



## Osteoma central en cóndilo mandibular. Tratamiento: Reporte de un caso

Zeyda María Oliman Hoyos,\* Rafael Flores García,\*\* Alejandra Rodríguez Pérez,\*\*\*  
Carlos Muñoz Garza\*\*\*\*

### RESUMEN

El osteoma es un tumor benigno, de etiología desconocida, derivado del tejido óseo, el cual se puede producir en cualquier hueso. Radiológicamente se presentan como radioopacidades densas bien circunscritas y delimitadas o como radioopacidades con zonas radiolúcidas. Dentro de su tratamiento se recomienda la remodelación ósea, la extirpación quirúrgica o una combinación de ambas técnicas. Se presenta el caso de una paciente de 15 años de edad a quien se le resecó una masa ósea de la articulación temporomandibular derecha.

**Palabras clave:** Osteoma, cóndilo, tumor óseo.

### SUMMARY

*The osteoma is a benign tumor derived from bone tissue, which can occur in any bone, of unknown etiology. Radiologically dense radiopaque appears as well circumscribed and delimited or radiopacities with radiolucent areas. Within its treatment is recommended bone remodeling, surgical removal or a combination of both techniques. This is a case of a 15 years old girl, who was bone dry mass of the right temporomandibular joint.*

**Key words:** Osteoma, condyle, bone tumor.

### INTRODUCCIÓN

Es un tumor benigno derivado del tejido óseo, el cual se puede producir en cualquier hueso, aunque con mayor incidencia en pelvis y rodilla. Su etiología se desconoce, pero se ha asociado a traumatismos, respuestas a infección y a anomalías del

crecimiento. No produce metástasis y su expresión clínica consiste en un crecimiento lento, progresivo y asintomático, asimetría facial y maloclusión. Se presenta más a menudo en adolescentes y adultos, con mayor aparición entre la segunda y quinta década de la vida y tiene preferencia por el sexo masculino, más que por el femenino (2:1).<sup>1</sup>

www.medigraphic.org.mx

\* CDMF Médica adscrita al Servicio de Cirugía Maxilofacial.

\*\* CDMF Jefe de Servicio de Cirugía Maxilofacial.

\*\*\* CDMF Médica adscrita al Servicio de Cirugía Maxilofacial

\*\*\*\* CD Residente 2do año Cirugía Maxilofacial.

Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz «Dr. Rafael Lucio». Xalapa, Veracruz

Correspondencia:

Carlos Muñoz Garza

Zeyda María Oliman Hoyos

E-mail: zeydao@gmail.com drmunoz80@hotmail.com

Cuando aparecen en la región de los maxilares hay una mayor incidencia en mandíbula que en hueso maxilar (2:1).<sup>1,2</sup>

Por lo regular, este tipo de lesiones se presentan de manera aislada y únicos. Existe un síndrome, el cual se asocia con la aparición de múltiples osteomas. Éste es el síndrome de Gardner,<sup>3</sup> también llamado síndrome de la osteomatosis intestinal. Es un trastorno hereditario autosómico dominante, con un 80 a 100% de penetrancia.

Descrito por primera vez en 1936 por Thomas y en 1956 por Fitzgerald, recién en 1953-1954 Gardner y otros lo reconocen como un síndrome que consta de: osteomas múltiples principalmente en los huesos faciales, quistes epidermoides en piel, poliposis múltiples del intestino grueso, fibromas de la piel. De acuerdo al sitio donde se formen estos tumores, se pueden considerar centrales o periféricos. Central si su origen es el endostio y periférico si su origen es el periostio. Radiográficamente se aprecian radioopacidades densas bien circunscritas y delimitadas o como radioopacidades con zonas radiolúcidas en su interior. Histopatológicamente se describen dos variantes: 1) Hueso compacto denso con tejido medular disperso y 2) Trabéculas laminares de hueso esponjoso.<sup>4,5</sup>

Como diagnósticos diferenciales de estas lesiones se pueden mencionar exostosis maxilar-mandibular, osteoma osteoide, osteoblastoma, condroma, fibroma cemento-osificante, odontoma.

