

OSTEOMAS OSTEOIDES INTRAARTICULARES: UN RETO DIAGNÓSTICO.

Ion Gurutz Esnal Andueza¹, Mikel Beristain Mendizabal¹, Itsaso Barral Juez¹, Amaia Goienetxea Murgiondo¹,
Josu Badiola Molinuevo¹, Javier Cuertos Fernandez¹, Mikel Garcia Merino¹, Irati Elizasu Roteta¹.

¹Hospital Universitario Donostia, Donostia

OBJETIVO DOCENTE

Revisar las características clínicas y radiológicas de los osteomas osteoides (OO) intraarticulares, destacando las diferencias con las formas extraarticulares.

REVISIÓN DEL TEMA

Los OO intraarticulares representan alrededor del 10-13% de todos los OO.

Se localizan en la epífisis o en la porción intracapsular de los huesos.

La localización más frecuente es la cadera (especialmente el cuello femoral), seguida por el tobillo, el codo y la rodilla.

La localización dentro de la articulación dificulta significativamente su diagnóstico clínico y radiológico, lo que conlleva un retraso diagnóstico.

A diferencia de los extraarticulares, presentan dolor menos típico, a menudo sin predominio nocturno, y menor respuesta a los AINE.

Sintomatología que simula artropatía inflamatoria, con limitación dolorosa del movimiento, sinovitis y derrame articular.

Radiografía

Hallazgos sutiles, frecuentemente el nidus pasa desapercibido.

No suelen presentar el engrosamiento cortical característico de los extraarticulares.

Pueden presentar osteopenia periarticular.

El nidus, cuando es visible, aparece como una pequeña área radiolúcida.

TC

La TC es la técnica de imagen de elección, permitiendo identificar el nidus incluso en ausencia de esclerosis ósea adyacente.

Se presenta como una lesión bien delimitada, redondeada u ovalada, con densidad menor que el hueso adyacente, con calcificación central variable.

La TC es también útil para la planificación del tratamiento.

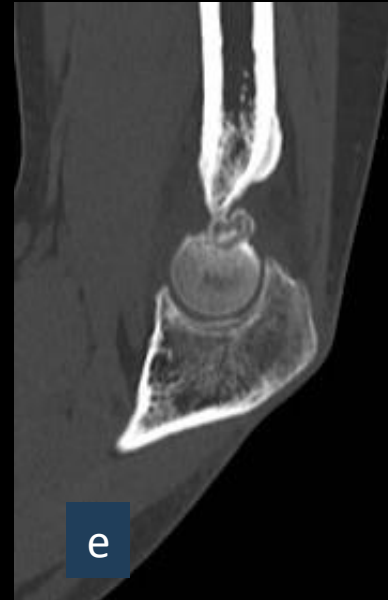
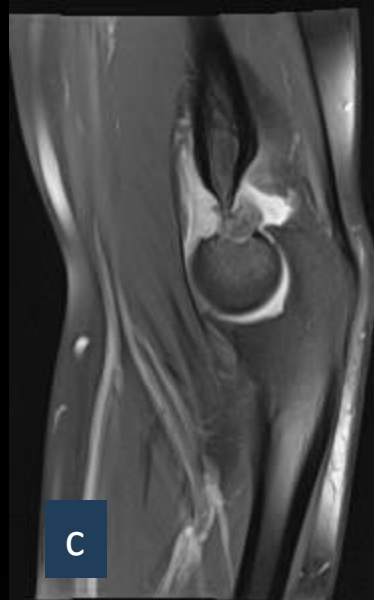
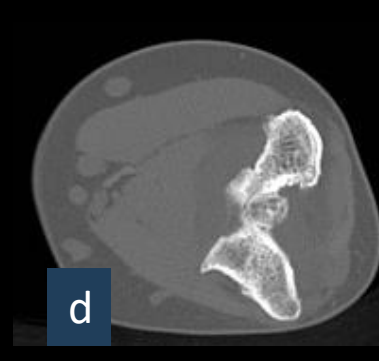
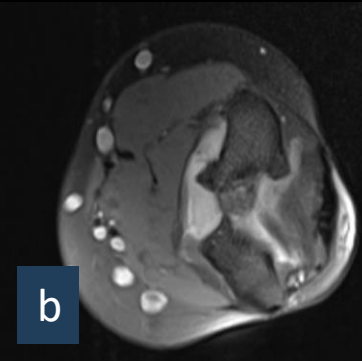
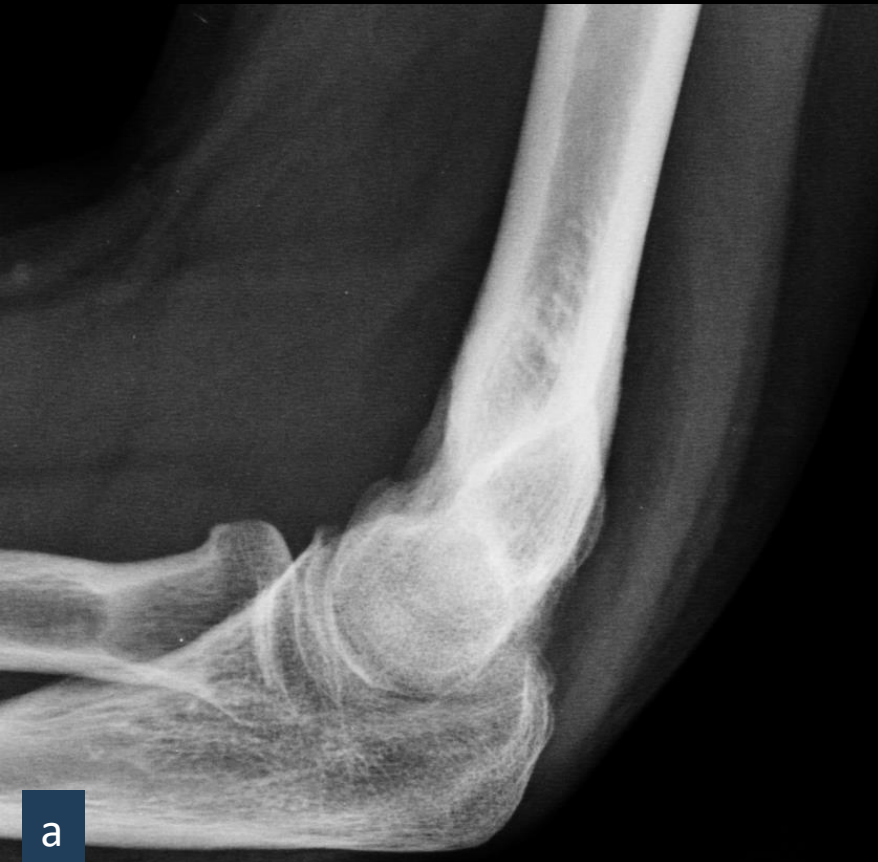
RM

