



Osteoma mandibular periférico

José Espinosa Fernández,* Roberto Rodríguez Luna,*
Aurora Beatriz Ortiz Cruz,** Juan Antonio Amezcua Solórzano***

RESUMEN

El osteoma es una neoplasia benigna osteogénica compuesta de tejido óseo maduro compacto o esponjoso bien diferenciado. Los osteomas exhiben un crecimiento lento, pero continuo y pueden ser lesiones únicas o múltiples con variación en el tamaño. El osteoma periférico de la región craneofacial aparece con mayor frecuencia en los senos paranasales. Otros lugares incluyen conducto auditivo externo, órbita, hueso temporal y procesos pterigoideos. Es una entidad poco común en el maxilar y mandíbula; sin embargo, es más común en la mandíbula que en el maxilar. Se presenta el caso de un paciente de 36 años de edad, quien acude a consulta del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital General de México «Dr. Eduardo Liceaga» debido a un osteoma mandibular periférico, el cual es sometido a tratamiento quirúrgico con resultados satisfactorios.

Palabras clave: Osteoma, cavidad oral, neoplasia ósea.

SUMMARY

The osteoma is a osteogenic benign neoplasm composed of mature bone tissue compact or well differentiated cancellous bone. Osteomas exhibit slow but steady growth and may be single or multiple lesions with size variation. The peripheral osteoma of the craniofacial region occurs most frequently in the sinuses. Other sites include the ear canal, orbit, temporal bone and pterygoid processes. It is rare in the maxilla and mandible entity, but occurs more frequently in the mandible than in the maxilla. We present the case of a 36 years old male patient who presented for consultation to the Maxillofacial Surgery Service of the Hospital General de México «Dr. Eduardo Liceaga», presenting a peripheral mandibular osteoma, which is subjected to surgical treatment with satisfactory results.

Key words: Osteoma, oral cavity, bone neoplasm.

* Médico adscrito Cirujano Maxilofacial del Hospital General de México.
«Dr. Eduardo Liceaga».

** Residente de 3º año de Cirugía Oral y Maxilofacial. División de Estudios de Postgrado e Investigación.
Facultad de Odontología, UNAM.

*** Residente de 2º año de Cirugía Oral y Maxilofacial. División de Estudios de Postgrado e Investigación.
Facultad de Odontología, UNAM.

Correspondencia:

José Espinosa Fernández
Dr. Balmis Núm. 148,

Col. Doctores, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06726, Ciudad de México, México.

INTRODUCCIÓN

El osteoma es una neoplasia benigna osteogénica compuesta de tejido óseo maduro compacto o esponjoso bien diferenciado. La patogénesis sigue siendo polémica, a menudo se centra en si es una verdadera neoplasia o una lesión reactiva. Se considera que diversos factores podrían estar involucrados en la patogénesis, se sugiere una relación con el trauma y la fuerza de tracción muscular hacia el periostio, la cual induce reacciones osteogénicas, tampoco se descarta la reacción ante la infección.^{1,2}

Los osteomas muestran un crecimiento lento, pero continuo y pueden ser lesiones únicas o múltiples con variación en el tamaño. El osteoma solitario puede clasificarse como: periférico (paraosteal, perióstico o exofítico) cuando surge del periostio, central (endosteal) cuando surge del endostio y extraesquelético (coristoma óseo) cuando surge del tejido blando. De éstos, el osteoma periférico es el más común y a medida que crece su base puede ser pediculada o sésil.¹⁻³

El osteoma periférico de la región craneofacial se presenta con mayor frecuencia en los senos paranasales. Otros lugares incluyen conducto auditivo externo, órbita, hueso temporal y procesos pterigoideos. Es una entidad poco común en el maxilar y mandíbula; sin embargo, es más común en la mandíbula que en el maxilar. Los casos relacionados con la mandíbula tienen una predilección por la región del ángulo mandibular en su borde inferior o cóndilo, seguida de las áreas molares del cuerpo por su cara lingual y rama ascendente mandibular.^{1,4}

En los últimos 76 años se han reportado 69 casos bien documentados en la literatura estadounidense con respecto al osteoma periférico de los maxilares, excluyendo casos sindrómicos, de los cuales seis se localizaban en el maxilar y 63 en la mandíbula, la ubicación afectada con más frecuencia en maxilar ha sido el proceso alveolar (cuatro casos), seguido del paladar duro (dos casos), mientras que en la mandíbula se han registrado 23 casos en el cuerpo (región anterior cuatro casos, región posterior 19 casos), seguido del cóndilo (18 casos), el ángulo (nueve casos), rama ascendente (siete casos), apófisis coronoides (cinco casos) y escotadura sigmoidea (un caso).²

