



CASO CLÍNICO

OSTEOMA OSTEÓIDE CERVICAL – RADIOFREQUÊNCIA OU A CLÁSSICA CURETAGEM?

*Diogo Santos Robles, Sofia Esteves, Sandra Martins, João Esteves, Pedro Cardoso,
António Oliveira*

Serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar do Porto, EPE.

Diogo Santos Robles, Sofia Esteves, Sandra Martins
Interno Complementar de Ortopedia

Pedro Cardoso
Assistente Hospitalar Graduado de Ortopedia

António Oliveira
Diretor do Serviço de Ortopedia

Submetido em 11 outubro 2015

Revisto em 8 janeiro 2016

Aceite em 10 janeiro 2016

Tipo de Estudo: Caso Clínico

Nível de Evidência: V

Declaração de conflito de interesses

Nada a declarar.

Correspondência

Diogo Santos Robles

Serviço de Ortopedia

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE.

Avenida do Hospital Padre Americo, nº210

4560-454 Penafiel

diogorobles@gmail.com

RESUMO

Os Osteomas Osteóides são tumores benignos, osteoblásticos, cuja incidência ronda os 3% do total de todos os tumores.

Ocorrem mais frequentemente no fémur e tíbia, e o esqueleto axial é afetado em apenas 10% dos casos, maioritariamente ao nível da coluna lombar (56,1%), sendo a coluna cervical afetada em apenas 26,8% dos casos.

O clássico tratamento cirúrgico está a ser substituído por técnicas ablativas mini-invasivas, como a termoablação por radiofrequência por via percutânea. No entanto, na coluna cervical, torna-se difícil prever o efeito do calor quando aplicado na proximidade de estruturas nervosas e vasculares.

Apresenta-se o caso clínico de uma doente do sexo feminino de 24 anos, observada por cervicalgia persistente, cuja tomografia computadorizada realizada demonstrou um Osteoma Osteóide localizado a nível do pedículo esquerdo da 6^a vértebra cervical.

A doente foi submetida a tratamento cirúrgico, através de curetagem transpedicular guiada por fluoroscopia, tendo sido obtida uma resolução imediata, completa e sustentada da dor.

Palavras chave: *Osteoma osteóide; coluna cervical; ablação por radiofrequência; curetagem.*

ABSTRACT

Osteoid osteomas are benign, osteoblastic, with an estimated incidence 3% of all tumors. They occur most often in the femur or tibia, with the axial skeleton being affected in 10% of cases, mainly at the lumbar spine level (56.1%) with the cervical spine being affected in only 26.8% of cases.

The traditional surgical treatment is losing ground to mini-invasive ablative techniques such as percutaneous radiofrequency thermal ablation. However, in the cervical spine, it is difficult to predict the effect of heat when applied near nerve and vascular structures.

The authors present a case report of a 24 year old female patient, with persistent neck pain, whose CT scan showed an osteoid osteoma located within the left pedicle of the 6th cervical vertebra.

The patient underwent surgical treatment by transpedicular curettage guided by fluoroscopy, by which it was possible to obtain immediate, complete and sustained pain resolution.

Key words: *Osteoma, Osteoid; Cervical spine; radiofrequency ablation; curettage.*

INTRODUÇÃO

Os Osteomas Osteóides, descritos por Jaffe em 1935^{1,2}, são tumores benignos, osteoblásticos, cuja incidência estimada ronda os 3% do total de todos os tumores ósseos e aproximadamente 10% dos tumores ósseos benignos^{1,3,4}.

São mais frequentes em doentes do sexo masculino (2-4:1), geralmente entre 1^a e a 3^a décadas de vida^{1,5}. Embora se possam apresentar em qualquer osso, ocorrem mais frequentemente no fémur (27,3%), e tibia (22,1%)⁶. O esqueleto axial é afetado em apenas 10% dos casos, com atingimento preferencial da coluna lombar (56,1%), mas também da coluna cervical (26,8%), dorsal (16%) e sagrada (1,1%), localizando-se mais frequentemente nos elementos posteriores das vértebras (75%)⁷.

