



Asociación Mexicana de
Cirugía Bucal y Maxilofacial,
Colegio Mexicano de Cirugía
Bucal y Maxilofacial, A.C.

Vol. 12, Núm. 2 • Mayo-Agosto 2016 • pp. 40-44

Osteoma en cavidad glenoidea revisión de la literatura. Reporte de un caso

Martín Elizalde Monroy,* Jovita Romero Flores, Paolo Fabián Talavera Ramos,***
Miriam Alejandra Veras Hernández******

RESUMEN

El osteoma es una neoplasia ósea poco frecuente en la cavidad glenoidea, se caracteriza por ser una lesión autolimitante, dolorosa y de pequeño tamaño. Se presenta el caso de una mujer de 33 años de edad, al estudio radiográfico para la atención dental se identifica área radiopaca delimitada que ocupa la cavidad glenoidea sin otro signo o síntoma. Se realizan estudios complementarios y extirpa la lesión siendo reportada al estudio anatomo-patológico como osteoma.

Palabras clave: Osteoma, cavidad glenoidea.

SUMMARY

The osteoma is an infrequent neoplasia in the glenoid bone, it is characterized by being a self-limiting, painful and small injury. The case of a 33-year-old woman is reported, that the radiographic study for dental care shows a delimited radiopaque area that occupies the glenoid, without other signs or symptoms. Complementary studies are conducted and the lesion removed, being reported by the anatomo-pathologic study as osteoma.

Key words: Osteoma, glenoid fossa.

INTRODUCCIÓN

El osteoma es una neoplasia ósea poco frecuente, en la actualidad existen pocos casos reportados que se hayan desarrollado en la articulación temporo-mandibular. La Organización Mundial de la Salud

lo define como un tumor benigno formador de hueso caracterizado por su potencial de crecimiento limitado, tamaño pequeño y dolor.¹ Por lo regular afecta a pacientes pediátricos y adolescentes; sin embargo, ocasionalmente puede surgir en pacientes adultos y tiene predilección por el sexo masculino. Se ha

* CMF Médico adscrito al Servicio de Cirugía Maxilofacial.

** CMF Jefe de Servicio de Cirugía Maxilofacial.

*** CD Residente cuarto año de Cirugía Maxilofacial.

**** Residente de tercer año de Cirugía Maxilofacial.

Centro Médico Nacional Siglo XXI Hospital de Especialidades «Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez» Ciudad de México.

Correspondencia:
Martín Elizalde Monroy
E-mail: elizaldecmf@live.com.mx

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/cirugiabucal>

reportado en casi todos los huesos a excepción del esternón; no obstante la articulación temporomanubular es un sitio en el que muy rara vez ocurre.²

Su presentación clínica inicia con aumento de volumen lento y con frecuencia cursa con dolor, al principio es intermitente con exacerbación nocturna que cede con AINES y salicilatos, es probable que el desarrollo de osteomas cerca o dentro de las articulaciones cause una artritis que puede progresar a osteoartritis secundaria con osificación ectópica.²

Radiográficamente la lesión se observa como un área radiopaca que corresponde a la densa esclerosis cortical rodeada por un halo radiolúcido. En la imagen del escaneo tomográfico se aprecia el área de esclerosis delimitada por un área menos densa.³

El estudio patológico macroscópico revela hueso cortical marrón con áreas grises rodeado por una capa granular circunscrita hacia el tejido circundante, en la superficie de corte justo al centro es frecuente observar hueso esclerótico color blanco. De acuerdo con la histopatología, la neoplasia está compuesta por espacios medulares compactos de tejido conjuntivo vascularizado que contiene osteoblastos diferenciados inmersos en la matriz osteoide y algunas veces en la periferia del hueso maduro, la presencia de osteoclastos es poco frecuente; sin embargo, es un hallazgo constante en la remodelación del hueso a la porción central de la lesión.⁴ El osteoide se dispone en un patrón microtrabecular rodeado por osteoblastos grandes aposiciónados acorde al depósito de matriz, esta característica permite distinguir este tumor del osteosarcoma. En la periferia del osteoma generalmente hay un área de hueso esclerótico hipervasculizado. Se han reportado defectos genéticos en los cromosomas 22 y 17. El pronóstico es de bueno a excelente, el reporte de recurrencias es escaso y el tratamiento definitivo es la resección quirúrgica.^{5,6}

Esta lesión generalmente aparece en huesos largos en la región epifisaria, por otro lado el síndrome de Gardner es un desorden autosómico dominante con penetrancia casi total (80%) que se caracteriza por poliposis intestinal adenomatosa, dientes supernumerarios, quistes de inclusión epidérmica y por el desarrollo de múltiples osteomas.⁷

CASO CLÍNICO

Se presenta caso clínico de paciente femenino de 33 años de edad que acude al Servicio de Cirugía Maxilofacial del CMN SXXI Hospital de Especialidades IMSS con discreto aumento de volumen en región preauricular derecha, asintomático (*Figura*

1), con una ortopantomografía en la que se observa crecimiento óseo en región de cavidad glenoidea derecha bien delimitada (*Figura 2*).

