

OSTEOMA OSTEOIDE, SIFILIS OSEA, OSTEOMIELITIS

Dr. RODOLFO GANDOS REILLY

En el Comité de Tumores Oseos se encuentran archivadas un número variable de enfermedades óseas de apariencia tumoral que pueden prestarse a confusión con los distintos blastomas óseos estudiados. Su descripción en este simposium la creemos de valor, pues su conocimiento es fundamental para poder llegar a un exacto diagnóstico y realizar entonces un adecuado pronóstico y correcto tratamiento. Por razones de tiempo las presentaremos en forma esquemática, destacando sus principales características que puedan servir para un diagnóstico diferencial.

1º) OSTEOMA OSTEOIDE

Enfermedad ósea descrita por Jaffé en 1935, como una afección tumoral de carácter benigno. En nuestro país los profesores Bado y Larghero, en 1941, describieron los dos primeros casos y personalmente, en 1950, agregamos cinco nuevos a la estadística nacional.

En el Comité de Tumores están estudiados 12 casos, algunos de los cuales corresponden a los publicados.

Sin poder demostrarlo de un modo definitivo, en la actualidad, está muy en duda la naturaleza blastomatosa del tumor y se tiende a considerarlo como de origen inflamatorio.

De los 15 casos predomina en la proporción de 2 a 1 en el hombre sobre la mujer, pues 10 se vieron en el sexo masculino y 5 en el femenino. En cuanto a la edad se ve que es una afección del adolescente y adulto joven: 3 casos entre 10 a 20 años, 6 entre 20 a 30 y otros 6 entre 30 y 40.

Desde el punto de vista clínico se presenta con dos *síntomas predominantes*:

a) *El dolor*: es el síntoma fundamental, constante, a localización variable, pero lo más importante es que es un dolor persistente que inicia el cuadro, se va exacerbando lentamente y en algunos casos llega a ser intolerable no calmando con los

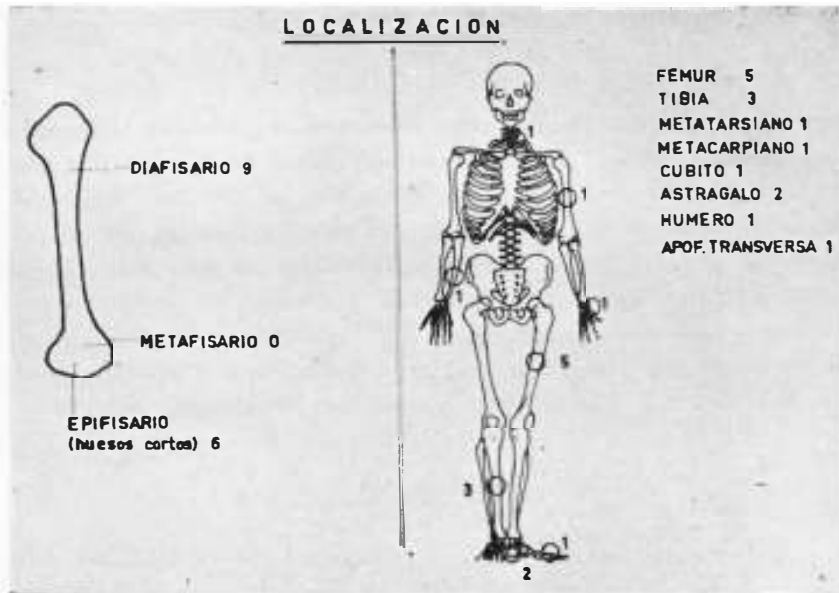


Fig. 1.

calmantes habituales; para resumir diremos que alcanza la intensidad de los blastomas malignos pero se diferencia, como veremos, en el tiempo de evolución.

b) *El tumor*: lo vemos en 7 casos, por lo general no es importante sino sólo un aumento difuso del espesor del hueso y más o menos irregular que se aprecia en los huesos accesibles.

