

Características clínicas del osteoma de mastoides

Laura Espinosa Morett,* Rafael Navarro Meneses**

RESUMEN

Los osteomas mastoideos son tumores óseos, poco frecuentes y benignos. Se manifiestan como un aumento de volumen retroauricular, con crecimiento lento y progresivo, y generalmente son asintomáticos. El diagnóstico es clínico y radiológico a través de la TC y se confirma con el estudio histopatológico. El tratamiento quirúrgico está indicado en lesiones sintomáticas o por fines estéticos. Se comunica un caso de osteoma mastoideo tratado en el Servicio de Otorrinolaringología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre. Se revisaron y analizaron los casos publicados en la bibliografía a fin de establecer las características clínicas de esta rara entidad. **Palabras clave:** mastoides, osteoma, hueso temporal.

ABSTRACT

Mastoid osteomas are rare, benign bone tumors. They present as a hard retroauricular mass, usually asymptomatic with a chronic course. The diagnosis is based on clinical examination and CT imaging and it is confirmed with histopathology result. Surgical management is usually justified by cosmetic reasons or for those symptomatic lesions. This paper reviews the case of a patient treated National Medical Center 20 de Noviembre, Mexico City, and reviews and analyzes the case reports in the literature in order to establish the clinical characteristics of this rare entity.

Key words: mastoid, osteoma, temporal bone.

Paciente masculino de 32 años de edad con antecedentes de acromegalia por macroadenoma hipofisario secretor de hormona de crecimiento, hipotiroidismo secundario y microlitiasis renal. Inició su padecimiento actual hacía aproximadamente ocho años, con aumento de volumen retroauricular lentamente progresivo y asintomático hasta hacía 10 meses, con desplazamiento del pabellón auricular hacia adelante y dificultad para portar lentes. Durante la exploración física se encontró aumento de

volumen retroauricular de aproximadamente 4 X 3 cm de consistencia ósea, no móvil, sin cambios tróficos en la piel, con desplazamiento anterior del pabellón auricular y protrusión de la lesión hacia la pared posterior del canal auditivo externo con obliteración parcial del mismo (Figura 1). Se solicitó una TC de oídos en la que se observó una lesión hiperdensa compatible con densidad ósea dependiente de la cortical externa de la mastoides, sin infiltración a las celdillas mastoideas o a los tejidos blandos circundantes (Figura 2). Se solicitó una audiometría tonal con resultado de normoacusia bilateral y timpanometría con curvas A de Jerger bilateral. Bajo anestesia general se realizó incisión retroauricular, disección por planos y colgajo triangular con base anterior sobre la lesión ósea hasta desperiostizar la misma. Con el cincel colocado en el sitio de unión de la lesión con el resto de la corteza mastoidea, se reseco por completo, hasta encontrar la corteza mastoidea libre de lesión (Figura 3). Se realizó acto quirúrgico sin complicaciones trans o posoperatorias, con adecuada evolución a siete meses posoperatorios que se tienen de seguimiento (Figura 4). Se realizó una audiometría posoperatoria cuyo resultado

* Médico adscrito al Servicio de Otorrinolaringología.

** Director General.

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE.

Correspondencia: Dra. Laura Espinosa Morett. Avenida Felix Cuevas 540, colonia Del Valle, CP 03229, México, DF. Correo electrónico: lemorett@yahoo.com

Recibido: junio, 2012. Aceptado: septiembre, 2012.

Este artículo debe citarse como: Espinosa-Morett L, Navarro-Meneses R. Características clínicas del osteoma de mastoides. Rev Esp Méd Quir 2012;17(4):324-329.



Figura 1. Lesión retroauricular de 4 X 3 cm, de consistencia ósea, sin daño a los tejidos blandos circundantes.



Figura 2. TC de oídos. Se observa una lesión hiperdensa a expensas de la cortical de la mastoides derecha, sin daño a las celdillas mastoideas.



Figura 3. Resección del osteoma de la mastoides con cincel.