La tomografía computarizada revela un aumento de volumen denso en región de cavidad glenoidea derecha (*Figura 3*).

Como parte del tratamiento se programa a la paciente para biopsia excisional utilizando un abordaje preauricular derecho por planos (*Figura 4*), se retira crecimiento óseo con las siguientes características: forma redonda, superficie lobulada consistencia dura, color café claro y oscuro con medidas $3.0 \times 3.0 \times 2.0$ (*Figura 5*).

Se envía tejido al Servicio de Anatomía Patológica del CMN Siglo XXI HE IMSS. En el estudio anatomo-patológico se incluye espécimen de tejido duro compuesto por hueso cortical, áreas de hemorragia y superficie anfractuosa, en los cortes histológicos examinados se aprecia matriz osteoide rodeada por hueso compacto lamelar maduro y vital, con osteocitos maduros aposiciónados acorde a las líneas de incremento óseo (*Figura 6*).

Posterior a la cirugía, en las citas de control se realiza tomografía computarizada simple en la que se observa cavidad glenoidea libre sin remanentes óseos (*Figura 7*), cicatriz preauricular derecha en adecuada fase de cicatrización, nervio facial conservado, sin aumento de volumen en región intervenida a cuatro semanas del procedimiento quirúrgico (*Figura 8*).

DISCUSIÓN

Los osteomas son tumores óseos benignos de crecimiento lento y característicos de la región craneo-maxilofacial. Pueden ser centrales o periféricos. Se desconoce su incidencia y prevalencia reales, ya que en la mayoría de los casos son asintomáticos. Aparecen a cualquier edad, por lo general entre la segunda y la quinta década de vida.⁸

Los osteomas centrales se localizan con más frecuencia en los huesos frontales, etmoides y mandíbula, mientras que los periféricos son más comunes en los senos paranasales. Suelen surgir como hallazgos radiológicos. Normalmente son solitarios y cuando se presentan de forma múltiple debe descartarse la presencia de síndrome de Gardner.^{8,9}

Los osteomas periféricos de la mandíbula se vuelven sintomáticos cuando su crecimiento sobrepasa los límites del hueso donde se asientan, causando una asimetría o deformidad facial.⁹

En virtud de que la clínica no es patognomónica en estos tumores, el primer paso sería un estudio radiográfico simple o una ortopantomografía.⁹



Figura 1. Aumento de volumen en región preauricular derecha.



Figura 2. Ortopantomografía inicial.

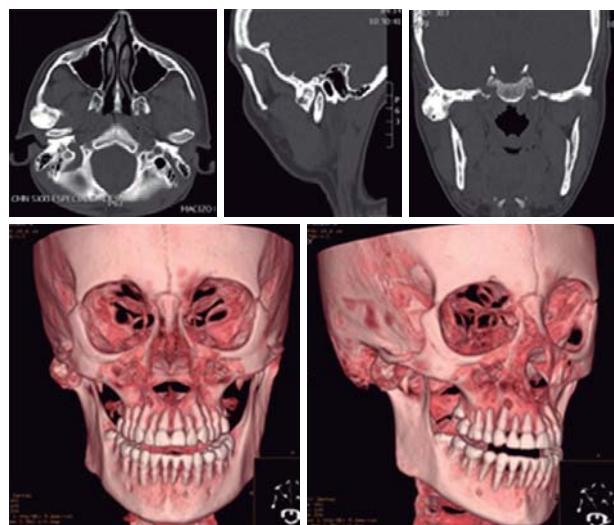


Figura 3. Tomografía computarizada simple macizo facial prequirúrgica.



Figura 4. Abordaje preauricular por planos, exposición y resección de lesión.

La tomografía computarizada 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.¹⁰

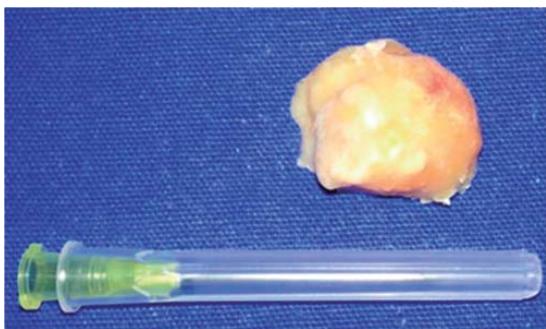


Figura 5. Pieza única de lesión resecada de $3.0 \times 3.0 \times 2.0$ mm de características similares al tejido óseo.

