



Osteoma de hueso compacto en maxilar superior

Compact bone osteoma in the upper maxilla

Karina Pereira^a | Franklin Quel^b | Andrea Gonzáles^c

^a iD Universidad Central del Ecuador, Ecuador

^b iD Universidad Central del Ecuador, Ecuador

^c iD Pontificia Universidad Javeriana, Colombia

HISTORIAL DEL ARTÍCULO

Recepción: 09-03-2022

Aceptación: 02-04-2022

PALABRAS CLAVE

Osteoma, cavidad oral, neoplasia ósea.

RESUMEN: Un osteoma es una lesión benigna caracterizada por la presencia de tejido óseo tanto cortical como esponjoso. Los osteomas muestran un crecimiento lento, pero continuo y pueden ser lesiones únicas o múltiples con variación en el tamaño. Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 54 años de edad que acude a la clínica dental Odontis presentando dolor severo en la región superior izquierda asociado a zona de molares. Se realiza análisis radiográfico y tomográfico para luego hacer la remoción quirúrgica de la lesión y el estudio histopatológico correspondiente. Se encontró en la biopsia la presencia de hueso laminar denso y compacto con sistemas similares a los de Havers; sin actividad mitótica o atípica celular. Se diagnostica un osteoma periférico de hueso compacto en maxilar superior en íntima relación con seno maxilar.

KEY WORDS

Osteoma, oral cavity, bone neoplasm.

ABSTRACT: Osteoma is a benign lesion characterized by the presence of both cortical and cancellous bone tissue. Osteomas show slow but continuous growth, and can be single or multiple lesions with variation in size. 54-year-old male patient who comes to the Odontis Dental Clinic presenting severe pain in the upper left region associated to molar area. Radiographic and tomographic analysis were performed and then surgical removal of the lesion and the corresponding histopathological study. The presence of dense and compact lamellar bone with systems similar to those of Havers was found in the biopsy; no mitotic or atypical cellular activity was seen. A peripheral osteoma of compact bone in the upper jaw is diagnosed in close relationship with the maxillary sinus.

INTRODUCCIÓN

Los osteomas son tumores benignos compuestos de hueso maduro compacto o esponjoso, se limitan esencialmente al esqueleto craneofacial y rara vez se diagnostican en otros huesos.¹ No se consideran verdaderas neoplasias, y no todas las lesiones designadas como osteomas pueden representar una sola entidad, pueden ser la etapa final de una lesión o proceso inflamatorio o la etapa final de un proceso hamartomatoso, como la displasia fibrosa.^{2,3}

La mayoría de los osteomas se detectan en adultos jóvenes (15-30 años) y generalmente son lesiones solitarias asintomáticas hasta que causan asimetría o compresión de estructuras adyacentes.^{2,4} Hay poca información sobre si existe alguna predilección de género. Los osteomas pueden surgir de sitios de injertos óseos⁵ o pueden ser múltiples en pacientes con síndrome de Gardner.^{6,7}

Según el sitio, se distinguen tres subtipos de osteomas:

- central, caracterizada por un desarrollo endoóseo progresivo, que eventualmente resulta en el reemplazo completo del segmento óseo afectado;
- periférico, que consiste en un desarrollo perióstico que puede presentarse como una masa pedunculada;
- extraóseo, que se desarrolla dentro de los tejidos blandos, particularmente en los músculos.⁸

La patogenia de los osteomas en la actualidad todavía resulta un objeto de debate. En la literatura existente, se describen diferentes sitios de aparición, como la unión frontoetmoidal donde los osteomas pueden asociarse a los senos paranasales.⁹ Por ello, algunos autores consideran que los osteomas son lesiones congénitas derivadas de un resto cartilaginoso embrionario o de un periostio embriológico persistente.¹⁰

La asociación de osteomas con enfermedades colónicas como el síndrome de Gardner sugiere una posible naturaleza hereditaria.¹¹ Por otro lado, algunas de las localizaciones más frecuentes de aparición de osteomas son susceptibles de traumatismo (p. ej., en el hueso frontal o en el ángulo y el borde inferior de la mandíbula), lo que sugiere que un traumatismo previo puede contribuir al desarrollo de estos tumores.¹²

