

Osteoma osteoide orbitario: presentación de un caso

RESUMEN

Los osteomas son tumores benignos de hueso, generalmente se presentan en los huesos largos. En oftalmología es poco frecuente localizarlos en la órbita. Se presenta el caso de una paciente de 39 años de edad, asintomática ocular que fue valorada por el servicio de oftalmología, por interconsulta de otorrinolaringología, debido a un hallazgo en la tomografía de senos paranasales enviada por un cuadro de rinitis alérgica. Al no existir compromiso de nervio óptico, limitaciones a la movilidad ocular ni a la visión se le dará seguimiento por tiempo indeterminado para valorar crecimiento o sintomatología oftalmológica que pudiera aparecer.

Palabras clave: osteoma, tomografía computada.

Cándida Aleyda Carrillo-Hernández¹
Héctor Flores Romo-Chávez²

¹Cirujano oftalmólogo, médico adscrito Oftalmología.

²Cirujano Dentista, médico adscrito Dental.
Clínica de Especialidades Churubusco, ISSSTE.

Orbital osteoid osteoma: case

ABSTRACT

Osteomas are benign tumors of bone, usually present in long bones. In ophthalmology, it is rare to locate in the orbit, we present the case of a 39-year-old asymptomatic eye, which was assessed by the ophthalmology service derived of an otolaryngology interconsultation due to a finding on CT of the paranasal sinuses sent by allergic rhinitis. In the absence of optic nerve involvement and presenting, limited mobility or vision eye. Progress will be monitored indefinitely to assess growth or ophthalmologic symptoms that may appear.

Key words: osteoma, computed tomography.

Recibido: 27 de enero, 2015

Aceptado: 15 de abril, 2015

Correspondencia: Dra. Cándida Aleyda Carrillo Hernández
Clínica de Especialidades Churubusco
Calzada de Tlalpan 1983
CP 04040 México, D.F.
Tel: 55390223; cel: 5554552263
hectorflores999@hotmail.com
aleydach@hotmail.com

Este artículo debe citarse como
Carrillo-Hernández CA, Flores Romo-Chávez H. Osteoma osteoide orbitario: presentación de un caso.
Rev Esp Med Quir 2015;20:215-218.

INTRODUCCIÓN

El osteoma osteoide es una lesión ósea benigna con un nido de menos de 2 cm rodeada por una zona de hueso reactivo. Ocurre con mayor frecuencia en los huesos largos, especialmente el fémur y la columna posterior. El osteoma osteoide típico es una lesión constituida por un pequeño núcleo o nido celular, altamente vascularizado y compuesto por una red entrelazada de trabécula de tejido óseo y osteoide neoformado en proporciones variadas, y otra zona evidente de hueso esclerosado; la zona perifocal es reactiva, especialmente cuando la lesión se desarrolla en o cerca de la porción cortical del hueso.¹ Existen ciertos desacuerdos en las denominaciones osteoma osteoide *versus* osteoblastoma benigno, discutiéndose en la literatura desde 1932 (Jaffe y Mayer), 1956 (Jaffe y Lsehtentein), 1954 (Dahlm y Johnson), 1958 (Jaffe), 1965 (Meary), 1975 (Marsh), 1976 (Mcleod) y 1976-77 (Steiner). Se llegó al acuerdo de emplear sólo al tamaño, según los criterios de Byers, denominándose osteoma osteoide a las lesiones menores de 1 cm y de osteoblastoma a las mayores de 2 cm. Así, nuestro caso debe ser denominado osteoma^{2,3} (13 × 10 mm). Se trata de tumores más frecuentes en el sexo masculino entre los 11 y los 20 años de edad, localizados fundamentalmente en huesos largos y cortos,^{4,5} muy raramente en los huesos planos del cráneo y la espina.⁶⁻⁹ El tumor se presenta por lo general en la segunda década de la vida con una edad pico a los veinte años. La relación hombre-mujer es de 2:1.

Los síntomas incluyen dolor sordo, aumento de la temperatura de la piel y aumento del sudor local.¹⁰ La presentación clásica incluye, radiológicamente, un nido radiotransparente rodeado de un esclerosis reactiva en la corteza del hueso. El cuadro clínico incluye dolor sordo que empeora por la noche y desaparece al cabo de 20 a 30 minutos de tratamiento con medicamentos antiinflamatorios no esteroides.¹¹

Puede haber dolor en las articulaciones; lesión periaricular y sinovitis pueden ser secundarias a una lesión intraarticular. Cuando ocurre en los senos paranasales debe ser observado por el otorrinolaringólogo, quién realizará un seguimiento radiológico seriado durante 1 o 2 años para evaluar su patrón de crecimiento.¹² Cuando el osteoma se hace sintomático produciendo dolor local, un mucocele frontal (por obstrucción del ostium de drenaje del seno), proptosis o diplopia, está indicado el tratamiento quirúrgico con la obliteración quirúrgica del seno frontal o un amplio drenaje quirúrgico del mismo (obliteración, osteoplastía o etmoidectomía externa).¹³