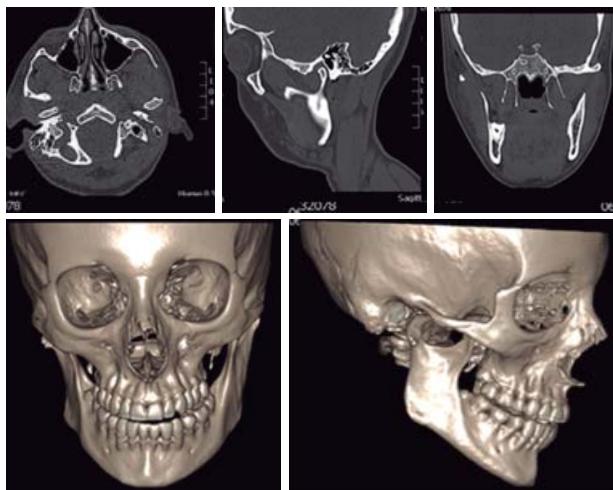


Figura 7. Tomografía computarizada simple macizo facial postquirúrgica.

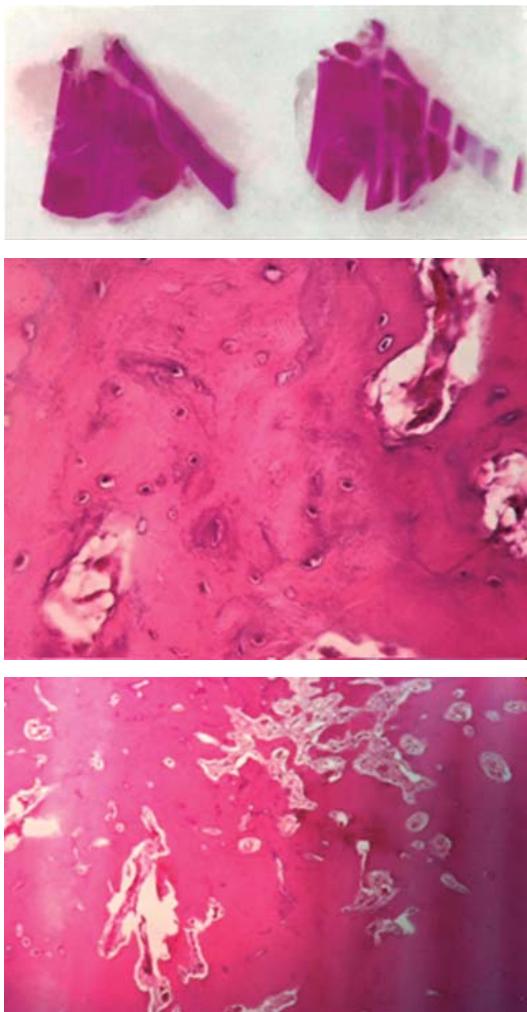


Figura 6. Cortes histológicos, en el estudio anatomopatológico se incluye espécimen de tejido duro compuesto por hueso cortical, áreas de hemorragia y superficie anfractuosa, en los cortes histológicos examinados se observa matriz osteoide rodeada por hueso compacto lamelar maduro, con osteocitos maduros aposiciónados acorde a las líneas de incremento óseo.



Figura 8. Abordaje preauricular e imagen frontal cuatro semanas posteriores a procedimiento quirúrgico.

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

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

Habiendo 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, a sabiendas que la recidiva es posible, aunque rara.¹¹

Debe considerarse que los osteomas crecen del centro hacia la periferia, por lo que su resección 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.

Por lo regular se han utilizado abordajes abiertos para la resección de los osteomas de articulación temporomandibular.

En el caso de los osteomas articulares mandibulares lo indicado es la vía extraoral.¹²

En resumen, 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.¹³

CONCLUSIÓN

Antes de decidir la actitud terapéutica debe realizarse 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.^{12,13}

BIBLIOGRAFÍA

1. Scuibba J, Fantasia J, Kahn L. Tumors and cysts of the jaws-armed forces institute pathology. 2001.
2. Nevile B, Damm D, Allen D, Bouquot J. Oral and Maxillofacial Pathology WB Saunders Company, 2202.
3. Salud Militar. 2007; 29 (1): 18-36.
4. Regezzi-Scuibba. 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. 5a. edición. Ed. Interamericana.
7. Cawson RAO, Odell EW. Oral Pathology, Second Edition, Editorial Churchill Livingston.
8. Tochihara S, Sato T, Yamamoto H, Asada K, Ishibashi K. Osteoid osteoma in mandibular condyle. Int J Oral Maxillofac Surg. 2003; 30 (5): 455-457.
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.