Los osteomas exhiben un crecimiento continuo en lugar de un cese del crecimiento. Esta característica es el principal rasgo que los distingue de otras exostosis óseas como los *torus*, que son protuberancias no patológicas que surgen del hueso cortical con una amplia base de inserción.¹³ La tasa de crecimiento lento de los osteomas puede volverse más rápida en casos de aumentos en la tasa de osteogénesis.¹⁴ Como suelen ser pequeños y asintomáticos, es difícil definir con precisión la incidencia exacta de los osteomas, que se estima entre 0,002 y 3 %.¹⁵

Radiográficamente, los osteomas se presentan como masas radiopacas circunscritas. Los periósticos pueden mostrar un patrón esclerótico uniforme o una periferia esclerótica con un patrón trabecular central; los endósticos más pequeños son difíciles de diferenciar de los focos de hueso esclerótico que representan la etapa final de un proceso inflamatorio (osteítis condensante, osteomielitis esclerosante crónica focal) o de focos no inflamatorios de hueso esclerótico (osteosclerosis idiopática); la verdadera naturaleza de estos osteomas solo puede confirmarse mediante documentación continua de su crecimiento y con la histopatología.¹⁶

Histológicamente el osteoma puede ser de dos tipos: trabecular compacto y esponjoso. El osteoma compacto comprende hueso denso, con pocos espacios medulares y pocas osteonas; mientras que el esponjoso se caracteriza por presentar trabéculas óseas en las que encierran osteoblastos y tejido fibroadiposo, con una arquitectura que se asemeja a hueso maduro.¹⁶

El diagnóstico diferencial es amplio y deberá revisarse características radiográficas, tiempo de evolución, otras manifestaciones clínicas, datos demográficos del paciente, etc., que permitan hacer el correcto algoritmo diagnóstico de las lesiones. En este contexto se presenta el siguiente caso:

REPORTE DE CASO

Paciente de sexo masculino de 54 años de edad, acude a la clínica dental Odontis por dolor severo en la región izquierda superior en zona de molares de aproximadamente tres meses de evolución. En consulta se realiza una anamnesis completa en la que el paciente refiere no presentar antecedentes patológicos de importancia y refiere intensificación del dolor en zona molar superior izquierda hace dos semanas en zona de molares, el dolor es localizado, se caracteriza por episodios permanentes que incrementan por las noches, con una intensidad severa con una valoración en EVA de 8/10, sin causa aparente, no presenta síntomas acompañantes. Al examen clínico extra e intraoral no se aprecian cambios significativos en la zona maxilar ni en cadenas ganglionares, por lo que se solicita radiografía panorámica y tomografía computarizada. Al examen radiográfico se observan imágenes radiopacas localizadas a la altura del ápice de la pieza dental # 26 con un tamaño aparente de 2 mm cerca del seno maxilar izquierdo (ver Imagen 1). En la tomografía en el corte sagital y coronal se observa lesión hiperdensa redondeada en estrecha relación con el ápice del diente # 26 y piso de seno maxilar; pegada a cortical vestibular, de bordes definidos y difusos de aproximadamente 5 x 5 mm de diámetro (ver Imagen 2).



Imagen 1. Radiografía panorámica, muestra imagen radiopaca de la lesión a nivel del ápex pieza # 26