Un dato clínico importante y que lo diferencia de los tumores malignos es *el tiempo de evolución*, los enfermos acuden tardíamente a la consulta como lo demuestra la siguiente estadística:

A los 3 años	1 caso
6 meses	1 caso.
1 año	3 casos
2 años	2 casos
Más de 2 años	6 casos.

R X



0 casos



9 casos



6 casos

L..

Fig. 2.

Desde el punto de vista radiográfico (fig. 2) se distinguen cuatro fórmulas que pueden representar imágenes sucesivas de la misma lesión en su evolución.

1º) *Pequeña área de rarefacción circular*, perfectamente limitada por una aureola de condensación. El hueso vecino no presenta modificaciones. Es la imagen de las primeras etapas.

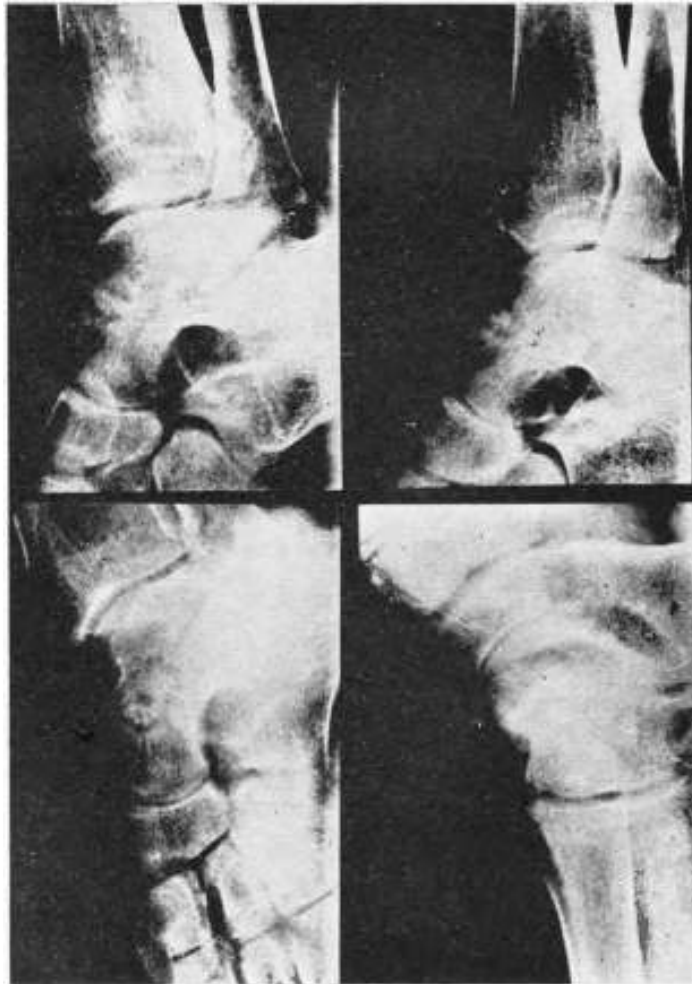


Fig. 3.

2º) *Con secuestro central*.— Etapa evolutiva que corresponde a la calcificación de la parte central de la lesión tomando el aspecto de pseudosecuestro único o múltiple granular. Estas manchas ocupan el centro de una pequeña zona clara rodeada a su vez de la zona reaccional condensante. Es la imagen típica en escarapela.

3º) *Hipercondensante*.— Corresponde a las localizaciones diafisarias. Predomina el proceso productivo que llega en su intensidad a ocultar el área central, necesitando técnicas radiográficas especiales para encontrarlo.

4º) *Exostósica tumoral*.— Tenemos un caso en la cara interna del astrágalo, es una localización cortical que crece afuera del hueso como una exostosis y que como excepción tiene poco dolor debido a su facilidad de crecimiento (fig. 3).

En todas estas formas el hueso vecino es normal.

