

Osteoma periférico en ángulo mandibular: relato del caso

De Conto Ferdinando*, Cardoso Moisés Zacarias**, Toledo Magaña Cinthia Denise**, Rhoden Roque***, Rovani Gisele****, Flores Mateus Ericson*****

Resumen

Los osteomas periféricos mandibulares son tumores óseos poco frecuentes, constituidos por tejido óseo, y se caracterizan por un crecimiento lento y asintomático, por lo que generalmente se diagnostican en un examen de rutina de forma casual. A pesar que los osteomas se ven asociados más comúnmente al Síndrome de Gardner, existen casos en la literatura referidos a la aparición de lesiones solitarias. La naturaleza de esta entidad es sumamente controvertida en cuanto a si es una neoplasia ósea verdadera o una hiperplasia ósea reactiva; la disyuntiva se atribuye a factores tales como traumatismos e inflamaciones. El presente estudio reporta el caso de un osteoma periférico aislado en un paciente de sexo masculino, de 30 años, localizado en la región del ángulo mandibular izquierdo. La lesión fue evidente para el paciente al percibir un aumento de volumen y una ligera asimetría facial izquierda. El tratamiento consistió en la escisión quirúrgica del tumor y seguimiento. En 8 años posteriores al tratamiento quirúrgico, no se detectó recidiva o alguna otra complicación.

Palabras claves: osteoma, neoplasma, tumor benigno.

Abstract

Peripheral osteomas of the mandible are rare, benign tumors of bone, consisting of well-differentiated mature bone, slow-growing and asymptomatic to the patient. Although osteomas are characteristic findings in Gardner's Syndrome, nonsyndromic cases are typically solitary. The pathogenesis of peripheral osteomas is still controversial. They are referred to true neoplasms or as either developmental abnormalities and are attributed to several factors as traumatismos and inflammations. The purpose of this article is to present a case of an osteoma of angle left mandibular, in a 30-year-old man, that seek treatment for a slowly enlarging submandibular. Treatment was by surgical excision and histological examination. The patient remains free of recurrence and other complications after 8 years.

Key words: osteoma, neoplasm, benign tumor.

* Mag. Dr., Prof. Cirugía de FO-UPF, Servicio de Cirugía BMF. Hospital São Vicente de Paulo. Passo Fundo-RS.

** Académicos. Facultad de Odontología. UPF;

*** Especialista, Servicio de Cirugía BMF. Hospital São Vicente de Paulo. Passo Fundo-RS.

**** Mag., Prof. Patología. FO-UPF;

***** Mag., Dr., Prof. Radiología de FO-UPF.

Fecha recibido: 08.01.13 - Fecha aceptado: 03.10.13

Introducción

Los osteomas son neoplasias benignas, constituidos de hueso compacto y hueso esponjoso adulto, y caracterizados por un crecimiento lento, continuo e asintomático (1, 2, 3). Se clasifican en tres formas: central, periférico y extraesquelético (4, 5). Los periféricos son causados por el crecimiento centrífugo del periostio y se desarrollan como masas ligadas a las placas corticales; el tipo central surge a partir del crecimiento endostal, de forma centrípeta (1) y por último la forma extra ósea se desarrolla en las estructuras del tejido muscular.

Se presentan con mayor frecuencia en adultos jóvenes pueden observarse en cualquier edad. La localización más frecuente es a nivel del cráneo y la menos prevalente es en los maxilares. Los hombres se ven más afectados por esta neoplasia que las mujeres, a pesar de que ellas poseen una mayor incidencia en lesiones maxilares (2, 5, 6). Esta neoplasia en muchas ocasiones se encuentra relacionada al Síndrome de Gardner, el cual, se caracteriza por la presencia de pólipos intestinales, osteomas múltiples, fibromas cutáneos, quistes epidérmicos, dientes supernumerarios, así como odontomas (1). Son pocos los casos que implican a la mandíbula y no refieren esta asociación al síndrome, aunque se tiene evidencia en la literatura de algunas lesiones solitarias en el proceso coronoide, cóndilo y rama mandibular (2, 6, 7-10).

En general, los osteomas periféricos son descubiertos accidentalmente por exámenes radiográficos de rutina debido al hecho que son asintomáticos. Ocasionalmente, el tamaño del tumor puede causar deformidad facial por un aumento de volumen o provocar algún efecto perjudicial en el área funcional del paciente (2, 3, 6, 10, 11).

En el presente trabajo se presenta el caso de un paciente adulto joven, de sexo masculino, con un osteoma periférico localizado en el án-

gulo mandibular, que fue tratado quirúrgicamente y controlado por ocho años sin aparición de recidiva u otra complicación durante este período.

Caso clínico

Paciente de sexo masculino, de 30 años, consulta por la presencia de una tumefacción en la región submandibular izquierda, próxima a la región del ángulo goníaco (Fig. 1). Al examen clínico se observa una lesión de consistencia firme, sin movilidad, indolora, con coloración normal de piel y mucosa y sin afectación de ganglios linfáticos. El paciente relata dos años de evolución y un crecimiento lento del nódulo y no refiere antecedentes de trauma en la región. Es un practicante de deportes y agricultor, lo que puede sugerir situaciones remotas de traumatismos en la cara. Otro hallazgo clínico a destacar fue la presencia de mordida cruzada en el lado posterior izquierdo.