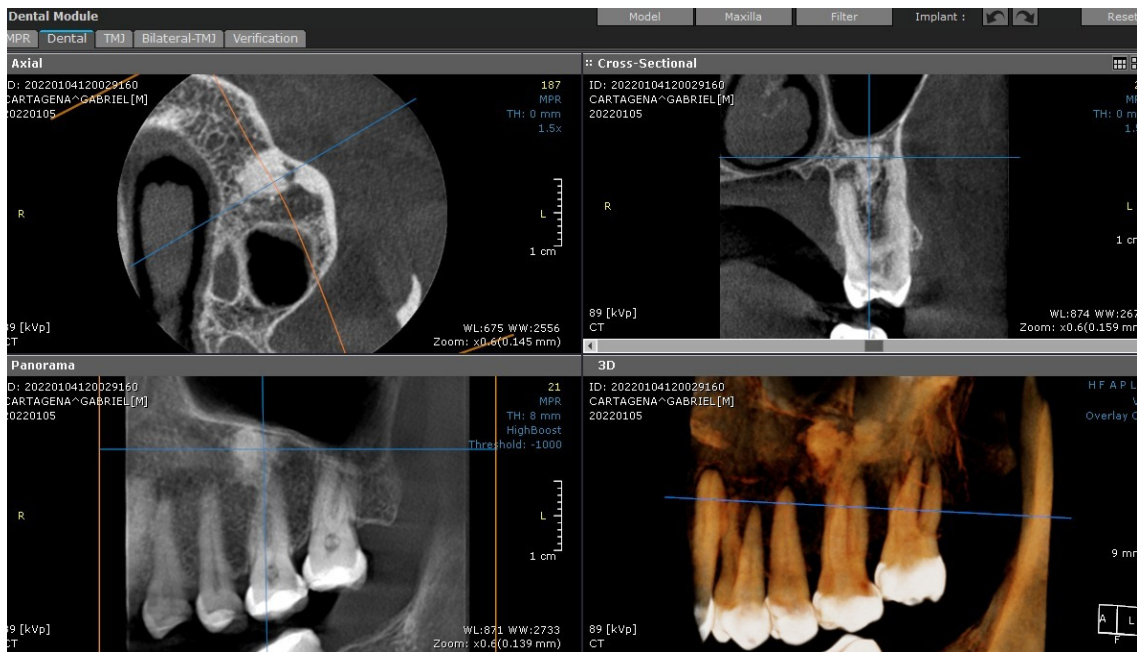
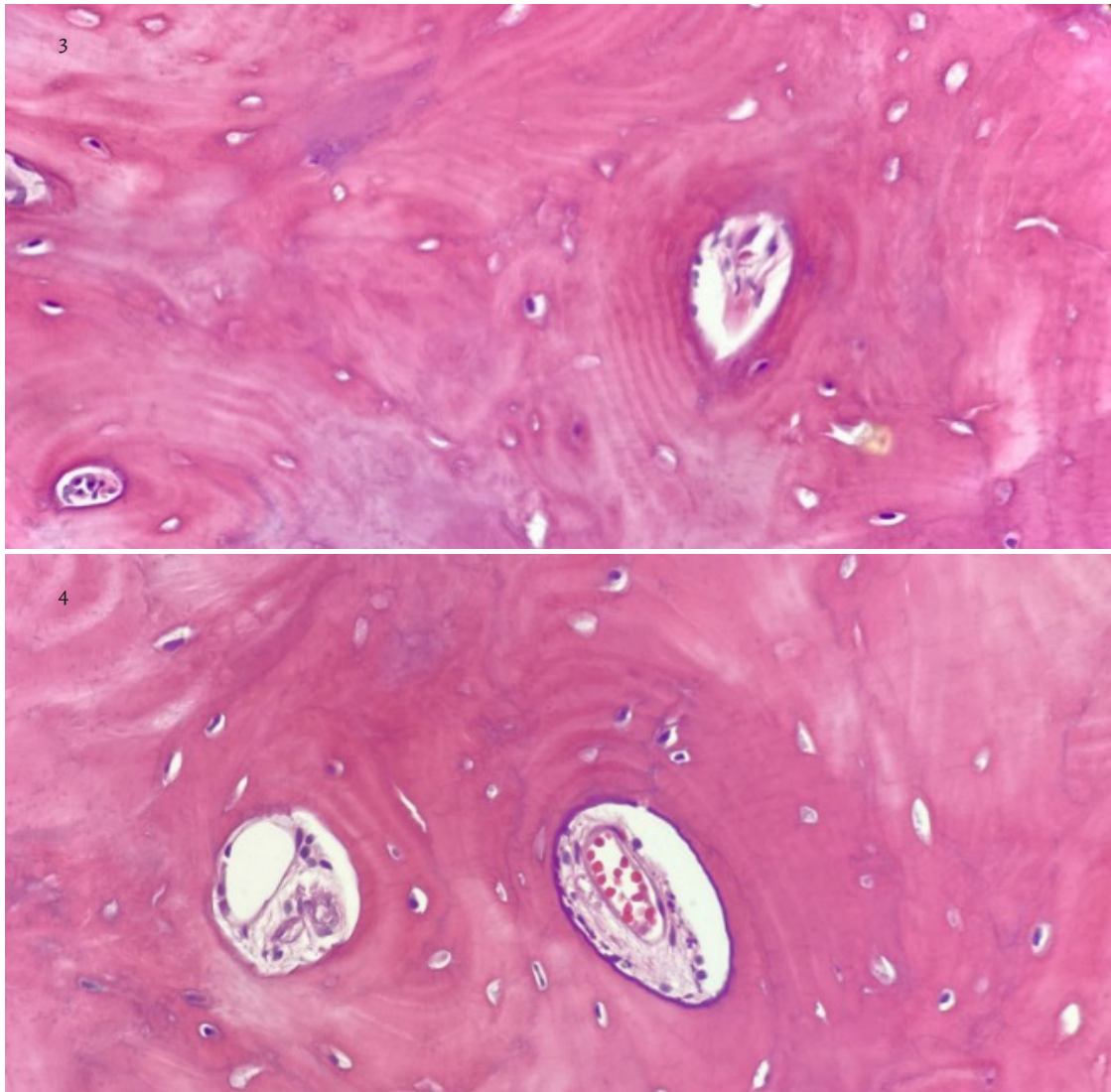