Diagnóstico.— Como para todas las lesiones óseas es absolutamente necesario apoyarlo en la clínica, la radiografía, histopatología y en la evolución. No hay un signo característico, sino un ecuación formulada por varios elementos.

Tratamiento.— Es la resección completa biopsica del nicho, fue realizada en los 15 casos que evolucionaron hacia la curación.

Del examen histopatológico no tenemos el resultado en 4, en 1 el diagnóstico fue dudoso y en 10 estuvo de acuerdo con los otros elementos de la ecuación.

2º) SIFILIS OSEA

Nos referiremos a la sífilis adquirida y a la congénita tardía de caracteres semejantes. La congénita precoz tiene un cuadro clínico-radiográfico característico y no presenta problemas de diagnóstico en relación con los blastomas óseos.

Clínica.— La *sífilis secundaria* forma parte en un cuadro general, habitualmente de diagnóstico fácil, siendo la localización ósea un epifenómeno pasajero.

La *sífilis terciaria*, en cambio, se presenta en forma atípica y variable que se puede resumir en cuatro formas clínicas que muchas veces están relacionadas entre sí.

De acuerdo al síntomas predominante señalamos:

- 1º) *Forma dolorosa.* Dolor por lo general variable, a veces intenso, terebrante, a localización ósea y predominancia nocturna. Ejemplo: cráneo.
- 2º) *Forma tumoral.* Tumor que puede o no acompañar al dolor, en las formas actuales es de poco tamaño. Se observa en los huesos accesibles. Tumor difuso, de superficie irregular y consistencia dura. Ejemplo: tibia.
- 3º) *Fractura patológica.* Es frecuente, indolora y provocada por un trauma mínimo.
- 4º) *Forma articular.* Poco frecuente, tipo artritis crónica que en algún caso adopta la forma de pseudotumor blanco sifilítico.

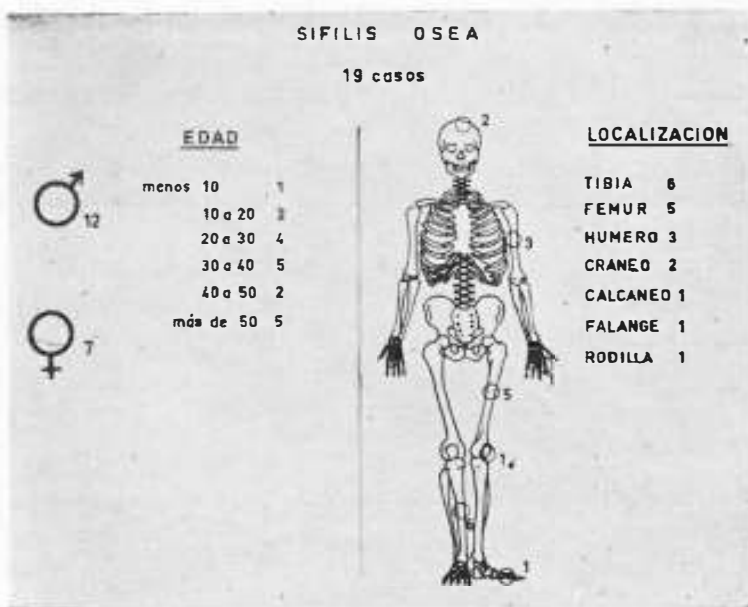


Fig. 4.

Radiografía.— Además de tener huesos “amados” por la sífilis que ya hemos señalado, en un determinado hueso tiene preferentemente una *localización metafisaria*, siendo menos frecuente la localización diafisaria pura y rara la epifisaria.

Según el sector puede ser una localización periférica y será una *periostitis* o una localización central y será una *osteítis*, pero habitualmente toma todo el hueso originando una *osteoperiostitis*.

La sífilis, como todo proceso a localización ósea, presenta dos tipos de lesiones radiográficas: una *específica* (la goma), que es destructiva, lítica, en menos y otra *inespecífica* (la reacción), que es condensante y productiva.