Radiología

La presentación radiológica clásica de un osteoma osteoide es un nido radiotransparente rodeado de una esclerosis reactiva en la corteza del hueso. El centro puede oscilar entre parcialmente mineralizado para osteolíticas a todo calcificado. La lesión puede ocurrir sólo en la corteza, en la corteza y la médula o sólo en la médula. Puede haber o no esclerosis reactiva. Las cuatro funciones de diagnóstico incluyen: 1) una ronda aguda o lesión oval que es 2) menor de 2 cm de diámetro; 3) tiene un centro denso y homogéneo y 4) una zona radiolúcida de 1-2 mm periféricos. La tomografía es el método preferido de evaluación, especialmente si la lesión es en órbita, etmoides y en la columna vertebral u oculta por la esclerosis reactiva. El diagnóstico diferencial, incluye osteoblastoma, osteomielitis, artritis, estrés de fractura y enostosis.¹⁴

Histológicamente el osteoma osteoide, en el examen macroscópico, es una lesión rojo parduzco, con manchas, distinto del hueso circundante.¹⁵ Puede estar presente en la corteza o en el canal medular. Hay osteoclastos y el nido está rodeado por hueso esclerótico con trabéculas engrosadas. Microscópicamente, el nido consiste en una combinación de tejido osteoide y el hueso rodeado por los osteoblastos. El nido es de forma

ovalada vascularizada y claramente separada de la reacción tejido o hueso laminar.¹⁶⁻¹⁸

Tratamiento

El osteoma osteoide se resuelve sin tratamiento en un promedio de 33 meses. Si el paciente no desea soportar el dolor y el uso prolongado de medicamentos antiinflamatorios no esteroides la extirpación quirúrgica o la ablación percutánea del núcleo esta indicada.¹⁹ Oftalmológicamente se realizará extirpación de éste cuando exista compresión a nivel del nervio óptico, ya que tiende a crecer hacia el cono muscular; o se manejarán los músculos extraoculares si es que se llega a presentar algún tipo de estrabismo y la diplopia consecuente.²⁰

CASO

Se presentó al servicio de oftalmología una mujer de 39 años de edad, enviada del servicio de otorrinolaringología por tumoración en órbita derecha en una tomografía de los senos paranasales. Al interrogatorio la paciente se encontraba claramente asintomática. A la exploración física se encontró agudeza visual del ojo derecho 20/20 y ojo izquierdo 20/20; segmento anterior: párpados normales, conjuntiva, córnea, cámara anterior, cristalino normal. Presión ocular para ambos ojos de 14 mmHg, fondo de ojo papila redonda, excavación 3/10 área macular y retina periférica sin patología. Movimientos oculares normales, al pantaleo monocular y binocular, así como en latero versiones, no se observan limitaciones a la aducción ni abducción (Figura 1). La tomografía computada en fase simple, cortes axial y coronal, mostraron lesión ósea redonda de 13 x 10 mm a la altura de la celdillas etmoidales (Figura 2); desplazaba al músculo recto interno y al nervio óptico del ojo derecho. Desviación rinoseptal a la derecha con hipertrofia de los cornetes medio e inferior (Figura 3). Los senos paranasales conservaron su

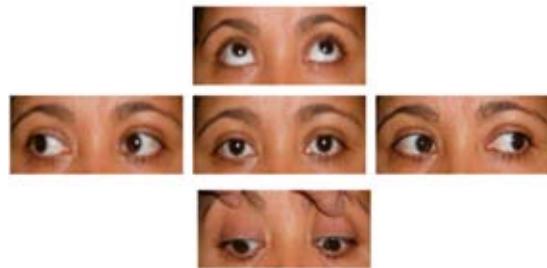


Figura 1. Exploración estrabológica con posición primaria de la mirada normal. Sin limitaciones para los movimientos oculares.

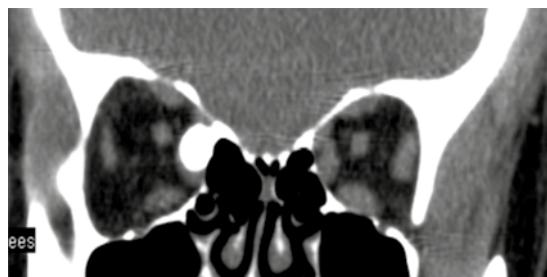


Figura 2. Tomografía, corte axial: lesión ósea redonda a nivel de las celdillas etmoidales en la órbita derecha.