En cuanto al tratamiento, se puede realizar una remodelación ósea o la extirpación quirúrgica de la lesión, incluso realizar una combinación de ambos.<sup>6,7</sup>

## CASO CLÍNICO

Se presenta a continuación un caso clínico de paciente femenino de 15 años de edad que acude al Servicio de Estomatología del CEMEV, presentando dolor en la articulación temporomandibular derecha, así como alteraciones de oclusión dental, de poco más de un mes de evolución (*Figura 1*).

En la radiografía panorámica (*Figura 2*) se observa una lesión mixta, que involucra cóndilo mandibular derecho, moderadamente definida. Se solicita tomografía tridimensional, donde se observa un aumento de volumen denso adyacente al cuello y cóndilo mandibular y estudio de centellografía, en donde se observan zonas de mayor actividad, todo para su mejor diagnóstico (*Figura 3*).

Como parte de su tratamiento, la paciente se programa para realización de condilectomía total

con abordaje de Blair o preauricular y realización de abordaje de Risdon; posteriormente se realiza osteotomía vertical de rama ascendente mandibular (*Figura 4*) y subsecuente osteosíntesis (*Figura 5*), remodelado remanente óseo para la reposición de cóndilo (*Figura 6*).

Una vez terminada la cirugía, se envía pieza quirúrgica al Departamento de Anatomopatología del Centro de Especialidades Médicas del estado de Veracruz «Dr. Rafael Lucio», para su análisis histopatológico, reportándose una lesión ósea con patrón laminar compatible con osteoma (*Figura 8*).

Posterior a la cirugía, en sus citas de control se le pide radiografía panorámica en la cual se observa que el remanente de la osteotomía vertical se encuentra fuera de la cavidad glenoidea; sin embargo, la paciente presenta mordida adecuada.

## DISCUSIÓN

Los osteomas son tumores óseos benignos, de crecimiento lento y característicos de la región craneomaxilofacial. Pueden ser centrales o periféricos. Se desconoce su incidencia y prevalencia reales, ya que en la mayoría de los casos, son asintomáticos. Se presentan a cualquier edad, por lo general entre la segunda y la quinta décadas de la vida.<sup>8</sup>

Los osteomas centrales se localizan más frecuentemente en los huesos frontal, etmoides y mandíbula, mientras que los periféricos son más comunes en los senos paranasales. Suelen presentarse como hallazgos radiológicos. Normalmente son solitarios y cuando se presentan de forma múltiple debemos descartar la presencia de síndrome de Gardner.<sup>8,9</sup>

Los osteomas periféricos de la mandíbula suelen hacerse sintomáticos cuando su crecimiento sobrepasa los límites del hueso donde asienta, causando una asimetría o deformidad facial.<sup>9</sup>

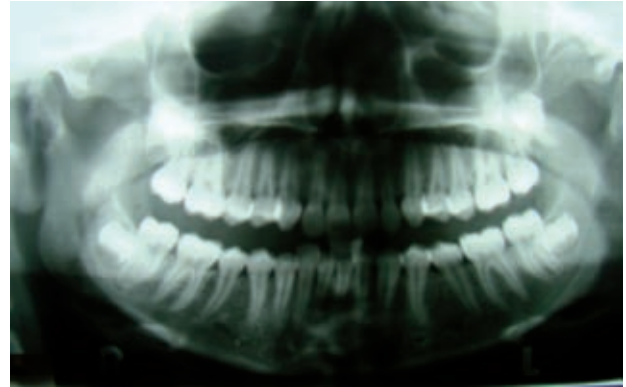
Dado que la clínica no es patognomónica de estos tumores, el primer paso sería un estudio radiográfico simple o una ortopantomografía.<sup>9</sup>

La TC se considera un elemento fundamental para la determinación, localización y extensión de la lesión, y para planificar la cirugía más adecuada. El diagnóstico diferencial debe realizarse con numerosas entidades: exostosis, osteítis condensante, osteoblastoma, osteocondroma, osteocondritis, entre otros.<sup>10</sup>