En la realidad, en cualquier tipo de lesión estas dos imágenes elementales están siempre combinadas presentándose en fórmulas asociadas y es así que se habla de “formas predominantemente *destructivas*” y “formas predominantemente *productivas*”.

Asociando esto a la localización, se puede hablar de:

Periostitis	}	Gomosa.
Osteítis		
Osteoperiostitis		
Periostitis	}	Esclerosa.
Osteítis		
Osteoperiostitis		
Periostitis	}	Esclerogomosa.
Osteítis		
Osteoperiostitis		

Las últimas son las formas más frecuentes, localizadas en general a varios huesos.

Diagnóstico.—De lo anterior deducimos que la sífilis no tiene una forma única y esquemática de presentación, precisamente una de sus principales características es su gran atipismo por lo que ha merecido el nombre de la “gran simuladora”.

Como siempre, el diagnóstico debe apoyarse en el trípode clínica-rayos X-histopatología.

Es obvio que dentro de la clínica está considerada la respuesta al tratamiento. Aunque su frecuencia en la actualidad no es tanta como en otra época, es necesario estar siempre preparado para poderla desenmascarar y para ello destacamos el siguiente esquema:

- 1º) Pensar en ella.
- 2º) Búsqueda de antecedentes.
- 3º) Serología.
- 4º) Radiografía.
- 5º) Biopsia.
- 6º) Evolución.
- 7º) Resultado del tratamiento.



Fig. 5.—Fractura patológica de fémur en enfermo específico con una lesión gomosa en cráneo. Curado luego de tratamiento ortopédico y específico.

3º) OSTEOMIELITIS

Es otra de las enfermedades que puede, en alguna etapa de su evolución, confundirse con un blastoma; y, más de un enfermo de esta última afección ha sido tratado al comienzo como una osteomielitis (O. M.).

En el Comité para el Estudio de los Tumores Oseos hemos clasificado 45 casos:

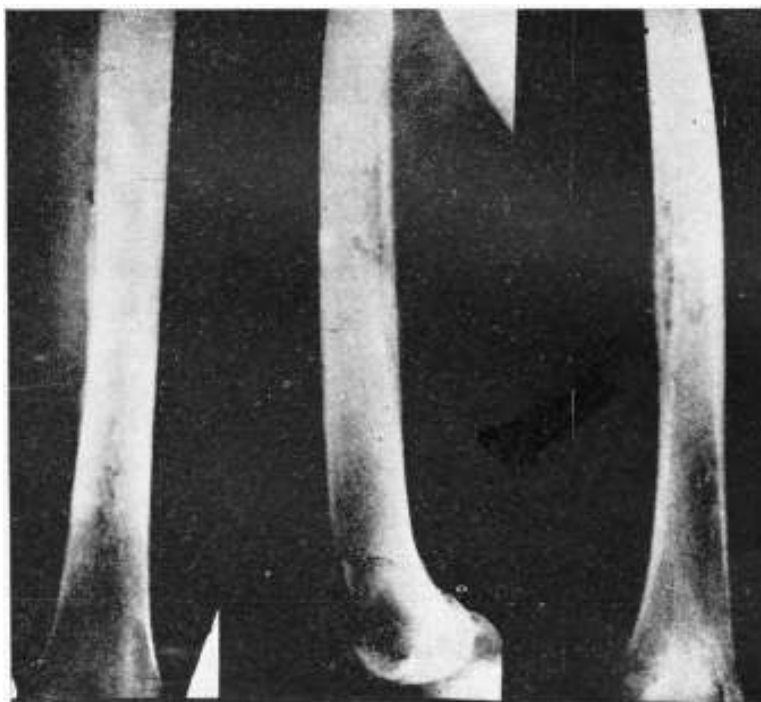


Fig. 6.