La incidencia es aproximadamente de 2 a 3% de todos los tumores óseos primarios. Según la literatura se menciona que no hay predilección por edad o sexo, aunque los hombres se ven afectados con mayor frecuencia con respecto a las mujeres en una proporción de aproximadamente 2:1. La edad en la

que se presenta oscila entre 14 y 58 años, con una media de 29.4 años.¹

Clínicamente los osteomas de los maxilares por lo regular son asintomáticos, pero pueden estar asociados a trismo o asimetría facial, en particular cuando el cóndilo mandibular está involucrado, o interferir con la función oral y producir maloclusión.^{3,5}

Las características radiográficas de un osteoma generalmente evidencian una masa radiopaca con una densidad similar a la del hueso normal, ovalada bien delimitada con una base amplia. Por el contrario, un osteoblastoma u osteoma osteoide se manifiesta como una zona oval radiolúcida bien delineada. Un osteoma osteoide se distingue radiográficamente de un osteoma (y osteoblastoma) por la presencia de un borde distinto de la esclerosis así como un nido radiopaco identificable. Los osteomas periféricos pueden mostrar un patrón esclerótico uniforme o una periferia esclerótica con un patrón trabecular central. La tomografía computarizada ayuda a delimitar el tamaño del tumor y su relación con las estructuras adyacentes.^{1,2,5}

Histológicamente el osteoma puede ser de dos tipos: (1) trabecular compacto y (2) esponjoso. El osteoma compacto comprende hueso denso, con pocos espacios medulares y pocas osteonas. El osteoma esponjoso se caracteriza por presentar trabéculas óseas en las que encierran osteoblastos y tejido fibroadiposo, con una arquitectura que se asemeja al hueso maduro.^{2,3,6}

En cuanto al diagnóstico diferencial los osteomas mandibulares periféricos deben distinguirse de otras exostosis óseas de los maxilares, incluyendo los torus. Se ha sugerido que las exostosis óseas distintas de osteomas no son neoplasias sino lesiones reactivas o del desarrollo, que por lo general dejan de crecer después de la pubertad.²

El osteoma central debe diferenciarse de otras lesiones similares mandibulares como fibroma osificante central, osteitis condensante y osteoblastoma, así como de cementoblastoma y odontoma en los casos que se producen dentro de las áreas del diente asociado.⁵⁻⁷

Un diagnóstico de osteoma plantea la posibilidad de padecer síndrome de Gardner, una condición representada por la tríada de poliposis colorrectal con muy alta propensión a la transformación maligna, anomalías esqueléticas que incluyen múltiples osteomas del cráneo y el esqueleto facial y múltiples dientes supernumerarios. Otras manifestaciones incluyen quistes epidermoides cutáneos y fibromas. El gen específico se encuentra en una pequeña región en el brazo largo del cromosoma 5 (5q21).^{1,2,5}

El tratamiento recomendado es la extirpación quirúrgica completa, ya que a menudo alivia el dolor y cura la enfermedad. La resección debe realizarse cuando haya deterioro estético o trastorno funcional tangible o en casos en los que el deterioro secundario es inducido por la compresión de los órganos

adyacentes por el osteoma. El abordaje intraoral es preferible lo más pronto posible (como en el caso de localización en la cara lingual del cuerpo o rama), para evitar cicatriz externa y lesiones del nervio facial, en tanto que el abordaje extraoral por lo regular proporciona un mejor acceso y visibilidad cuando los

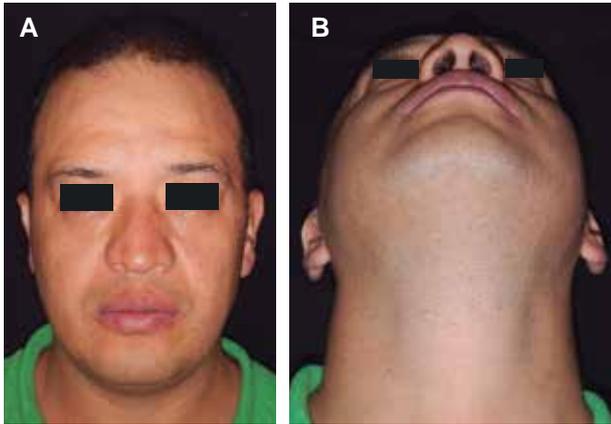


Figura 1. A) Vista frontal y **B)** Submentovertex. Tercios faciales sin asimetría evidente.



Figura 2. Vista intraoral. Nótese aumento de volumen en cara lingual. Carúnculas y flujo salival respetado.