Figura 3. Tomografía, corte coronal: lesión ósea que desplaza al músculo recto interno de la órbita derecha.

morfología normal, bien neumatizados, así como las mastoides. Comentario radiológico: quiste óseo dependiente de etmoides derecho con des-

plazamiento del músculo recto interno y nervio óptico del mismo lado; desviación rinoseptal a la derecha, sin proptosis. Sin embargo, no presenta datos de compresión del nervio óptico (Figura 4) ni alteraciones de la movilidad ocular. Con estos datos se hace diagnóstico de osteoma osteoide orbitario derecho.



Figura 4. Tomografía, corte coronal: franco desplazamiento del nervio óptico pero sin compresión del mismo y sin proptosis.

Al no presentar sintomatología ocular vigilaremos a la paciente con examen oftalmológico completo que incluye: agudeza visual, tonometría, fondo de ojo con midriasis medicamentosa, campimetría y con tomografía de orbitas anual.

REFERENCIAS

1. Schajowicz, F. Twnors and tumor like lesions of bone and joints. Springer - verlag- 45-60- 1982.
2. Heybeli, N. Babacan, M.; intraarticular osteoid ostiorna of distal humens; J. Shoulder Elbon surg.6:3-311-313-1997.
3. Khyser, F., et al: Evidence of the subperiostalorigin of osteoid osteorna in tubular bones: analysis by et and irnaging: ajramj.roentgenol. 170:3-609-614-1998.
4. Lakkis, S.; Bazzi, J.S.; shaw, ns:Osteoidosteorna of the proxirnal phalanx of a toc: A case report: Bull Hosp. jt. Dis.57:2-102-104-1998.
5. Darka, F.; Acciaro, Al ;Recchionim.d: osteoid osteomaofthe phalanx: enlargement ofthetoc-two case reporto foot. ankie int-19:6-388-393-1998.
6. Eyse1, P.; ROMPE J.O.; HOPF, C.; diagnosis and therapy ofosteoidosteornaofthe vertebral lamina-a literature review and personal experiences. Z. orthop.Lhre grenz-geb-132:5-357-362- 1994.
7. Baunin, C.; et al: Percutaneus resection of osteoid osteorna under ctguidance in eight children. Pediatr Radiol.-24:3-185-188-1994.
8. D'angelo, G.; Doncelli, O.; osteoid osteornaofthe vertebral body; a clinica case; chiorgani mov.83:3-303-308-1998.
9. Faray, A.; Byrne, P.; Mehdian, H.; osteoid osteornaofthe lateral mass of. cs; should excision be combined with fusion Eur. Spine j.-7:3-242-245-1998.
10. Nachtl, S.W.; et al: Osteoid osteornaofthehand :case representation with special reference to rnagnetic resonance tomography and literature review (See comments). Z.orthop.Lhre grenzgeb-133:1-76-78-1995.
11. Gangi, A; et al: Percutaneous laser photocoagulation of spinal osteoid osteorna under et guidance. ajram. j.neuroradiol. 19:10-1955-1958-1998.
12. Sires, B.S: et al: Orbital osteoid osteoma: Arehophthalmol. 17:3-414-415-1999.
13. Pardal; J.L. et al: Osteoid osteomaofthe temporal bone (mastoid). report of one case: Actaotorrinolaringol esp-46:3-215-217-1995.
14. Cayli, S.R. et al: Oosteoidosteoma of the frontal bone. case report-2 entralbi. neurochor- 59:2-132-134-1998.
15. Casado, M; et al: Osteoma and polyposis: and unusual association actaotorrinolaringolesp: 49:6-491-494-1998.
16. Rotzer, A.; et al: Post-traumatic osteoid osteoma of the bando a rafe cause of cronic pain. case report and review oftheliteratura; Hand chirmikrochirplast.chir 30:5-335-337-1998.
17. Radcliffe, SN.; et al: Osteoid osteoma:thendifficuh diagnosis; eur.J. radial; 28:1-67-79-1998. 18. Rocher, P. et al: Osteoid osteomaofthe middle ear. reviewofthe literature aprospooofthe first described case; ANN otalaryngolchir-servicofac. 114:4-135-139-1997.
18. Assoon, J; et al: Osteoid osteoma:MR imaging versus ct. radiology. 191:1-217-223-1994. 20. Hachem, K.; et al: Mri in the diagnosis of osteoid osteoma:jradiol. 78:9-635-641-1997.
19. Zanchi, M.; et al: Magnetic resonance tomography in osteoid osteoma: more confusion than benefit schweizrundsch med prax. 86: 11-432-436-1997.
20. Rosenthal, D,L; et al: Osteoid osteoma: percutaneous radiofrecuency oblation; radiology- 197:2-451-454-1995.