Figura 4. Imagen del paciente 10 días después de la intervención quirúrgica.

fue normoacusia bilateral. En el reporte de patología se confirmó el diagnóstico de osteoma compacto mastoideo de 4 X 2.8 cm (Figura 5).

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Para la revisión de la bibliografía se utilizaron como palabras clave: *mastoides*, *osteoma* y *hueso temporal*.

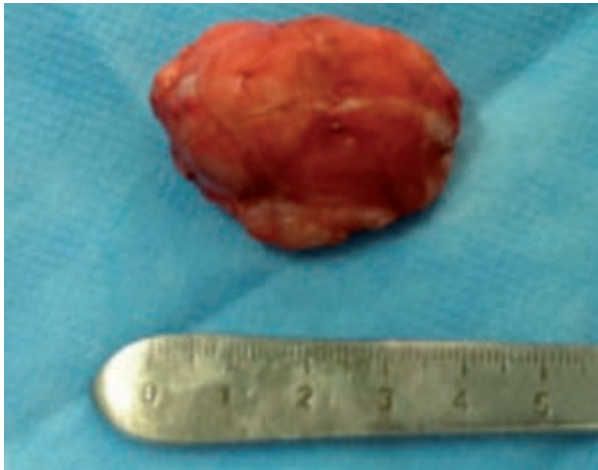


Figura 5. Pieza posoperatoria de 4 X 3 cm de consistencia ósea.

En febrero de 2012 se realizó la búsqueda de artículos en inglés o en español, de estudios efectuados en humanos, en Wiley Online Library, Science Direct Elsevier, MDConsult, Medline via OVID, Pubmed y Springerlink. A partir de los artículos revisados, se compilaron los datos clínicos que se incluyen en el Cuadro 1; para el análisis se agregó al paciente de nuestro servicio.

Obtuvimos una serie de 17 pacientes reportados con diagnóstico clínico y, en algunos casos, histopatológico de osteoma de mastoides. El 70.5% ($n = 12$) era del gé-

nero femenino. La edad promedio al iniciar la consulta fue de 26.8 años, con un tiempo de evolución promedio del cuadro clínico de 6.4 años. La mayoría de los pacientes acudió a consulta por motivos estéticos debido al abombamiento retroauricular; sólo en uno de los casos hubo dolor. Ninguno de los casos, salvo el que nosotros reportamos, tenía antecedentes médicos de importancia. El oído derecho fue el más afectado, en 57% de los casos. El tipo histológico informado con más frecuencia fue el osteoma de tipo compacto u osteoide. La audiometría fue normal en los casos reportados, excepto en un paciente con hipoacusia sensorineural bilateral atribuida a presbiacusia. En los casos sometidos a intervención quirúrgica, la técnica preferida fue con fresado de la lesión y en el resto de los casos se realizó resección con cincel o con técnica mixta. Hubo complicaciones en 2 de los 14 casos que se sometieron a operación, lo que equivale a complicaciones transoperatorias en 14.2% de los casos, que incluyen sangrado y trombosis de seno sigmoides¹² e hipoacusia sensorineural moderada en frecuencias altas atribuida al uso de la fresadora.

DISCUSIÓN

Los osteomas son tumores óseos benignos poco frecuentes en cabeza y cuello, generalmente localizados en la