Excelente para detectar cambios secundarios: Suelen manifestarse como un área de edema óseo bien definido alrededor del nidus, frecuentemente acompañado de sinovitis, derrame articular y edema de partes blandas periarticulares.

Sin embargo, la identificación del nidus puede resultar difícil.

CASO 1

Mujer de 23 años, consulta por dolor de 2 años de evolución, incluso en reposo, de predominio nocturno y que calma con AINES. A la exploración, limitación de la movilidad. Tratada previamente con fisioterapia e infiltraciones.

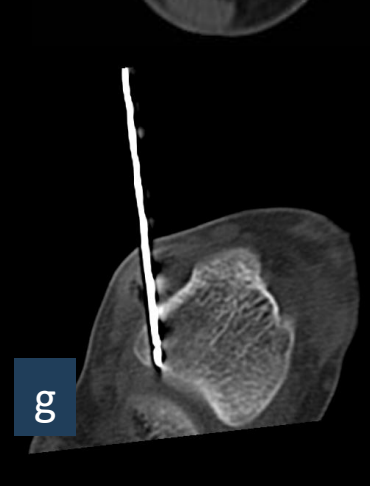
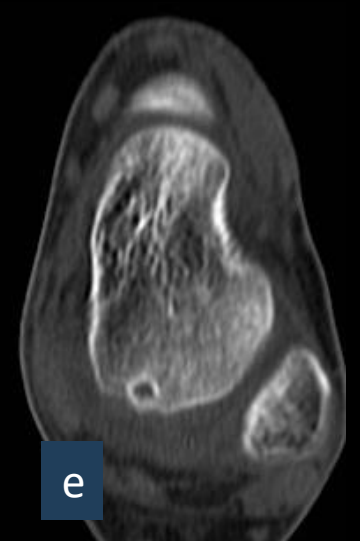
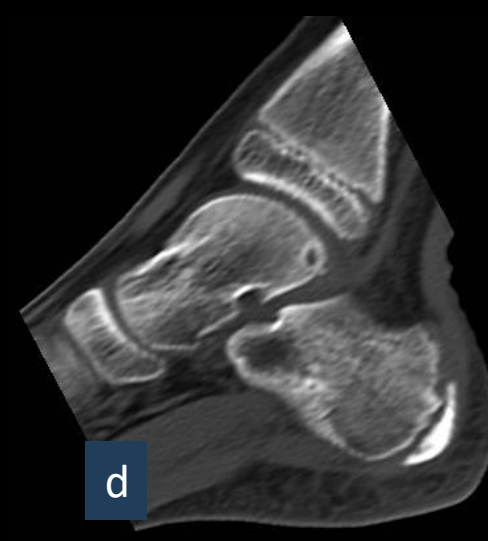
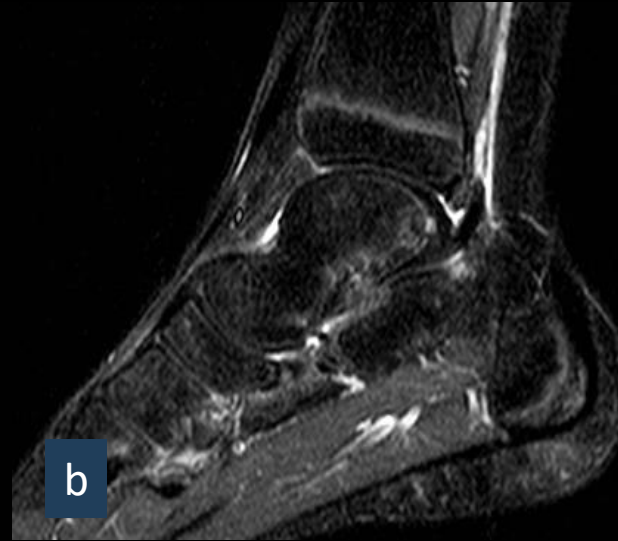
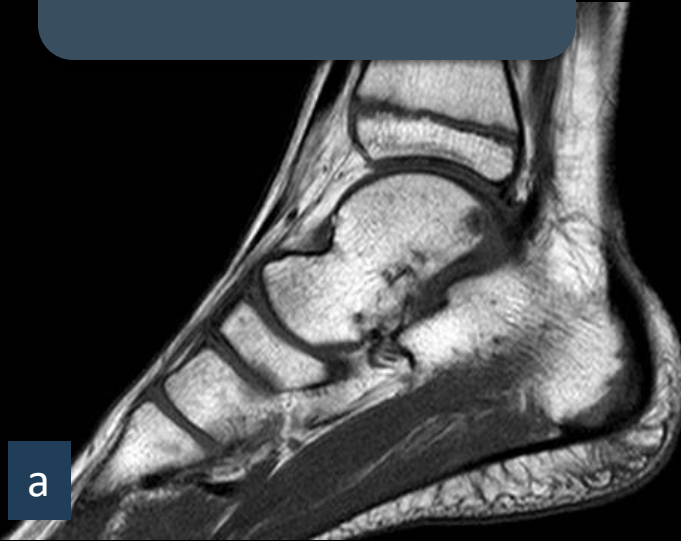