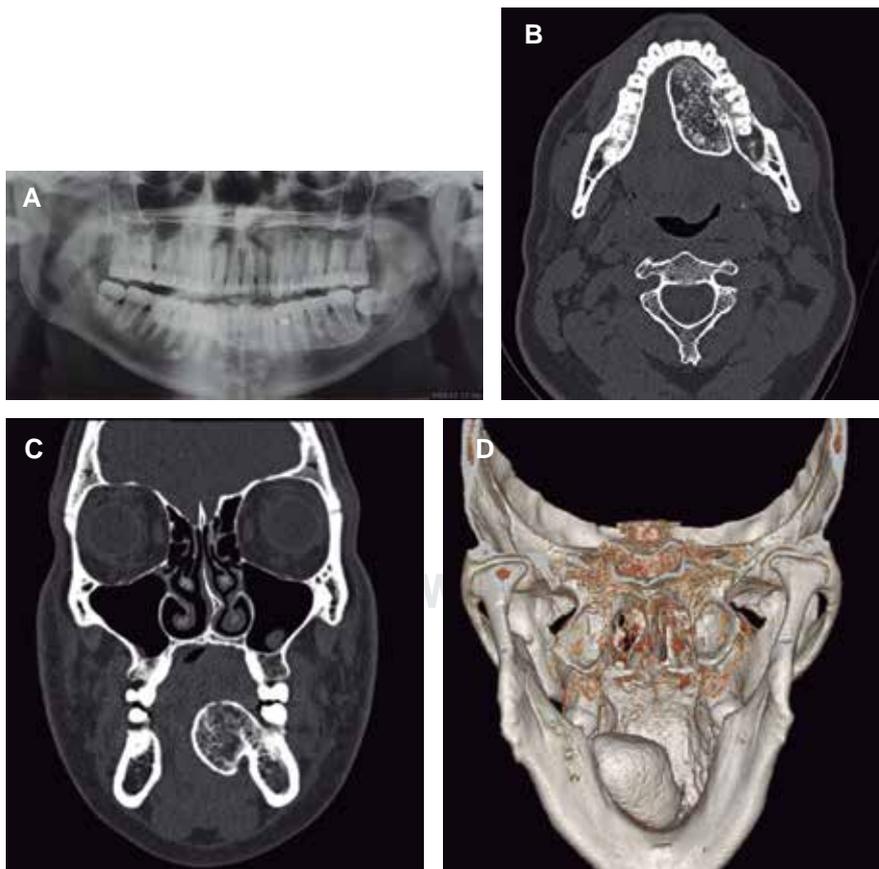


Figura 3.

A) Ortopantomografía, **B)** tomografía simple de macizo facial corte axial, **C)** coronal, y **D)** reconstrucción 3D.

Se observa zona radioopaca bien delimitada, de base pediculada adherida a cuerpo mandibular lingual. Nótese cómo desplaza vía aérea.