Os autores pretendem relembrar o Osteoma Osteóide enquanto diagnóstico diferencial de patologia degenerativa da coluna, apresentando-se no caso clínico descrito numa localização atípica, a nível de um pedículo de uma vértebra cervical e apresentar a técnica cirúrgica utilizada, por curetagem transpedicular guiada por fluoroscopia, tendo a intervenção conduzido à cura.

CASO CLÍNICO

Apresenta-se o caso clínico de uma doente do sexo feminino, de 24 anos, com história de dor cervical com 6 meses de evolução, de início insidioso e predomínio noturno, sem radiculopatia associada.

A dor, inicialmente intermitente e passível de alívio completo com anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), apresentava-se, passados 3 meses, grave e com melhoria apenas parcial após medicação.

A doente não apresentava história traumática ou clínica compatível com processo infeccioso.

Ao exame físico, a doente apresentava-se apirética, com dor a palpação da coluna cervical baixa e musculatura paravertebral cervical, associada a ligeira limitação dolorosa na mobilidade cervical. O exame neurológico não apresentava alterações.

As radiografias simples da coluna cervical não demonstravam alterações, mas a clínica suspeita motivou a realização de uma tomografia computadorizada (TC) cervical (Fig. 1), que demonstrou a presença de lesão de características

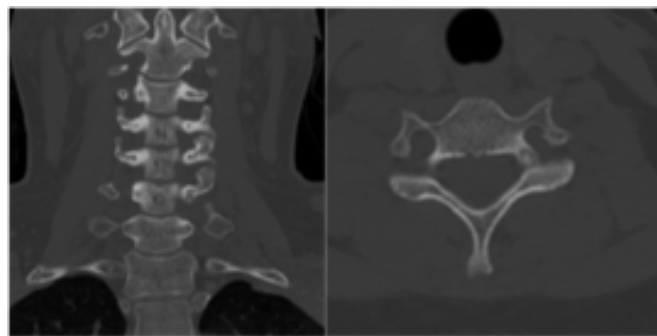


Figura 1. Tomografia Computorizada cervical: lesão de características osteoblásticas com nidus central, com 13mm de diâmetro, a nível do pedículo esquerdo de C6, compatível com Osteoma Osteóide.

osteoblásticas com nidus central, com 13mm de diâmetro, compatível com Osteoma Osteóide, a nível do pedículo esquerdo da 6^a vértebra cervical (C6). A cintigrafia óssea demonstrou hipercaptação no mesmo nível (Fig. 2).

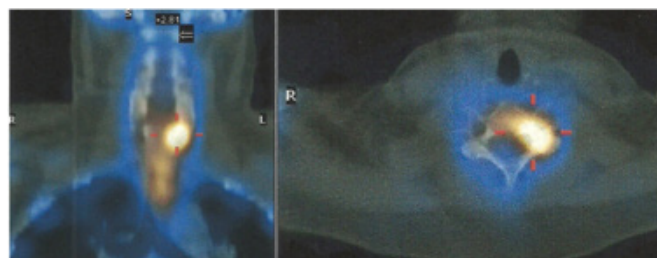


Figura 2. Cintigrafia Óssea: hipercaptação a nível do pedículo esquerdo de C6.

Com o diagnóstico clínico e imagiológico altamente sugestivo de Osteoma Osteóide, a doente foi submetida a biópsia excisional guiada por fluoroscopia, por via posterior com identificação do pedículo esquerdo de C6 e curetagem transpedicular da lesão, com visualização macroscópica do nidus, sem violação das corticais (Fig. 3 e 4).

O estudo anatomopatológico confirmou o diagnóstico de Osteoma Osteóide.

Estudos radiológicos no decorrer do seguimento não demonstraram qualquer instabilidade segmentar e, clinicamente, verificou-se uma resolução imediata, completa e sustentada das queixas álgicas.