Rx lateral (a), en la que se observa derrame articular (signo de la vela y signo de la almohadilla grasa posterior). RM, DP FS axial (b) y sagital (c): en la lámina ósea entre fosa olecraniana y fosa coronoidea, lesión nodular que protruye levemente hacia la fosa olecraneana, sugestivo de OO, con derrame articular. TC, axial (d) y sagital (e): se delimita mejor el nidus, con pequeña calcificación central. Se realizó ablación guiada por TC (f).



CASO 2

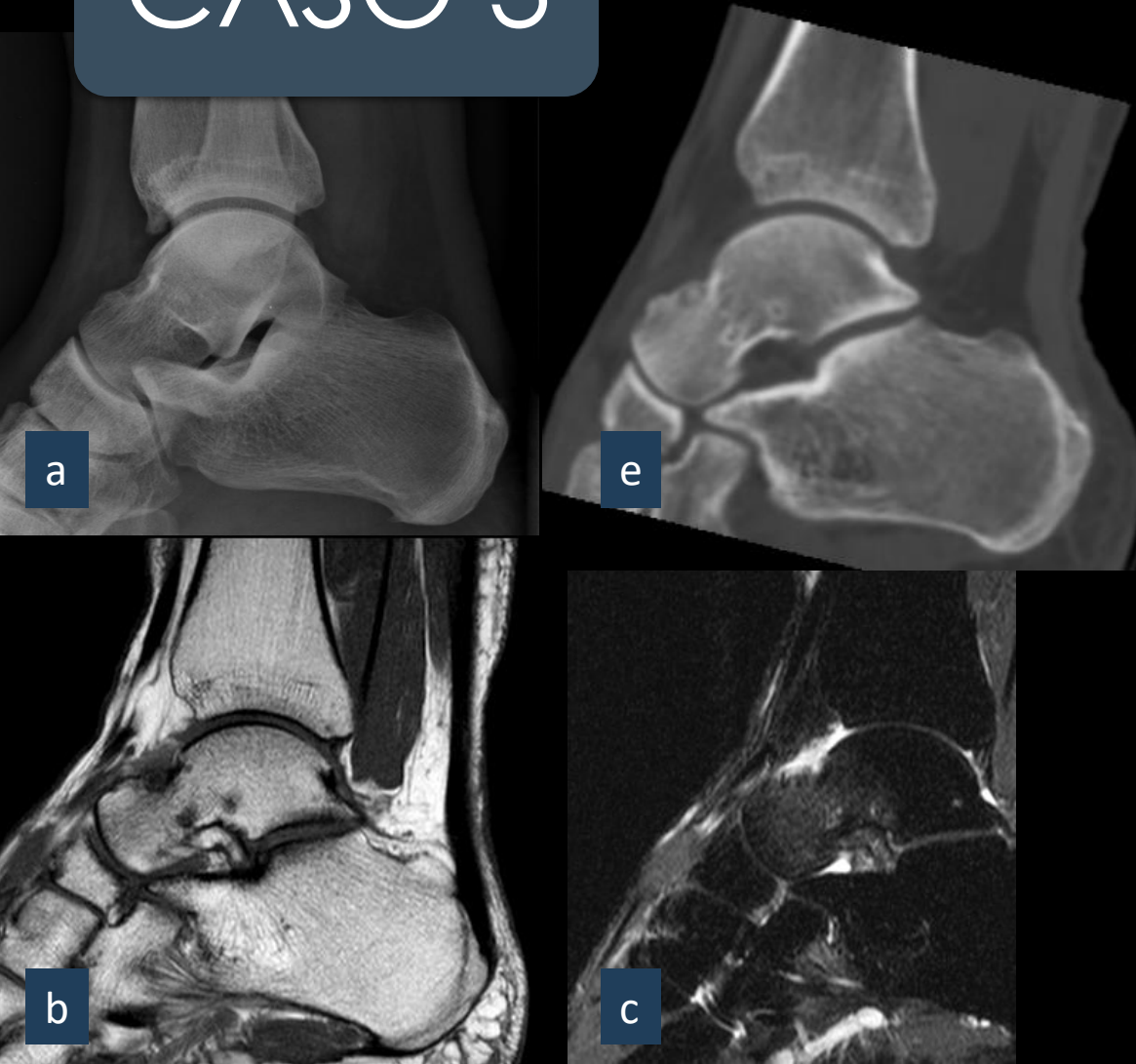
Niña de 10 años, dolor de más de 1 año de evolución, espontáneo, predominio al final del día, raramente le despierta por la noche, mejora con aspirina.