Las áreas más frecuentes de aparición de este tipo de lesiones en el hueso mandibular son: ángulo de la mandíbula y cóndilo de la articulación temporomandibular, principalmente.<sup>10</sup>



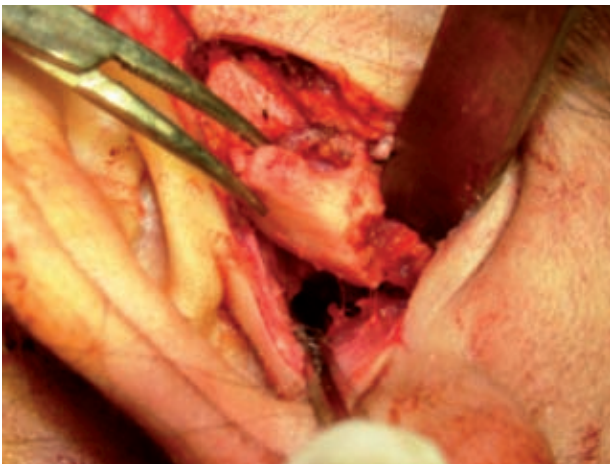
**Figura 1.** Paciente de 15 años de edad.



**Figura 2.** Radiografía panorámica que muestra lesión mixta en región condilar derecha.



**Figura 3.** Tomografía tridimensional y centellografía.

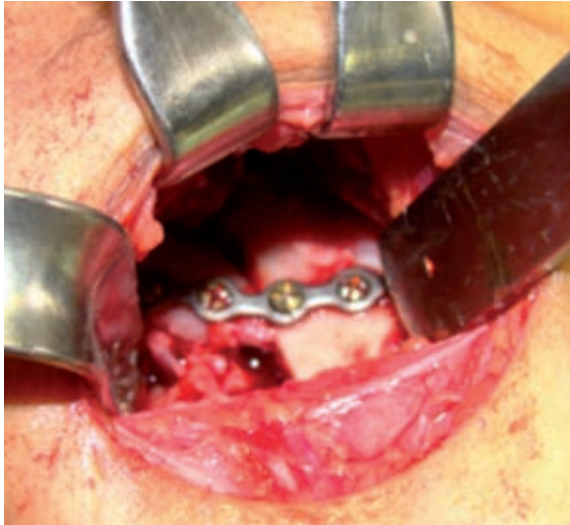


**Figura 4.** Extirpación de masa ósea.

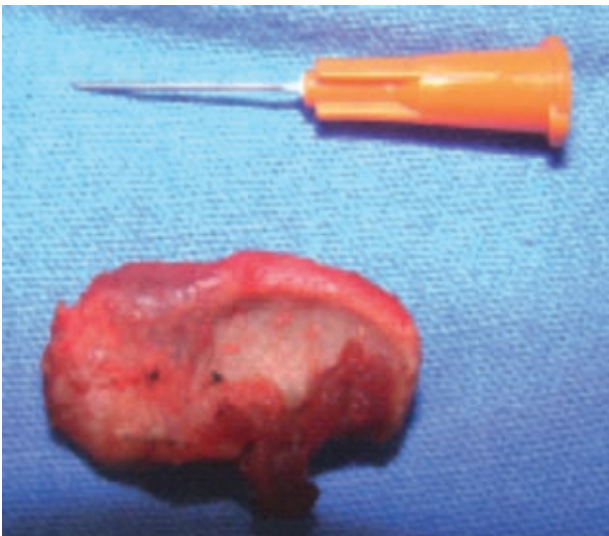


**Figura 5.** Lecho quirúrgico masa ósea.





**Figura 6.** Fijación condilar.

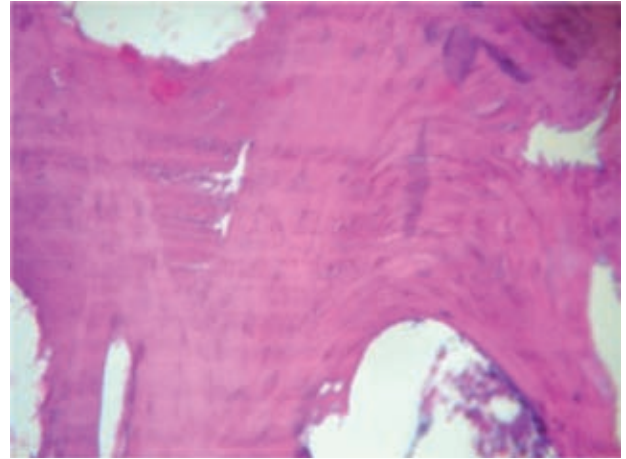


**Figura 7.** Lesión ósea transoperatoria.

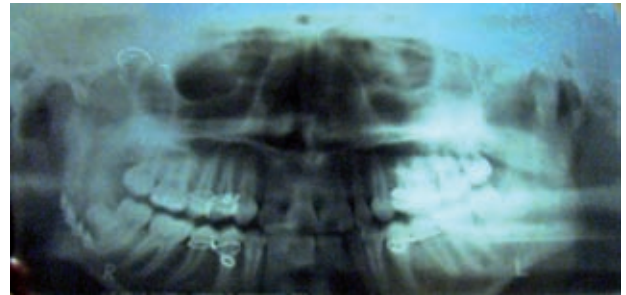
En cuanto al manejo de estos tumores, sería preciso intervenir aquellos osteomas de crecimiento continuo, sintomáticos, por estética y por elección del paciente (cancerofobia).<sup>11</sup>

Habiendo ya establecido el tratamiento quirúrgico, el tipo de cirugía y la vía de abordaje estarán condicionados por el tamaño y localización del tumor, y por la habilidad del equipo quirúrgico, sabiendo que la recidiva es posible, aunque rara.<sup>11</sup>

Debemos considerar que los osteomas crecen del centro hacia la periferia, por lo que su resec-



**Figura 8.** Laminilla histológica.



**Figura 9.** Radiografía de control a las 2 semanas.

ción parcial, dejando un remanente periférico, raramente provocará recidivas y, por tanto, su resección completa en áreas críticas no será necesaria cuando el riesgo de daño quirúrgico sea alto.

Clásicamente se han utilizado abordajes abiertos para la resección de los osteomas de articulación temporomandibular.