Cuadro 1. Características de los pacientes analizados

	Año	N	Sexo	Edad	Tevol	CC	Lado	Informe histopatológico	Audiometría	Técnica quirúrgica	Tamaño	Complicaciones
Borlingegowda ¹	2008	1	F	18	3	E	OI	OO	NL	F	3 X 3	No
Domínguez ²	2011	1	F	44	-	A	OI	-	-	NO	0.1	-
Takenka ³	2004	1	F	55	41	E	OD	-	SN leve	-	2.5 X 2.5	-
Lt Col AK Das ⁴	2003	1	F	16	6	E	OD	OO	-	F y C	2 X 2 cm	No
M El Fakiri ⁵	2011	2	F/F	59/37	9/10	E/E	OI/OI	OC/OC	NL/NL	C/-	¾ X 5	No
Lee ⁶	2008	1	F	25	0.5	E	OI	OC	-	F	3 X 3	Sí
Pereira ⁷	2009	2	M/F	12/19	1/2	E/E	OD/OD	O	-	-	2 X 1.5/2 X 3	No
Ozgürsoy ⁸	2008	1	M	26	1	E	OD	OC	NL	FYC	1.3 X 1	No
Borlingegowda ⁹	2011	3	F/F/M	12/15/14	0.75/ 1/2	EEE	¿?	-	-	F	-	-
Martínez ¹⁰	2003	2	M/F	21/25	1/4	E	OD/OI	-	NLNL	C/F	-1/2 X 3 cm	No
Gupta ¹¹	1970	1	F	26	12	E, D	OD	-	-	-	4 cm	Sí
Espinosa	2012	1	M	32	8	E	OD	OC	NL	C	4 ´ 3	NO

Tevol: tiempo de evolución en años; CC: cuadro clínico; E: estético; D: dolor; A: asintomático. OI: oído izquierdo; OD: oído derecho; OO: osteoma osteoide; OC: osteoma compacto; NL: normoacusia; SN leve: hipoacusia sensorineural leve; F: fresado; C: cincel; -: datos no reportados en el artículo.

región frontal y etmoidal. Son aún más raros en el hueso temporal y la mayor parte de ellos se localizan en la mastoides, seguidos del conducto auditivo externo, luego de la porción escamosa, el oído medio, la articulación temporomandibular, el ápex petroso, el proceso estiloides y el conducto auditivo interno.¹ Según Domínguez Pérez y col.,² en la bibliografía se han descrito 150 casos de osteomas de la mastoides desde 1861.

Los osteomas de mastoides son tumores de crecimiento lentamente progresivo en el área retroauricular, aparecen principalmente a expensas de la tabla externa de la mastoides, su origen es periosteal. Generalmente son asintomáticos y, si llega a haber dolor, éste se atribuye a irritación del nervio auricular o a una afectación de la tabla interna del hueso temporal.¹³ Según su localización, los pacientes con dicho tumor pueden padecer acúfeno, vértigo o hipoacusia.¹ Afectan con mayor incidencia a mujeres de la segunda a tercera décadas de la vida,³ como lo corroboramos en la serie revisada.

Existe controversia acerca de su causa y no se sabe con certeza cuál es el origen de la lesión. Entre las teorías más aceptadas están la traumática, seguida de la infecciosa, alteraciones hipofisarias, radioterapia, cirugía previa y la teoría congénita.^{1,2} Ninguno de los informes de caso consultados tienen antecedentes que apoyen alguna de las teorías, salvo el caso tratado en nuestro servicio, el cual tenía antecedente de acromegalia.

Desde el punto de vista histológico, el osteoma de mastoides se define como tejido osteoide incluido en tejido osteoblástico rodeado de hueso reactivo. Se puede clasificar en tres tipos histológicos: 1) el osteoma compacto, osteoide o eburneo (canales de Havers obliterados en su porción central), 2) el esponjoso (de aspecto trabeculado con amplios espacios medulares) y 3) el mixto, que comparte características de los dos previos.¹³ De éstos, el tipo compacto u osteoide es el más común. Desde el punto de vista clínico, podrían diferenciarse en que los osteomas compactos tienen una base de implantación sésil y tienen un crecimiento lento, mientras que los esponjosos son más pediculados y crecen con mayor rapidez.⁴

La TC es el estudio de elección para el diagnóstico de presunción y para delimitar la lesión; una lesión única hiperdensa, sin esclerosis o erosión del hueso adyacente es el hallazgo típico de un osteoma.² Las complicaciones

informadas en 1970¹ quizá se habrían evitado si hubiesen tenido acceso a una TC preoperatoria para definir los límites de la lesión.