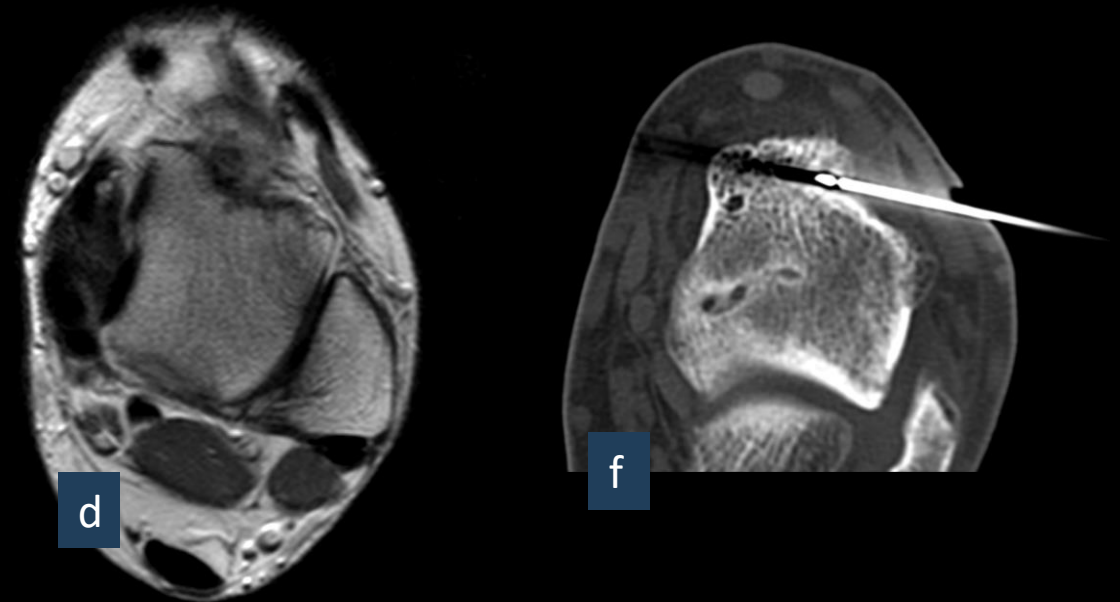
RM sagital T1 (a), STIR (b) y coronal STIR (c): pequeña lesión nodular subcondral en margen posterior de cúpula astragalina, con leve edema óseo adyacente. TC sin CIV, reconstrucción sagital (d), axial (e) y coronal (f), donde se define mejor la lesión lítica nodular de bordes bien definidos, sugestivos de corresponder con OO. Ablación guiada por TC (g), con desaparición posterior del dolor.

CASO 3

Hombre de 35 años con dolor articular tobillo, sospecha de pinzamiento anterior del tobillo.



Rx lateral tobillo (a): pequeña área nodular hipodensa en región dorsal del cuello del astrágalo. RM sagital T1 (b) y STIR (c), axial T1 (d): derrame en articulación tibioastragalina, edema óseo en cuello y cabeza del astrágalo, identificándose con dificultad una lesión nodular en el dorso del cuello del astrágalo. TC, reconstrucción sagital (e): se define mejor la lesión nodular en región dorsal del cuello del astrágalo, hipodensa, de márgenes bien definidos, con calcificación central. No reacción perióstica ni esclerosis adyacente. Ablación guiada por TC (f).