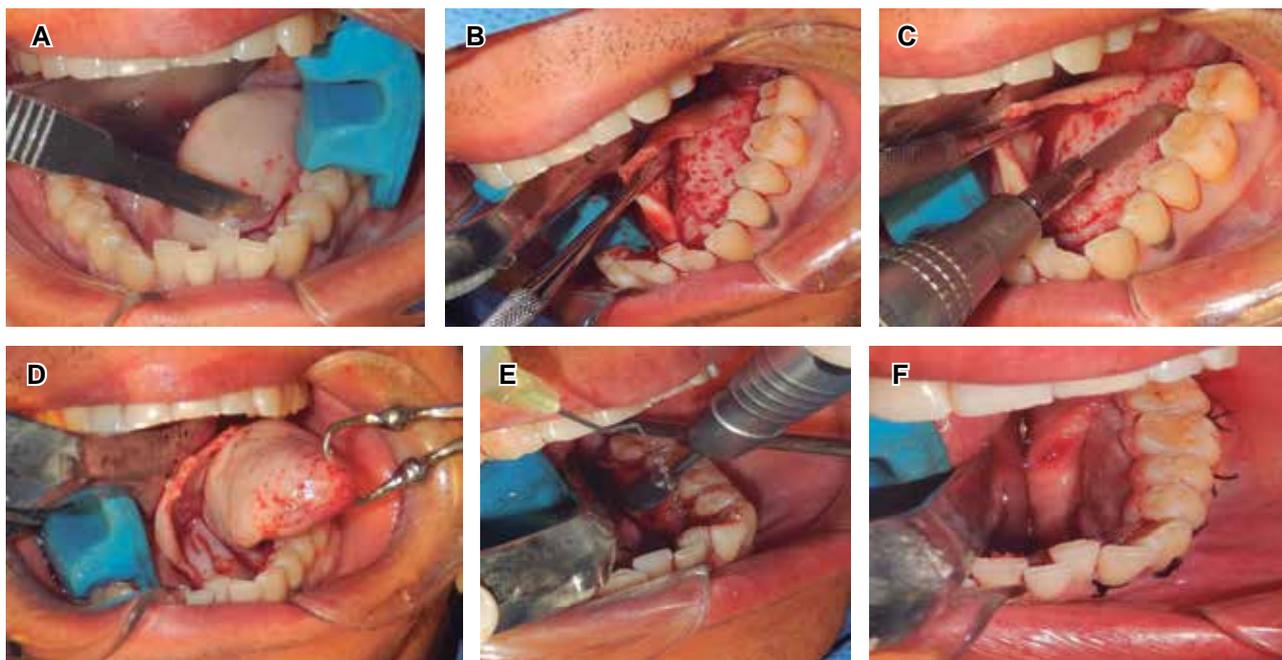


Figura 4. Abordaje quirúrgico. **A)** Incisión intraoral intrasulcular. **B)** Desperiostización y levantamiento del colgajo del probable osteoma. **C)** Osteotomía periférica con sierra recíprocante. **D)** Extracción de probable osteoma mandibular previa fractura de pedículo con cincel recto. **E)** Remodelación de tabla lingual alveolar. **F)** Sutura. Previa remodelación de mucosa de piso de boca y encía.

tumores son muy grandes o se encuentran en una posición desfavorable.²⁻⁴ La recurrencia es rara y no hay informes de transformación maligna.²

REPORTE DE CASO CLÍNICO

Se trata de paciente masculino de 36 años de edad que acudió a consulta del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital General de México «Dr. Eduardo Liceaga» por presentar «torus mandibular» de crecimiento progresivo y lento de tres años de evolución. Antecedentes heredofamiliares y personales patológicos sin datos de relevancia para su padecimiento actual.

A la exploración física se detectó aumento de volumen no desplazable en cuerpo mandibular en cara lingual del lado izquierdo, de base sésil, de consistencia dura, misma coloración que la mucosa adyacente, de 5 x 3 cm de longitud, que desplazaba piso bucal y por tanto dificultaba la fonación así como la deglución. Indoloro a la palpación, sin adenopatías palpables (*Figuras 1 y 2*). Se realizó ortopantomografía que mostró zona radioopaca de bordes definidos bien delimitados en cuerpo mandibular izquierdo, no asociada a dientes, respetando corticales óseas, sin desplazamiento a estructuras adyacentes y trabeculado óseo sin alteraciones, por



Figura 5. Pieza quirúrgica. Probable osteoma y mucosa de piso de boca.

lo que se solicitó una tomografía simple de macizo facial para observar límites y relaciones anatómicas de dicha lesión. La tomografía simple de macizo facial reveló zona radioopaca de bordes definidos bien delimitados en cara lingual de cuerpo mandibular izquierdo, de base pediculada (*Figura 3*), motivo por el que se decidió su resección quirúrgica bajo anestesia general con intubación nasotraqueal con un abordaje intraoral (*Figura 4*), de la cual se obtuvo tejido tipo osteoide de 5 x 4 cm de longitud que se envió a estudio histopatológico (*Figura 5*).

Histológicamente se reportó osteoma periférico mandibular.

El paciente cursó postoperatorio sin incidentes ni complicaciones, por lo que se decidió su alta hospitalaria. El paciente presenta fonación y deglución adecuadas, sin datos de recurrencia.

DISCUSIÓN

La mayoría de los osteomas en el área maxilofacial son unilaterales, presentan una base pediculada, son asintomáticos y pueden llegar a producir asimetría facial; el caso reportado no mostraba datos de asimetría facial evidente pese al considerable tamaño de la lesión; sin embargo, esto se debió a su localización en el cuerpo mandibular por su cara lingual. Generalmente se describe que los osteomas periféricos tienen un crecimiento lento. Aún se desconoce la verdadera naturaleza de estas lesiones, aunque el trauma puede ocasionar hemorragia subperióstica o edema y la tracción muscular podría elevar el periostio. En conjunto estas dos acciones pueden iniciar una reacción osteogénica, proveniente de remanentes embriológicos cartilaginosos y periostales que se perpetúan en el tiempo por la acción muscular continua sobre el área. El paciente no refirió ni se detectaron antecedentes de infección o trauma que pudieran haber detonado su inicio. En este caso, el examen imagenológico completo fue relevante en la elección del abordaje quirúrgico de la lesión, ya que la imagen obtenida por la tomografía computarizada de maxilo facial permitió observar que la lesión se unía a la cara interna del cuerpo mandibular por una base pediculada, lo que hacía posible su resección con un límite de seguridad suficiente, manteniendo la continuidad del cuerpo mandibular. La clínica, la imagenología y la histopatología de este caso confirman el diagnóstico de osteoma periférico. Es importante mantener al paciente bajo vigilancia clínica e imagenológica, pues en la mayoría de los casos publicados se encontró sólo un reporte de recurrencia después de nueve años de la cirugía.⁸⁻¹⁷