<u>O. M. agudas</u>	<u>O. M. subagudas</u>	<u>O. M. crónicas</u>
7	14	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> ↙ ↘ </div> Difusa Localizadas
		10
		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> ↙ ↘ </div> Perif. Centr.
		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> ↙ ↘ </div> 26

El diagnóstico positivo clínico-radiográfico se hizo sólo en 18 casos, en los restantes se plantearon dudas y para llegar a ese diagnóstico definitivo fue necesario además el hallazgo operatorio y el estudio histopatológico.

Las *O. M. agudas* del adolescente por su cuadro clínico, con signos evidentes de infección local y general, con rayos X negativa en las primeras etapas mostrando posteriormente la lo-

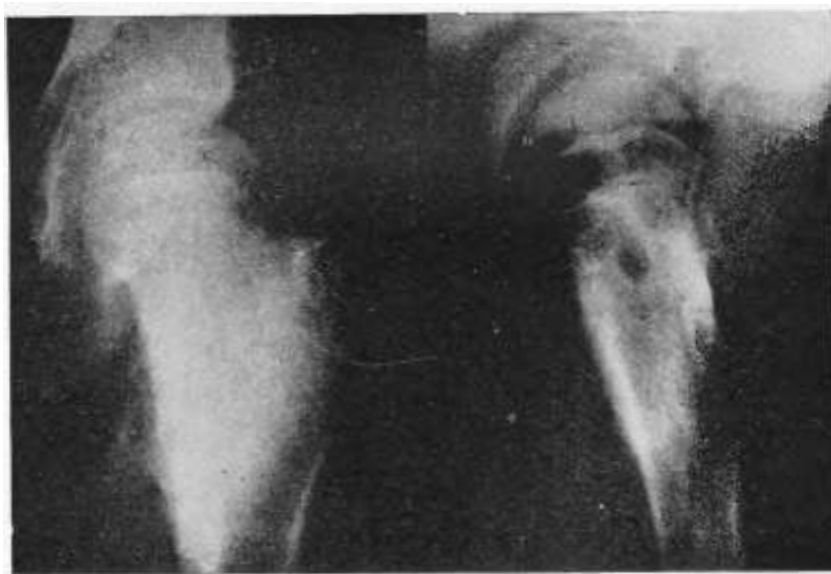


Fig. 7.

calización metafisaria de la infección como áreas líticas irregularmente separadas por áreas de hueso sano pero discretamente desmineralizado que ya a veces en esos momentos presenta una discreta osteogénesis reaccional más o menos alejada de la metafisis, aún sin llegar a las imágenes características del secuestro, no presente en general problemas de diagnóstico.

Las formas clínicas que pueden presentarlas son sobre todo las *O. M. diafisarias* del joven o del adulto a evolución *subaguda* formas a evolución local con poca o ninguna repercusión infecciosa general. La duda se refiere a los blastomas malignos y de

entre ellos principalmente al reticuloblastoma y al ósteoblastoma que pueden tener una localización análoga y una imagen radiográfica muy semejante en algún momento de su evolución (fig. 6). Es en estos casos que es necesario, antes de formular ningún diagnóstico, ir a la biopsia operación, el pus o la respuesta del patólogo terminarán con la duda.

En cuanto a las *O. M. crónicas* y, en particular, a las *O. M. crónicas* llamadas "d'emblée" tipo *absceso de Brodie*, la clínica y la Rx bien interpretadas son en general suficientes para sospechar un diagnóstico que es confirmado por la intervención. Situación a veces más difícil puede plantearse frente a las formas llamadas "*osteoperiostitis crónicas*" (fig. 7), en las que, por lo general, hay que esperar el informe del patólogo para catalogarlas de manera definitiva.

Las *O. M. crónicas secundarias* a las formas agudas, son de diagnóstico evidente, pero queremos destacar un hecho clínico; una *O. M. crónica fistulizada*, de larga evolución, puede a los años ser el origen de un epiteloma y los tres casos que hemos tenido así lo certifican. La variación del cuadro clínico habitual hará pensar en la posibilidad de tal transformación que será certificado por la biopsia, siendo su tratamiento radical la amputación