CASO 4

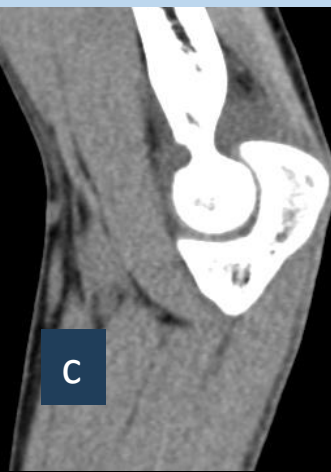
Varón de 15 años que presenta dolor y tumefacción de codo de 1 año de evolución, lo relacionó con deporte, vela de competición. Empeoramiento progresivo. Dolor nocturno que cede con AINES.



a



b



c

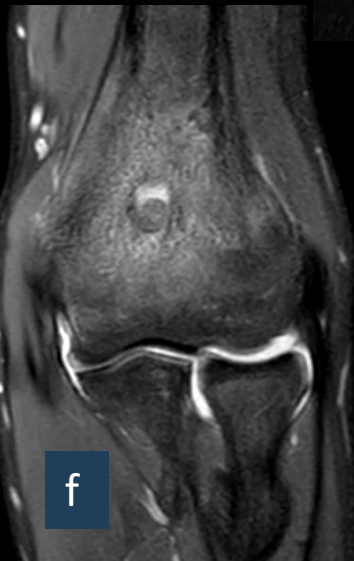


d

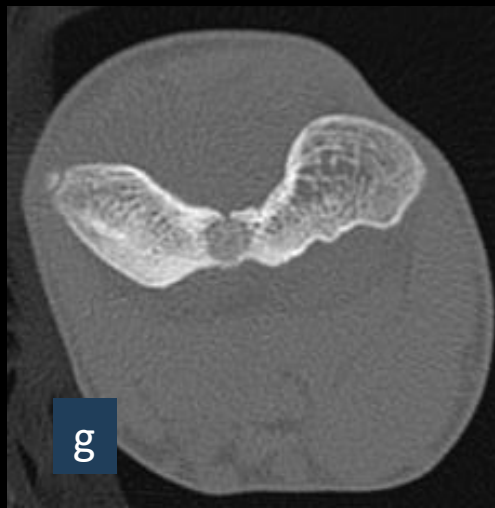
Rx lateral (a): derrame articular, signo de la vela. TC sagital (b) y (c), coronal (e) y axial (g): en metáfisis distal del humero, lesión nodular hipodensa, así como reacción perióstica sólida y continua en región medial. Con la ventana de partes blandas se intuye el derrame articular. RM, T2* sagital (d), DP FS coronal (F) y axial (h): Derrame articular y edema óseo adyacente a la lesión nodular compatible con OO. Ablación guiada con TC (i).