DISCUSSÃO

Os Osteomas Osteóides caracterizam-se histologicamente como lesões bem circunscritas,



Figura 3. Imagem intraoperatória da biópsia excisional, por via posterior, onde se vê a identificação do pedículo esquerdo de C6.



Figura 4. Imagem de fluoroscopia intraoperatória, com identificação do pedículo esquerdo de C6 e curetagem transpedicular da lesão.

compostas por um nidus de matriz osteóide contendo osteoblastos, associado a um estroma fibroso altamente vascularizado, com menos de 15mm, rodeado por osso esclerótico denso^{1,3,6}.

Clinicamente apresentam-se com dor de início insidioso⁸ e de predomínio noturno^{6,9,10} inicialmente leve e intermitente e que progride com o tempo para grave e constante⁸, agravada pela mobilização ativa local^{5,9} e aliviada com a toma de AINEs⁴.

O mecanismo da dor associada ao Osteoma Osteóide deve-se à estimulação das terminações nervosas autonómicas que acompanham a neovascularização⁶, e também à grande concentração de prostaglandinas sintetizada no nidus, provocando uma reação inflamatória, o que explica a resposta dos AINEs no controlo da dor nestes tumores^{1,4,6}.

Quando localizados no esqueleto axial, podem apresentar-se com rigidez, associada a espasmo muscular. A nível da coluna dorso-lombar, o espasmo pode levar a uma escoliose reativa² na coluna cervical apresenta-se mais frequentemente associado a torcicolos¹.

Embora esteja descrita, a associação dos Osteomas Osteóides do esqueleto axial com radiculopatia é rara^{5,9,10,11}.

Imagiologicamente, a radiografia simples raramente permite estabelecer um diagnóstico de Osteoma Osteóide do esqueleto axial, dada a sobreposição de estruturas. A cintigrafia óssea é o exame mais sensível para o seu diagnóstico^{19,10} devendo também ser sempre complementada com uma TC, que, para além da elevada sensibilidade, permite uma melhor definição da lesão (esclerose densa circundando uma lesão lítica com nidus central calcificado), para efeitos de planeamento terapêutico^{1,4}.

Já a Ressonância Magnética Nuclear, embora demonstre a reação inflamatória circundante, não permite uma correta apreciação do nidus^{2,12} podendo levar a erros de diagnóstico.

O Osteoblastoma é o principal diagnóstico diferencial, por apresentar características histológicas semelhantes ao Osteoma Osteóide, distinguindo-se deste pelas maiores dimensões, maior agressividade local, potencial de malignização e maior taxa de recidiva^{6,7}.

No esqueleto axial, para além de lesões tumorais primárias ou secundárias, deve ainda ser ponderada patologia degenerativa da coluna⁵, que, dada a

sua frequência, leva frequentemente a erros de diagnóstico que causam um atraso importante entre a apresentação clínica e o diagnóstico do tumor^{5,10}.

Embora possam ter remissão espontânea, o tratamento dos Osteomas Osteóides não passa apenas por medidas de controlo da dor, dado o tempo habitualmente prolongado de duração dos sintomas (2 a 8 anos)³.

O clássico tratamento cirúrgico está a perder terreno para técnicas ablativas mini-invasivas, como a termoablação por radiofrequência por via percutânea, atualmente consideradas o Gold Standard para o tratamento de Osteomas Osteóides no esqueleto apendicular, com taxas de sucesso semelhantes à exérese cirúrgica^{13,14,15}.

Na coluna cervical, no entanto, a sua utilização é controversa, sendo difícil prever o efeito do calor contínuo^{13,14} quando aplicado durante vários minutos na proximidade das raízes nervosas cervicais, artéria vertebral e medula espinal^{2,3}.

Por esse motivo, o tratamento cirúrgico, através de exérese em bloco ou por curetagem, parece ser assim a melhor opção^{1,3,6,12}.

A fusão vertebral instrumentada deve reservar-se para os casos de instabilidade segmentar após ressecção da lesão¹⁰.