Imagen 2. Tomografía computarizada de la lesión donde se visualiza masa hiperdensa en el ápice del molar superior maxilar izquierdo

Se explica al paciente las posibles opciones de tratamiento que incluyen un control radiográfico mensual, trimestral, semestral y anual con la posibilidad de mayor crecimiento y compromiso de estructuras importantes; y la opción quirúrgica para la remoción completa de la lesión y posterior estudio por biopsia.

Una vez aceptado el tratamiento quirúrgico, y previa firma del consentimiento informado y explicación de las probables complicaciones, se programa la cirugía con diagnósticos de trabajo de posible displasia cemento ósea vs. osteoma. La cirugía se realiza bajo anestesia local, con un abordaje intraoral izquierdo, levantamiento del colgajo de espesor completo, osteotomía periférica con pieza de mano de baja velocidad y abundante irrigación con suero fisiológico hasta encontrar la lesión. Se inicia la exploración con curetas y se retiran dos masas óseas de consistencia firme que miden aproximadamente 2 y 3 mm. Se curetea el sitio quirúrgico respetando la cercanía a seno maxilar, se comprueba que no exista comunicación bucosinusal y se reposiciona el colgajo con sutura (nylon 4 ceros) y puntos simples. Se coloca la muestra en formol al 10% y se envía rotulada como estructura ósea para su procesamiento y posterior estudio histopatológico.



Imágenes 3 y 4. Estudio histológico donde se aprecia tejido óseo denso, compacto y con escasos espacios intertrabeculares

RESULTADOS

El estudio histopatológico describe la presencia en los cortes de hueso laminar denso y compacto con sistemas similares a los de Havers (ver Imagen 3); no se observa actividad mitótica o atípica celular (ver Imagen 4). No hay formación de líneas reversas tipo cemento o tejido similar a diente por lo que al hacer la correlación clínica se concluye con diagnóstico de osteoma periférico de hueso compacto.

DISCUSIÓN

El osteoma es un tumor benigno de crecimiento lento, que se caracteriza por la proliferación de hueso compacto o esponjoso.¹⁷ 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, sin embargo, sí presentó dolor en la zona maxilar superior por su cercanía a seno maxilar. El paciente no refirió ni se detectaron antecedentes de infección o trauma que pudieran haber detonado su inicio por lo que se descartó lesiones como displasias fibroósas o tumores odontogénicos como el cementoblas-

toma. Aunque la etiología del osteoma periférico no está definida se cree que diversos procesos inflamatorios pueden desencadenar una reacción osteogénica, proveniente de remanentes embriológicos cartilagosos y periostales que se perpetúan en el tiempo por la acción muscular continua sobre el área.¹⁶

El examen imagenológico completo es relevante en la elección del abordaje quirúrgico de la lesión, pues la imagen obtenida por la tomografía computarizada permitió observar los límites claros de la lesión y su relación con el seno maxilar, ápices y tabla vestibular maxilar; facilitando la resección con un límite de seguridad suficiente, manteniendo la continuidad del piso del seno maxilar. La clínica, la imagenología y la histopatología de este caso confirman el diagnóstico de osteoma periférico.