El diagnóstico definitivo por reporte histopatológico es de gran importancia ya que se tienen diagnósticos radiológicos diferenciales,² como hematoma organizado calcificado, osteítis crónica calcificada, osteocondroma, osteosarcoma, osteoblastoma, displasia fibrosa monostótica (áreas escleróticas con áreas quísticas), metástasis óseas, tumor de células gigantes, enfermedad de Paget (osteoporosis circunscrita con aspecto de motas de algodón), mieloma múltiple solitario y osteopetrosis sifilítica hereditaria. Algunos datos que sugieren una lesión ósea maligna son el crecimiento rápido, dolor y una apariencia poco definida, heterogénea u osteolítica en la TC.⁵

La intervención quirúrgica está indicada en casos de duda diagnóstica, por cuestiones estéticas y en caso de tener síntomas como dolor, hipoacusia o incomodidad para portar lentes. Puede realizarse con fresado de la lesión o resección con cincel, aunque con la primera opción se han reportado complicaciones de hipoacusia sensorineural secundaria al uso de la fresa.⁶

En casos de osteomas múltiples craneofaciales, deberá descartarse el síndrome de Gardner, enfermedad autosómica dominante que incluye, además, manifestaciones cutáneas como quistes sebáceos y pólipos en el recto y el colon con riesgo de malignización, por lo que debe indicarse colonoscopia en pacientes con sospecha de la enfermedad.⁵

CONCLUSIONES

El osteoma de mastoides es una entidad con mayor prevalencia en el sexo femenino de la tercera década de la vida, el oído derecho es el más afectado, tiene una evolución crónica lentamente progresiva, por lo general es asintomático y el paciente busca atención por cuestiones estéticas. La intervención quirúrgica es una buena opción por su baja incidencia de complicaciones y debe realizarse de manera oportuna, ya que a mayor tiempo de evolución podría invadir estructuras importantes, como el nervio facial o el seno sigmoides, que harían difícil o riesgosa la resección.⁶ En la bibliografía no existen casos de recurrencia o malignización, por lo que después de la resección quirúrgica se tiene un buen pronóstico.⁷ El

uso de la TC es vital para conocer la extensión y definir el plan quirúrgico.

REFERENCIAS

1. Borlingegowda V. Extracanalicular osteoma of the temporal bone. *ENT Journal* 2008;87(7):381-383.
2. Domínguez-Pérez AD, Rodríguez-Romero R, Domínguez-Durán E y col. El osteoma en la mastoides, ¿un hallazgo incidental? *Acta Otorrinolaringol Esp* 2011;62(2):140-143.
3. Takenaka P, Perez F, Patrocinio S, Ribeiro J. Mastoid osteoma: report of a case and literature review. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2004;70(6):846-849.
4. Lt Col AK Das, Gp Capt RC Kashyap. Osteoma of the mastoid bone-a case report. *MJAFI* 2005;61(1):86-87.
5. El Fakiri, El Ballouri W, Halimi C, et al. Mastoid osteoma: Report of two cases. *Eur Ann Otol HN Dis* 2011;128:266-268
6. Lee R, Balkany T. Giant mastoid osteoma with postoperative high-frequency sensorineural hearing loss. *ENT Journal* 2008;87(1):23-25.
7. Pereira C, Wathson R, Gomez A, Nunes R. Mastoid osteoma. Consideration on two cases and literature review. *Int Arch Otorhinolaryngol* 2009;13(3):350-353
8. Özgürsoy S, Bagis O, Beton S, et al. Osteoma of the mastoid bone. *Mediterr J Otol* 2008;221-224.
9. Borlingegowda V. Characteristics of osteoma of the temporal bone in young adolescents *ENT Journal* 2011;90(2):72-79.
10. Martínez R, Morais D, Ramírez B. Osteoma de mastoides. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2003;54:94-97.
11. Gupta OP, Samant HC. Osteoma of the mastoid. *Laryngoscope* 1972;82:172-176.
12. Van Dellen. A mastoid osteoma causing intracranial complications: a case report. *S Afr Med J* 1977;51:597-598.
13. Martínez-Subías J, Lahoz-Zamarro MT, Laguía-Pérez M y col. Osteoma de mastoides. *ORL Aragon* 2000;3(2)18-19.