

OSTEPOIQUILOSE

Tatiana Pizzolotto Bruch,* Charllini Tassarollo,* Helivander Machado**

Descrita no início do século por Stieda, Albers-Schönberg e Ledoux-Lebard, a osteopoiquiose é uma displasia osteosclerótica, assintomática, também conhecida como osteopatia condensante disseminada ou doença do osso manchado.¹

MGC, 23 anos de idade, branca, feminina, saudável, observada na urgência após acidente de motocicleta. Ao exame radiológico da bacia (Figura 1), evidenciaram-se numerosas manchas radiodensas arredondadas e ovaladas simétricas e uniformes, tendo variação de aproximadamente 2 a 10mm de diâmetro nos ossos da pelve e sacro. Também foram encontradas manchas escleróticas simétricas na epífise do fêmur.

As mesmas alterações foram encontradas nos ossos do carpo, tarso, epífises e metáfises dos ossos do metacarpo, metatarso e falanges dos pés e das mãos (Figuras 2 e 3).

Além desses locais, também puderam ser encontradas lesões em ombros (Figura 4) e ossos das pernas (Figura 5).

A osteopoiquiose é uma doença incomum e, habitualmente sem sintomas.¹⁻⁴

O envolvimento cutâneo com a presença de nódulos fibrosos amarelados na região da derme que tendem a coalescer designa a síndrome de Buschke-Ollendorff.^{2,5} O quadro clínico dermatológico típico é formado por pápulas de distribuição simétrica, nos punhos, braços e coxas podendo afetar apenas um membro. Lesões em grandes placas são incomuns. O início é em geral na infância. A histopatologia mostra aumento do tecido conjuntivo, sem demarcação precisa da pele normal, não havendo processo inflamatório.³ As lesões ósseas e cutâneas podem aparecer separadamente na mesma família.

Estudos de famílias afetadas demonstram um padrão de transmissão autossômico dominante com penetrância variável, podendo haver gerações não afetadas.^{1,2,4,6} A etiologia da osteopoiquiose não é conhecida.^{1,6} Algumas evidências sugerem que há

associação entre essa condição e outras doenças osteoescleróticas do esqueleto, especialmente a osteopatia estriada e melorreostose.²

O estudo radiológico mostra múltiplas pequenas áreas radiodensas, bem definidas, homogêneas, circulares ou ovaladas, de dimensões variáveis. Apresenta, na maioria das vezes, distribuição simétrica, com predileção por epífises e metáfises dos ossos longos tubulares, carpo, tarso, pelve e escápula.^{1,2,3-6} O envolvimento de costelas, clavícula, coluna vertebral e crânio é mais raro e, quando pre-



Figura 1. Radiografia da bacia mostrando lesões ovaladas, simétricas, múltiplas e radiodensas em ossos da pelve, sacro e fêmur.

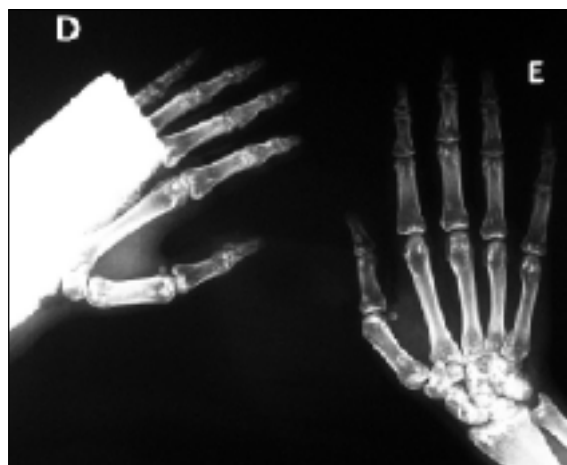


Figura 2. Radiografia das mãos mostrando lesões radiodensas. E imobilização de punho direito.

*Interna do curso de Medicina – UNISUL

**Médico radiologista do HNSC. Professor da disciplina de radiologia para o curso de Medicina – UNISUL. Membro titular da Sociedade Brasileira de Radiologia



Figura 3. Radiografia dos pés mostrando lesões nos metatarsos, falanges e ossos do tarso



Figura 4. Radiografia do tórax mostrando múltiplas áreas de osso denso em ombros.

sente, menos evidente.^{1,2,4,5} Raramente a lesão se apresenta de forma estriada em vez de lenticular; algumas áreas mostram clareamento central, e não há deformidade óssea, tendo bom prognóstico.³ Mais frequentemente, as lesões surgem na infância e persistem por toda a vida, podendo variar em tamanho, número e até mesmo desaparecer¹. Histologicamente, as áreas escleróticas são condensações focais de osso compacto lamelar dentro da es-



Figura 5. Radiografia dos ossos da perna, mostrando mais lesões radiodensas.

pongiosa.¹⁻⁵ Os achados microscópicos das lesões são idênticos aos encontrados nas ilhotas ósseas¹.

O aspecto radiológico pode simular doença metastática, por isso seu diagnóstico diferencial deve ser feito principalmente com metástases osteoblásticas. Também devem ser consideradas a mastocitose, a esclerose tuberosa, a encondromatose e a melorreostose.^{1,5}

A osteopoiquiloze deve ser destacada dos demais diagnósticos diferenciais, visto que ela tem caráter benigno e não necessita tratamento.²⁻⁵

Correspondência para

Tatiana Bruch
R. Helvécio C. Rodrigues, 20, ap405 – centro
Cep: 88802-040 Criciúma – SC
E-mail: tatibruch@yahoo.com.br

Referências

1. Carvalho ACP, Beze RS, Picinini SE. Osteopoiquiloze – Apresentação de um caso e revisão da literatura. *Radiol Bras* 2002;35:191-192.
2. Pizzol ND, Pizzol MMD. Osteopoiquiloze - Relato de caso. *Rev Bras Ortop* 2002; 37:467-469.
3. Stumm PE, Júnior HLA, Heidmann N. Síndrome de Buschke-Ollendorff. *An bras Dermatol* 2000; 75:347-351.
4. Cravo AR, Villacreses C, Silva JC. Osteopoiquiloze: dois casos clínicos. *Acta Reum Port* 2006;31:255-260.
5. McLennan MK. Radiology Rounds. *Canadian Family Physician*. Le Medecin defamille canadien 1999; 45: 2315-2320.
6. Gunal I, Kter E. Disorders associated with osteopoiquilosis. *Acta Orthop Scand* 2003; 74: 497-499.