El osteoma periférico maxilar es poco frecuente. El diagnóstico temprano y la remoción quirúrgica de la lesión ayudan a evitar futuras complicaciones y aliviar sintomatología presente;¹⁸ sin embargo, el seguimiento posoperatorio debe incluir estudios clínicos y radiológicos periódicos cada seis meses el primer año y luego anualmente. La recurrencia de esta lesión es rara y es importante la correlación histopatológica e imagenológica para un diagnóstico adecuado, en especial para descartar asociación al síndrome de Gardner.¹⁹

CONCLUSIÓN

El osteoma periférico de hueso compacto es una entidad patológica que se presenta de manera esporádica en la región maxilofacial, el diagnóstico por lo regular es a través de hallazgo radiográfico, aunque en algunas ocasiones alcanza tamaños considerables que ocasiona deformidades o produce sintomatología. Es importante la correlación histopatológica e imagenológica para un diagnóstico definitivo y el tratamiento de la lesión es la remoción quirúrgica.

REFERENCIAS

1. Neville B. Oral and maxillofacial pathology. 4th ed. Saunders/Elsevier; 2017.
2. 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;E139-42.
3. Shakya H. Peripheral osteoma of the mandible. *J Clin Imaging Sci*. 2011;1-56.
4. Colletti G, Autelitano L, Rabbiosi D, Tewfik K, Frigerio A, Biglioli F. Parosteal osteoma arising in an iliac bone graft used for mandibular reconstruction. *J Oral Maxillofac Surg*. 2012;70:477-80.
5. Boffano P, Bosco G, Gerbino G. The surgical management of oral and maxillofacial manifestations of Gardner syndrome. *J Oral Maxillofac Surg*. 2010;68:2549-54.
6. Lew D, DeWitt A, Hicks R, Cavalcanti M. Osteomas of the condyle associated with Gardner's syndrome causing limited mandibular movement. *J Oral Maxillofac Surg*. 1999;57:1004-9.
7. Rappaport JM, Attia EL. Pneumocephalus in frontal sinus osteoma: A case report. *J. Otolaryngol*. 1994;23:430-436.
8. Bodner L, Gatot A, Sion-Vardy N, Fliss DM. Peripheral osteoma of the mandibular ascending ramus. *J. Oral Maxillofac. Surg*. 1998;56:1446-1449.
9. Halawi AM, Maley J, Robinson R, Swenson C, Graham S. Craniofacial osteoma: Clinical presentation and patterns of growth. *Am. J. Rhinol. Allergy*. 2013;27:128-133.
10. Larrea N, Valmaseda E, Berini L, Gay C. Osteomas of the craniofacial region. Review of 106 cases. *J. Oral Pathol. Med*. 2008;(37):38-42.
11. Societa' Italiana di Chirurgia Maxillo-Facciale (SICMF). *Trattato di Patologia Chirurgica Maxillo-Facciale* Torino: Minerva Medica; 2007.
12. Ziccardi VB, Smith JA, Braun TW. Osteoma of the maxillary antrum. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod*. 1995;(80):378-379.
13. Loukas M, Hulsberg P, Tubbs RS, Kapos T, Wartmann CT, Shaffer K, et al. The tori of the mouth and ear: A review. *Clin. Anat*. 2013;(26):953-960.
14. Yamasoba T, Harada T, Okuno T, Nomura Y. Osteoma of the middle ear: Report of a case. 1990;(116):1214-1216.
15. Sayan NB, Üçok C, Karasu HA, Günhan Ö. Peripheral osteoma of the oral and maxillofacial region: A study of 35 new cases. *J. Oral Maxillofac. Surg*. 2002; 60:1299-1301.
16. Espinosa FJ y cols. Osteoma mandibular periférico. *Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial* 2017;13(2):60-64
17. Licéaga C, Del Bosque J, Aldape B, Montoya L, Morelos E, González V. Osteoma gigante en mandíbula. *Reporte de Caso*. 2013;23(4).

18. Prabhuji M, Kishore H, Sethna G, Moghe A. Peripheral osteoma of the hard palate. *J Indian Soc Periodontol.* 2012;16:134-7.
19. Seo-Young A, Chang-Hyeon A, Karp-Shik C. Giant osteoma of the mandible causing breathing problem. *Korean Journal of Oral and Maxillofacial Radiology.* 2006; 36:217-220.