

XXVI CONGRESO DE LA S.E.A.P - I.A.P.

ACTIVIDAD DEL CLUB DE PATOLOGÍA OSTEO- ARTICULAR: CURSO-SEMINARIO

CONFERENCIA: OSTEOLASTOMA Vs. OSTEOSARCOMA TIPO OSTEOLASTOMA-

Dr. Eduardo Santini-Araujo. Buenos Aires-Argentina

El Osteolastoma es un tumor benigno osteoformador relativamente raro, que no supera el 1% de todos los tumores óseos en las series de las principales instituciones.

Fue descripto por primera vez por Jaffe y Meyer en 1932. Dahlin tanto como Schajowicz reconocieron su semejanza con el Osteoma Osteoide. Sobre esta base Dahlin propuso la denominación de “Osteoma osteoide gigante” para el Osteolastoma y Schajowicz el de “Osteolastoma circunscripto” para el Osteoma Osteoide. Sin embargo el término Osteolastoma de Jaffe y Lichtenstein, fue universalmente aceptado.

La lesión es más frecuente en la segunda y tercera década de la vida y su incidencia es mayor en hombre que en mujeres.

Puede originarse en cualquier hueso del esqueleto, pero compromete con mucha frecuencia la columna vertebral incluyendo el sacro.

El síntoma más referido es el dolor persistente pero sin las características del observado en el Osteoma Osteoide.

Radiográficamente sus características son muy variables. Las lesiones miden de 1 a 11 cm, pudiendo ser radiolúcidas, radiodensas o mixtas. Pueden originarse en la medular, en la cortical o en la superficie del hueso. En la mayoría de los casos la imagen radiográfica aparenta ser una lesión benigna, pero algunas veces presenta rasgos sugestivos de malignidad.

Como signos de importancia del Osteolastoma cuando compromete la columna, es su localización preferencial sobre los elementos posteriores –arco posterior– y existe la posibilidad de comprometer más de un segmento vertebral.

Si la lesión no se ha tratado con curetaje sino por escisión, microscópicamente puede observarse un área central rojiza rodeada habitualmente por una muy leve esclerosis periférica.

Histológicamente la lesión está constituida por trabéculas anastomosadas bordeadas por osteoblastos. Asociadas a los osteoblastos pueden observarse células gigantes

multinucleadas benignas. El estroma que separa las trabéculas es fibroso laxo y ricamente vascularizado.

El Osteoblastoma histológicamente es bien circunscripto y puede presentar maduración periférica hacia el hueso que lo rodea. No presenta invasión de los espacios medulares entre las trabéculas óseas periféricas. El centro de la lesión por lo común se encuentra bien mineralizado.

Los osteoblastos que rodean las trabéculas pueden presentar en ocasiones un aspecto epiteloide. Las figuras mitóticas son por lo común escasas. Es posible encontrar áreas similares al quiste óseo aneurismático. Algunos osteoblastomas pueden presentar áreas de diferenciación condroide. También es posible observar poco frecuentemente una presentación multifocal, en la que pequeños focos de Osteoblastoma se encuentran incluidos en un hueso reactivo escleroso.

Algunas publicaciones han sugerido la existencia de un subtipo de Osteoblastoma con una conducta clínica más agresiva (“Osteoblastoma Agresivo”), diferenciable histológicamente por presentar células de diferenciación osteoblástica de aspecto epiteloide. Parece más razonable pensar que algunos Osteoblastomas poseen un comportamiento local más agresivo que tratar de diferenciar sobre bases histológicas un grupo agresivo de Osteoblastomas. Por otra parte puede influir el hecho que muchos de estos casos se originan en localizaciones en las cuales la escisión completa de la lesión es muy dificultosa.