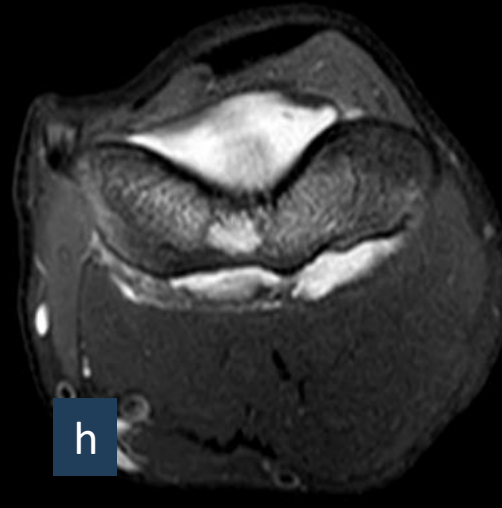
e



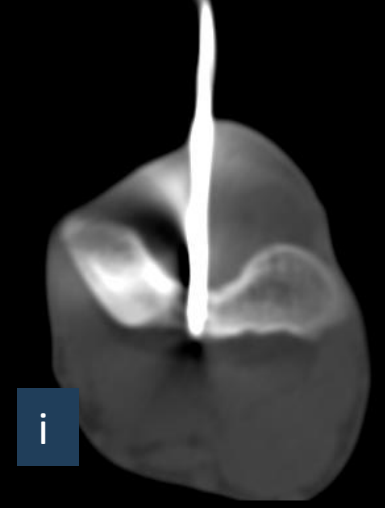
f



g



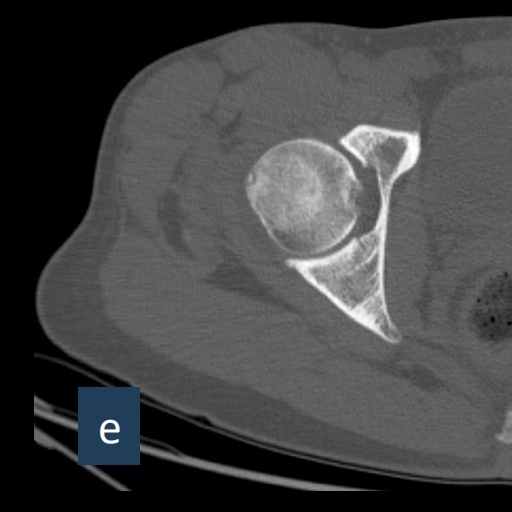
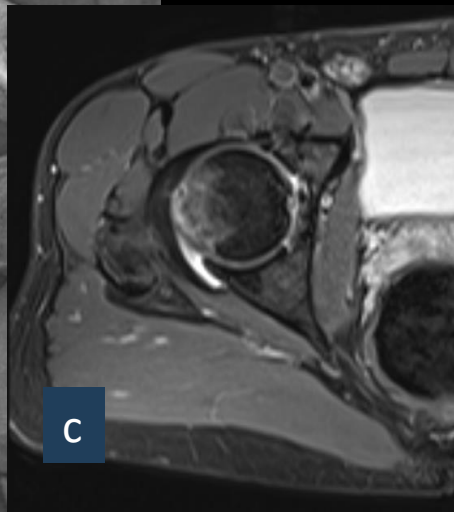
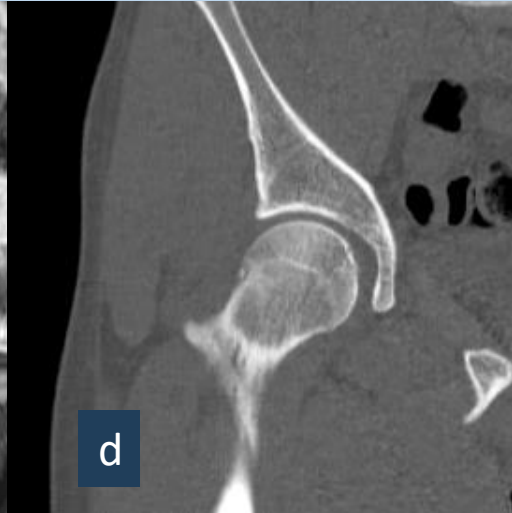
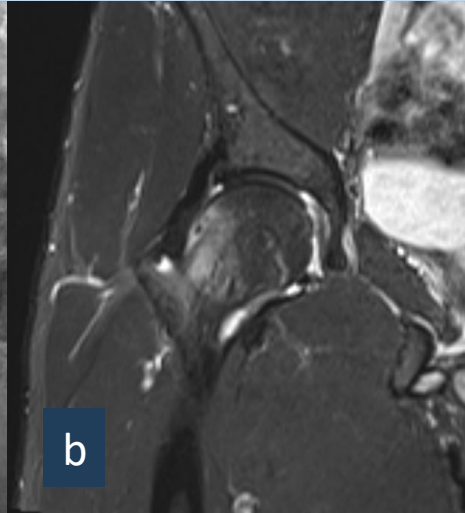
h



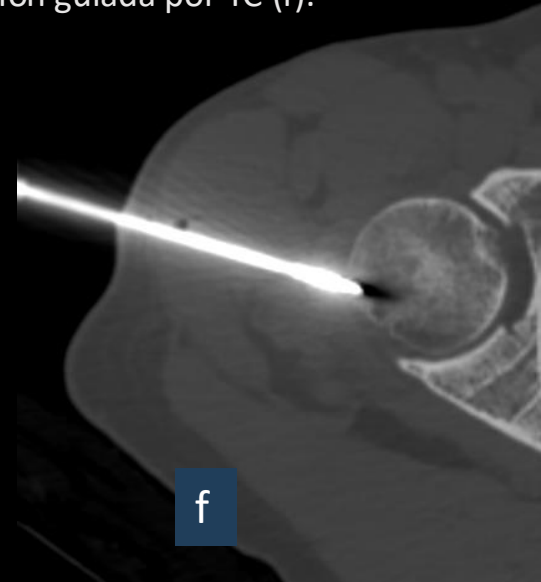
i

CASO 5

Hombre de 34 años, dolor en cadera derecha desde hace 5 meses, continuo durante todo el día, que aumenta por la noche. Mejoría clara con AINEs.

