoneal, com retirada completa da lesão e colocação de enxerto ósseo autógeno do íliaco. O material retirado foi enviado para análise, que evidenciou *nidus* tumoral constituído por trabéculas de tecido ósseo lamelar revestidas por osteoblastos em meio a estroma fibroso vascularizado e presença de cortical óssea adjacente com esclerose.

O paciente evoluiu com melhora da dor. Foi realizada nova TC, que confirmou a retirada completa da lesão (Figura 4).

Diagnóstico: Osteoma osteóide do corpo de L5.

COMENTÁRIOS

O osteoma osteóide, primeiramente descrito por Jaffe⁽¹⁾ em 1935, representa cerca de 10% de todos os tumores ósseos benignos, incidindo principalmente na metáfise e diáfise de ossos longos dos membros inferiores. Em 10–20% dos casos acomete a coluna vertebral, principalmente nas regiões lombares e torácicas⁽²⁻⁴⁾. É mais prevalente no sexo masculino, principalmente entre os 5 e 25 anos de idade, sendo diagnóstico diferencial importante nas dorsalgias, principalmente em crianças e adolescentes⁽⁵⁾.

Microscopicamente, apresenta nicho bem delimitado com padrão formador de osso, contendo numerosos osteoblastos produzindo osteóide e tecido ósseo. Nesse aspecto, é muito semelhante ao osteoblastoma, porém este, normalmente, é mais agressivo, sem anel esclerótico e com nicho maior que 1,5 cm em seu maior eixo^(4,6). Outros diagnósticos diferenciais são o osteossarcoma e a osteomielite.

Quando acomete o esqueleto axial, ocorre principalmente nos elementos pos-

teriores, sendo incomum a apresentação, como neste caso, no corpo vertebral^(2-4,7).

O principal sintoma é a dor, que classicamente é descrita como de padrão noturno, com boa resposta aos antiinflamatórios não-esteróides e salicilatos. Pode ou não apresentar sintomas radiculares e raramente cursa com déficit neurológico⁽²⁻⁴⁾.

Freqüentemente há escoliose associada, com curvas sem rotação, normalmente com a lesão localizando-se no ápice da deformidade, na concavidade da curva^(2,6). Quando acomete a transição lombossacra, geralmente o ápice da deformidade é cranial à lesão e existe obliquidade pélvica⁽³⁾. Apesar de localizar-se em L5, neste caso o paciente não apresentava tais deformidades.

Radiograficamente, a lesão se apresenta como área de esclerose, podendo ou não ser observado o nicho radioluscente⁽⁶⁾. Pela complexa anatomia das vértebras, a lesão é de difícil localização, podendo até não ser visualizada⁽⁴⁾. A cintilografia óssea, com aspecto hipercaptante, tem alta sensibilidade, sendo exame importante na avaliação inicial dos pacientes com dor nas costas e suspeita desta lesão⁽³⁾. Na TC, se apresenta como lesão lítica circundada por esclerose, com ou sem calcificação central. Classicamente, este é considerado o melhor método para diagnóstico e localização da lesão. Na RM pode-se observar lesão de aspecto heterogêneo, com alto sinal nas imagens ponderadas em T2, com as calcificações do nicho (quando presente) e a esclerose reativa com hipossinal em todas as seqüências. Edema na medula óssea e em partes moles pode estar presente, tendendo a simular lesões mais agressivas, como osteomielite e neoplasia maligna^(4,8).

O tratamento é cirúrgico, com a ressecção do nicho, que deve ser completa para evitar a recidiva da lesão⁽⁹⁻¹¹⁾. A ressecção pode ser realizada por via aberta⁽⁹⁻¹¹⁾ ou por procedimentos percutâneos guiados por TC⁽¹²⁻¹⁴⁾. Neste caso, foi usada a via anterior retroperitoneal, pela localização anterior no corpo vertebral, tendo sido curetada a lesão e preenchida a falha com enxerto autógeno de íliaco.

Quando localizada nos elementos posteriores e a excisão comprometer a estabilidade, artrodese deve ser realizada⁽¹¹⁾.

Para a correta localização da lesão no intra-operatório são descritos vários métodos, como a injeção pré-operatória de isó-

topo radioativo, TC do espécime, identificação com fio de Kirschner pré-operatório ou apenas radiografia intra-operatória⁽³⁾. No nosso caso, não foi realizado nenhum desses métodos, porém, durante a avaliação clínica foi observada completa curetagem do nicho, que foi confirmada pela TC de controle pós-operatório.

No osteoma osteóide o acometimento vertebral é fato relativamente incomum, tipicamente localizado nos elementos posteriores, sendo rara a localização no corpo vertebral. É causa importante de dor nas costas, particularmente em crianças e adolescentes, principalmente na presença de escoliose dolorosa.

REFERÊNCIAS

1. Jaffe HL. Osteoid osteoma: a benign osteoblastic tumor composed of osteoid and atypical bone. *Arch Surg.* 1935;31:709–28.
2. Domans JP, Moroz L. Infection and tumors of the spine in children. *J Bone Joint Surg Am.* 2007;89 Suppl 1:S79–97.
3. Crist BD, Lenke LG, Lewis S. Osteoid osteoma of the lumbar spine: a case report highlighting a novel reconstruction technique. *J Bone Joint Surg Am.* 2005;87:414–5.
4. Defino HLA, Pereira CU, Barbosa CSP. Tumores benignos e lesões pseudotumorais da coluna vertebral. Rio de Janeiro: Revinter; 2002.
5. Basile Jr R, Barros Filho TEP, Bonetti VL, et al. Dor nas costas em crianças e adolescentes. *Rev Bras Ortop.* 1994;29:144–8.
6. Ozaki T, Liljenqvist U, Hillmann A, et al. Osteoid osteoma and osteoblastoma of the spine: experiences with 22 patients. *Clin Orthop Relat Res.* 2002;(397):394–402.
7. MacLellan DI, Wilson FC Jr. Osteoid osteoma of the spine. A review of the literature and report of six new cases. *J Bone Joint Surg Am.* 1967;49:111–21.
8. Assoun J, Richardi G, Railhac JJ, et al. Osteoid osteoma: MR imaging versus CT. *Radiology.* 1994;191:217–23.
9. Maiuri F, Signorelli C, Lavano A, et al. Osteoid osteomas of the spine. *Surg Neurol.* 1986;25:375–80.
10. Pettine KA, Klassen RA. Osteoid osteoma and osteoblastoma of the spine. *J Bone Joint Surg Am.* 1986;68:354–61.
11. Avanzi O, Joilda FG, Dezen EL, et al. Tumores benignos e lesões pseudotumorais da coluna vertebral. Análise de 60 pacientes. *Rev Bras Ortop.* 1996;31:131–42.
12. Labbé JL, Clement JL, Duparc B, et al. Percutaneous extraction of vertebral osteoid osteoma under computed tomography guidance. *Eur Spine J.* 1995;4:368–71.
13. Mazoyer JF, Kohler R, Bossard D. Osteoid osteoma: CT-guided percutaneous treatment. *Radiology.* 1991;181:269–71.
14. Vanderschueren GM, Taminiau AHM, Obermann WR, et al. Osteoid osteoma: clinical results with thermocoagulation. *Radiology.* 2002;224:82–6.