El diagnóstico diferencial más complicado es con el Osteosarcoma, especialmente con el “Tipo Osteoblastoma”. Algunos Osteosarcomas verdaderamente presentan campos histológicos con una apariencia similar a la de los Osteoblastomas. Unni sostiene que en muchos casos “distinguir entre un Osteoblastoma y una Osteosarcoma es probablemente el área más difícil de la patología ósea tumoral”. Las características radiográficas pueden ser de ayuda para el patólogo. Los Osteosarcomas por lo general presentan un aspecto francamente agresivo. Existen de cualquier modo Osteosarcoma de aspecto radiográfico indolente del mismo modo que Osteoblastomas que lucen muy agresivos (25%). Indudablemente las características más seguras para su diferenciación son las histológicas y al respecto ha sido de gran valor la publicación de Bertoni y col. De 1985 – “Osteoblastoma reembling Osteoblastoma”-. El Osteoblastoma se caracteriza por presentar una disposición laxa del tejido conectivo fibrovascular que separa las trabéculas osteoides y por su falta de permeación. En Osteosarcoma los espacios medulares entre las trabéculas están ocupados por células de aspecto maligno.

Si la biopsia permite observar la periferia de la lesión es posible observar en el Osteoblastoma que existe un borde preciso que lo limita del tejido óseo normal. Por el contrario los Osteosarcomas tienen tendencia a invadir el tejido óseo esponjoso normal aledaño.

A pesar de todas estas consideraciones el diferencial entre el Osteoblastoma y el Osteosarcoma sigue siendo una de las situaciones de más alto riesgo, aún para el patólogo subespecializado en patología ortopédica. En este sentido parece fundamental volver a citar al Dr. Unni: “Creo que la diferenciación entre Osteosarcoma y Osteoblastoma puede ser hecha con confianza en la mayoría de los casos. Pero hay unos

pocos en los cuales he encontrado esta distinción imposible, especialmente con un material de biopsia limitado”.

Referencias

- Bertoni F, Unni KK, McLeod RA, Dahlin DC. Osteosarcoma resembling osteoblastoma. *Cancer* 1985;55:416-26.
- Dorfman HD. Malignant transformation of benign bone lesions. In: *Proceedings of the Seventh National Cancer Conference*, 1973:901-13.
- Dorfman HD, Weiss SW. Borderline osteoblastic tumors: Problems in the differential diagnosis of aggressive osteoblastoma and low grade osteosarcoma. *Semin Diagn Pathol* 1984;1,3:215-34.
- Lucas D, Unni K, McLeod R, O'Connor MI, Sim FH. Osteoblastoma: Clinicopathologic study of 306 cases. *Hum Pathol* 1994;25:117-34.
- Mayer L. Benign (?) osteoblastoma [Letter to the Editor]. *Bull Hosp Jt Dis* 1968;29:236-40.
- McLeod RA, Dahlin DC, Beabout JW. The spectrum of osteoblastoma. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med* 1976;126:321-35.
- Mirra JM, Kendrick RA, Kendrick RE. Pseudomalignant osteoblastoma versus arrested osteosarcoma. A case report. *Cancer* 1976;37:2005-14.
- Mitchell ML, Ackerman LV. Metastatic and pseudomalignant osteoblastoma: A report of two unusual cases. *Skeletal Radiol* 1986;15:213-8.
- Oliveira CRGCM, Mendonça BB, Camargo OP, Pinto EM, Nascimento SAB, Latorre MRDO, Zerbini MCN. Classical osteoblastoma, atypical osteoblastoma, and osteosarcoma. A comparative study based on clinical, histological, and biological parameters. *Clinics*. 2007;62(2):167-74.
- Pieterse AS, Verno-Roberts B, Paterson DC, Cornish BL, Lewis PR. Osteoid osteoma transforming to aggressive (low grade malignant) osteoblastoma: A case report and literature review. *Histopathology* 1983;7:789-800.
- Rocca , CD, Huvos , AG. Osteoblastoma: Varied histological presentations with a benign clinical course: an analysis of 55 cases . *Am J Surg Pathol* 1996;20:841-850 .
- Schajowicz F, Lemos C. Malignant Osteoblastoma. *J Bone Joint Surg Br* 1976;58:202-11.

- Schajowicz F, McGuire MH. Diagnostic Difficulties in Skeletal Pathology . Clinical Orthop Rel Research 1989;240:281-310.
- Stenzel I, Pösl M, Ritzel H, Werner M, Delling G. Proliferation of bone tumors. An immunohistochemical investigation of Ki-67 protein expression. Pathologe 1996; 17:56–62.
- Tani T. Osteoblastoma-like osteosarcoma. Skeletal Radiol (2000) 29:656–659