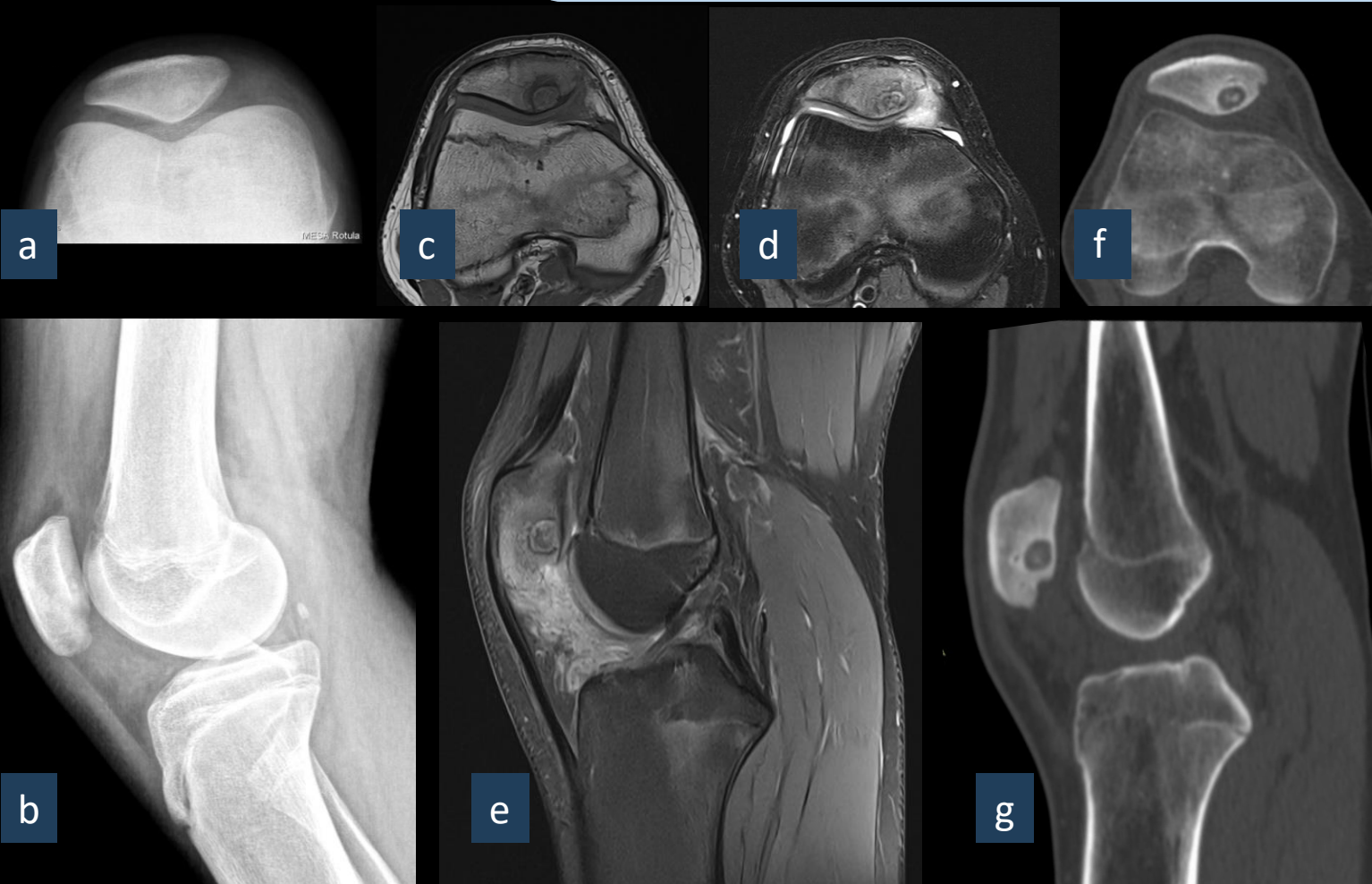


Rx lateral de cadera (a), sin claras alteraciones significativas. RM, STIR coronal (b) y axial (c): edema óseo en cuello femoral, con posible pequeña lesión subcortical en región superior de transición entre cabeza y cuello femoral. TC, sagital (d) y axial (e): se confirma una pequeña lesión cortical, con pequeña calcificación central, compatible con OO. No reacción perióstica ni esclerosis adyacente. Se realizó ablación guiada por TC (f).



CASO 6

Niño de 13 años, dolor en cara anterior de rodilla derecha de 2 años de evolución, acompañado en ocasiones de hinchazón. Precisa analgesia AINE de forma habitual. El descanso nocturno se ve interrumpido en ocasiones.



Rx axial de rótula (a) y lateral de rodilla (b): en la proyección lateral se observa pequeña lesión subcondral en rótula, que se intuye en la proyección axial. RM, T1 axial (c), DP FS axial (d) y sagital (e): lesión redondeada subcondral en la faceta interna rotuliana, con edema óseo adyacente, con importantes cambios inflamatorios en la grasa de Hoffa. TC axial (f) y sagital (g): se identifica la lesión nodular ya descrita en la rótula, con calcificación central, leve esclerosis adyacente, sin reacción perióstica. Ablación guiada por TC (h) del OO.

CASO 7

Hombre de 25 años, dolor en dorso del pie de más de 1 año de evolución. Mayor dolor nocturno. Refiere mucha tumefacción. Tratado con ibuprofeno sin mejoría.