En el caso de los osteomas articulares mandibulares es indicativo la vía extraoral.<sup>12</sup>

Resumiendo, los osteomas son tumores de crecimiento impredecible y con prácticamente nula probabilidad de transformación maligna, por lo que el manejo de las masas asintomáticas lleva a controversia.<sup>13</sup>

Se debe realizar una evaluación personal individualizada de cada caso, en función del tamaño, localización, riesgo derivado de la intervención, así como el riesgo derivado de la conducta expectante, para decidir la actitud terapéutica.<sup>12,13</sup>

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sciubba J, Fantasia J, Kahn L. Tumors and Cysts of the Jaws-Armed Forces Institute Pathology, 2001.
2. Neville B, Damm D, Allen D, Bouquot J. Oral Maxillofacial Pathology WB Saunders Company, 2202.
3. Salud Militar. 2007; 29 (1): 18-36.
4. Regezzi-Sciubba. Patología Bucal. Segunda Edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. 422-424.
5. Sapp P, Eversole L, Wysocki G. Patología oral y maxilofacial contemporánea. Publicación Harcourt.
6. Kruger. Cirugía bucomaxilofacial. 5° edición. Editorial Interamericana.
7. Cawson RAO, Odell EW. Oral Pathology, Second Edition, Editorial Churchill Livingston.
8. Tochiara S, Sato T, Yamamoto H, Asada K, Ishibashi K. Osteoid osteoma in mandibular condyle. Int J Oral Maxillofac Surg 2003; 30 (5): 455-7.
9. Osteoma gigante de la mandíbula en un paciente con síndrome de Gardner.
10. Benign osteoma with Gardner syndrome: Review of the literature and report of a case.
11. Peripheral Osteoma of the maxillary alveolar process.
12. Craniofacial osteomas: report of 3 cases and review of the literature.
13. Peripheral osteoma of the mandibular condyle. J Chin Med Association 2003; 66: 123-126