CONCLUSIÓN

El osteoma periférico mandibular es poco frecuente. El diagnóstico precoz y la extirpación quirúrgica de la lesión ayudan a aliviar el dolor, la inflamación, los movimientos mandibulares limitados y la asimetría facial subsecuente. El seguimiento postoperatorio debe incluir estudios clínicos y radiológicos periódicos. La recurrencia de esta lesión es rara. Los pacientes con osteoma con múltiples dientes super-

numerarios impactados deben ser evaluados para descartar síndrome de Gardner.⁴

BIBLIOGRAFÍA

1. Ohashi Y, Kumagai A, Matsumoto N, Izumisawa M, Hoshi H, Sugiyama Y. Case report. A huge osteoma of the mandible detected with head and neck computed tomography. *Oral Science International*. 2015; 12 (1): 31-36.
2. Johann AC, de Freitas JB, de Aguiar MC, de Araújo NS, Mesquita RA. Peripheral osteoma of the mandible: case report and review of the literature. *J Craniomaxillofac Surg*. 2005; 33 (4): 276-281.
3. Dell'Aversana OG, Salzano G, Iaconetta G, Piombino P, Ponzo L, Santella A et al. Facial osteomas: fourteen cases and a review of literature. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2015; 19 (10): 1796-1802.
4. Chattopadhyay PK, Mahesh MG. Peripheral osteoma of the maxillofacial region diagnosis and management: a study of 06 cases. *J Maxillofac Oral Surg*. 2012; 11 (4): 425-429.
5. Ogburekea KU, Nashedb MN, Ayoub AF. Huge peripheral osteoma of the mandible: a case report and review of the literature. *Pathol Res Pract*. 2007; 203 (3): 185-188.
6. Kim DY, Sung K. A rare case of peripheral osteoma of the Zygoma. *Arch Plast Surg*. 2015; 42 (1): 103-105.
7. Soni S, Bhargava A. Revisiting peripheral osteoma of the mandible with case series and review of literature. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2014; 66 (2): 212-218.
8. Bosshardt L, Wash Y, Gordon R, Westerberg M, Wash W, Morgan A. Recurrent peripheral osteoma of mandible: report of case. *Oral Surg*. 1971; 29 (6): 446-450.
9. Carrera M, Pereira JF, Santos JN, Vasconcellos RJ. Osteoma periférico en la mandíbula: presentación de caso. *Acta Odontológica Venezolana*. 2009; 47 (2): 1-11.
10. Cutilli BJ, Quinn PD. Traumatically induced peripheral osteoma. Report of a case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1992; 73 (6): 667-669.
11. Dalambiras S, Boutsioukis C, Tilaveridis I. Peripheral osteoma of the maxilla: Report of an unusual case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2005; 100 (1): e19-e24.
12. Johann AC, de Freitas JB, de Aguiar MC, de Araújo NS, Mesquita RA. Peripheral osteoma of the mandible: case report and review of the literature. *J Craniomaxillofac Surg*. 2005; 33 (4): 276-281.
13. Kaplan I, Nicolaou Z, Hatuel D, Calderon S. Solitary central osteoma of the jaws: a diagnostic dilemma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2008; 106 (3): e22-e29.
14. Ogburekea KU, Nashedb MN, Ayoub AF. Huge peripheral osteoma of the mandible: a case report and review of the literature. *Pathol Res Pract*. 2007; 203 (3): 185-188.
15. Rodriguez y Baena R, Rizzo S, Fiandrino G, Lupi S, Galieto S. Mandibular traumatic peripheral osteoma: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2011; 112 (6): e44-e48. doi: 10.1016/j.tripleo.2011.05.006
16. Sayan NB, Uçok C, Karasu HA, Günhan O. Peripheral osteoma of the oral and maxillofacial region: a study of 35 new cases. *J Oral Maxillofac Surg*. 2002; 60 (11): 1299-1301.
17. Woldenberg Y, Nash M, Bodner L. Peripheral osteoma of the maxillofacial region. Diagnosis and management: a study of 14 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2005; 10 (Suppl 2): E139-142.