a

b

c

e

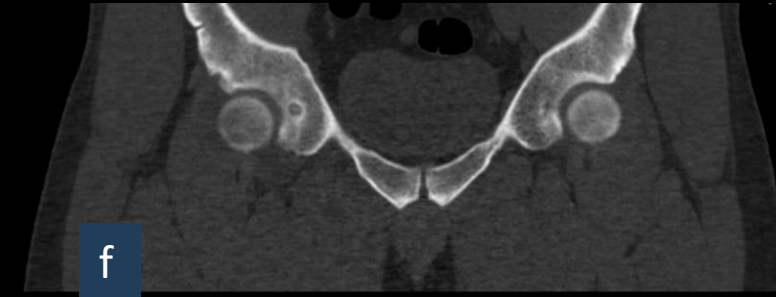
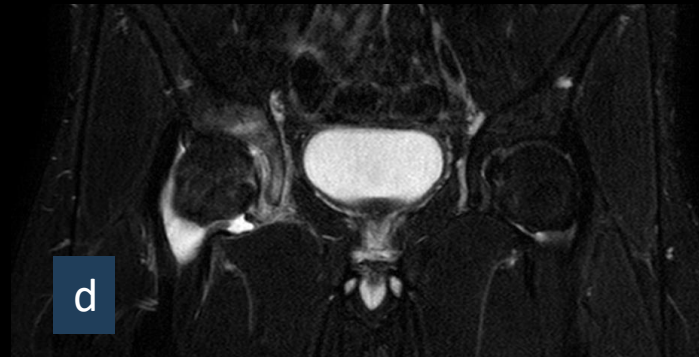
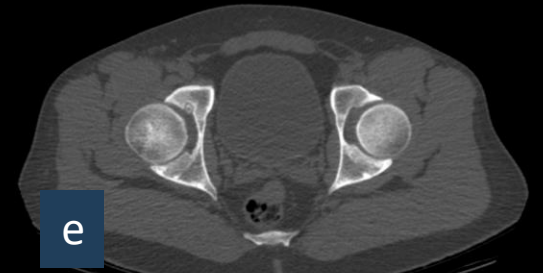
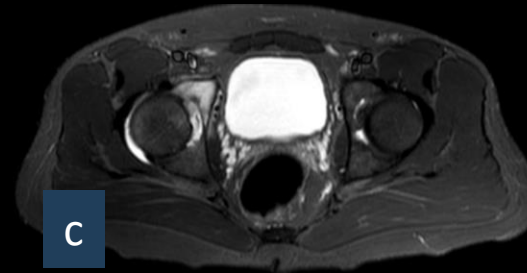
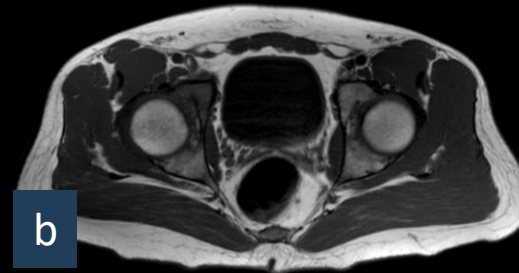
d

f

Rx AP ambos pies (a): aumento de densidad de la segunda cuña del pie derecho. RM coronal T1 (b) y DP FS (c) y sagital DP FS (d): edema óseo en la segunda cuña, con pequeña lesión nodular en la superficie medial y dorsal de la segunda cuña, con área central de baja señal compatible con calcificación. Leve cantidad de líquido intraarticular. TC, reconstrucción coronal (e): aumento de densidad de la segunda cuña, identificándose mejor la lesión nodular con calcificación central, compatible con OO. Biopsia y ablación guiada con TC (f).

CASO 8

Paciente de 21 años con dolor en región inguinal derecha de 3 meses de evolución, con cojera importante y limitación funcional. No mejoría con naproxeno.



Rx AP cadera derecha (a), sin alteraciones significativas. RM T1 axial (b), DP FS (c), coronal DP FS (d): derrame en articulación coxofemoral derecha, con edema óseo en acetábulo derecho. TC axial (e) y reconstrucción coronal (f): pequeña lesión nodular en superficie articular anterior del acetábulo, con calcificación central, en región del edema visualizado en la RM, compatible con OO. Ablación guiada por TC (g).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Varía según la localización, e incluye lesiones inflamatorias o infecciosas, fracturas por estrés, necrosis avascular y tumores óseos benignos.

CONCLUSIONES

El OO intraarticular supone un reto diagnóstico por su presentación clínica y radiológica atípica.

Reconocer sus características permite evitar retrasos diagnósticos o tratamientos innecesarios y prevenir secuelas funcionales significativas.

REFERENCIAS

- Allen SD, Saifuddin A. Imaging of intra-articular osteoid osteoma. Clin Radiol. 2003 Nov;58(11):845-52.
 - Cassar-Pullicino VN, McCall IW, Wan S. Intra-articular osteoid osteoma. Clin Radiol. 1992 Mar;45(3):153-60.
 - Bedoya MA, Iwasaka-Neder J, Tsai A, Bixby SD. Intra-articular Osteoid Osteomas: Imaging Manifestations and Mimics. Radiographics. 2024 Jul;44(7):e230208.
 - Izquierdo-Hernández B, Mayayo-Sinués E, Crespo-Rodríguez AM. Diagnóstico por imagen del osteoma osteoide intraarticular. Rev esp cir ortop traumatol. 2008;52:194-8.
 - Kransdorf MJ, Stull MA, Gilkey FW, Moser RP Jr. Osteoid osteoma. RadioGraphics. 1991;11(4):671-696.
 - Szendroi M, Köllö K, Antal I, Lakatos J, Szoke G. Intraarticular osteoid osteoma: clinical features, imaging results, and comparison with extraarticular localization. J Rheumatol. 2004;31(5):957-964.
-