O prognóstico após tratamento cirúrgico dos Osteomas Osteóides é excelente, sendo expectável uma remissão completa e permanente das queixas álgicas no período pós-operatório (horas a dias) em 95% dos casos^{1,6,7}. A presença de dor no pós-operatório deve motivar a realização de exames complementares, pois é frequentemente indicativa de ressecção incompleta ou de recidiva da lesão¹⁰.

CONCLUSÃO

Em conclusão, o caso clínico apresentado salienta a importância da ponderação deste diagnóstico nos casos de cervicálgia persistente, e da eficácia do seu tratamento cirúrgico por curetagem, que é recomendado por se apresentar como a alternativa terapêutica mais segura, dadas as particularidades da localização anatómica em que o tumor se encontrava.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amirjamshidi A, Roozbeh H, Sharifi G, Abdoli A, Abbassioun K. Osteoid osteoma of the first 2 cervical vertebrae. Report of 4 cases. *J Neurosurg. Spine.* 2010 Dec;13(6):707-14.
2. Aydinli U, Ozturk C, Ersozlu S, Filiz G. Results of surgical treatment of osteoid osteoma of the spine. *Acta Orthop Belg.* 2003 Aug;69(4):350-4.
3. Nagashima H, Nishi T, Yamane K, Tanida A. Case report: osteoid osteoma of the C2 pedicle: surgical technique using a navigation system. *Clin Orthop Relat Res.* 2010 Jan;468(1):283-8.
4. Ghanem I. The management of osteoid osteoma: updates and controversies. *Curr Opin Pediatr.* 2006 Feb;18(1):36-41.
5. Kaner T, Sasani M, Oktenoglu T, Aydin S, Ozer AF. Osteoid osteoma and Osteoblastoma of the cervical spine: the cause of unusual persistente neck pain. *Pain Physician* 2010 Nov-Dec;13(6):549-54
6. Suttner NJ, Chandy KJ, Kellerman AJ. Osteoid osteomas of the body of the cervical spine. Case report and review of the literature. *Br J Neurosurg.* 2002 Feb;16(1):69-71.
7. Jackson RP, Reckling FW, Mants FA. Osteoid osteoma and osteoblastoma. Similar histologic lesions with different natural histories. *Clin Orthop Relat Res.* 1977 Oct;(128):303-13.
8. Healey JH, Ghelman B. Osteoid osteoma and Osteoblastoma. Current concepts and recent advances. *Clin Orthop Relat Res.* 1986 Mar;(204):76-85.
9. Zileli M, Çağlı S, Basdemir G, Ersahin Y. Osteoid osteomas and osteoblastomas of the spine. *Neurosurg Focus.* 2003 Nov 15; 15(5):1-6.
10. Kan P, Schmidt MH. Osteoid osteoma and Osteoblastoma of the spine. *Neurosurg Clin N Am.* 2008 Jan;19(1):65-70.
11. Ozaki T, Liljenqvist U, Hillmann A, Halm H, Lindner N, Gosheger G, et al. Osteoid osteoma and osteoblastoma of the spine: experiences with 22 patients. *Clin Orthop Relat Res.* 2002 Apr;(397):394-402.
12. Hermann G, Abdelwahab F, Casden A, Mosesson R, Klein MJ. Osteoid osteoma of a cervical vertebral body. *Br J Radiol.* 1999 Nov;72(863):1120-3.
13. Laus M, Albisinni U, Alfonso C, Zappoli FA. Osteoid osteoma of the cervical spine: surgical treatment or percutaneous radiofrequency coagulation? *Eur Spine J.* 2007 Dec;16(12):2078-82.
14. Foulner D. Radiofrequency ablation of a spinal osteoid osteoma: low heat-load technique. *J Vasc Interv Radiol.* 2010 Oct;21(10):1596-8.
15. Gomes M, Cardoso P. Radiofrequência – Técnica de eleição no tratamento do osteoma osteoide. *Rev Port Ortop Traum.* 2012;20(1):21-9.