Fig. 1. Tumefacción extrabucal en la región submandibular próxima a la región del ángulo goníaco izquierdo.

El examen radiográfico panorámico reveló una masa esclerótica circunscrita uniforme, bien delimitada, solitaria, en la región del cuerpo mandibular próximo al ángulo mandibular de aproximadamente tres centímetros de diámetro (Fig. 2).

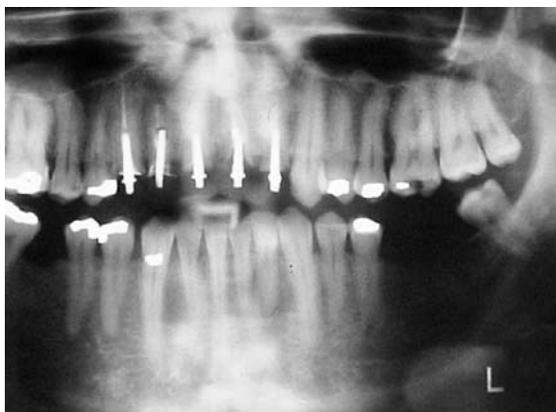


Fig. 2. Examen radiográfico panorámico: masa esclerótica circunscrita uniforme, bien delimitada, solitaria, en la región del cuerpo mandibular próximo al ángulo mandibular izquierdo de 3 cm. de diámetro.

Los exámenes de laboratorio pre-operatorios fueron normales y la anamnesis no reveló otra alteración como ser: lesiones óseas, cutáneas o hemorrágicas intestinales, compatibles con la sintomatología característica del síndrome de Gardner.



Fig. 3. Remoción quirúrgica de la masa tumoral ósea con abordaje extraoral

El paciente fue derivado al centro quirúrgico para una biopsia escisional con el diagnóstico presuntivo de osteoma. La masa ósea fue removida quirúrgicamente bajo anestesia general con abordaje extraoral debido a su localización (Fig. 3) y resultó de 3.5 cm de diámetro.

El diagnóstico histopatológico establece la

presencia de tejido óseo compacto con osteocitos diferenciados y de conjuntivo interóseo constituido por fibroblastos (Fig. 4). El diagnóstico definitivo fue de osteoma periférico. La asimetría facial fue corregida y no hubo recidiva en el seguimiento de ocho años (Fig. 5).



Fig. 4. Examen histopatológico evidenciando tejido óseo compacto con osteocitos diferenciados y de conjuntivo interóseo constituido por fibroblastos.



Fig. 5. Control postoperatorio a los 8 años. Se puede observar la remodelación ósea local.

Discusión

Los osteomas son lesiones que se caracterizan por un crecimiento lento y continuo, teniendo generalmente un potencial de crecimiento limitado. Pueden continuar creciendo lentamente si no son tratados (3, 6, 12). Se en-

cuentran algunas excepciones de casos de osteomas periféricos que alcanzan dimensiones significativamente grandes, descritos como gigantiformes y la presencia de estos casos hace que esta lesión sea considerada como una neoplasia verdadera (7).

En la literatura, la mayoría de los casos informados se localizan en los huesos craneofaciales, los senos paranasales (especialmente el frontal y los maxilares) y la mandíbula resultando las localizaciones más frecuentes de este tumor. Han sido documentados también, algunos casos (raros) en otros huesos (temporal y placas pterigoideas) y en tejidos blandos (músculo) (1, 2, 6-9, 13, 14).

Como los osteomas pueden presentarse en los huesos de la cara y los senos paranasales, diferentes síntomas pueden acompañar a esta lesión, tales como cefaleas y sinusitis recurrentes (1, 4, 7, 12, 15). Las formas de presentación varían entre formas solitarias o como parte del Síndrome Gardner donde estos pacientes pueden presentar síntomas como, sangrado rectal, dolor abdominal y diarrea. La tríada de componentes integrada por: pólipos colorectales, anomalías esqueléticas y dientes supernumerarios definen a este síndrome (1, 6, 9, 13). El caso clínico presentado en este trabajo fue diagnosticado como de tipo periférico posteriormente y como es característico se presentó asintomático hasta que su crecimiento alcanzó un volumen que ocasionó problemas estéticos al paciente.

Histológicamente, tres tipos de osteoma pueden ser identificados: compacto (marfil), esponjoso (trabecular) y mixto. Los compactos se presentan como hueso denso y rígido con muy pocos espacios medulares y ocasionalmente canales de Havers y el tipo con lesiones esponjosas, contienen trabéculas de hueso y médula fibroadiposa con osteoblastos (1, 2, 5, 7, 8). El diagnóstico histopatológico se alcanza en forma relativamente fácil, a pesar de que muchas veces el diagnóstico diferencial con

una exostosis, puede resultar difícil (6,11).

Aunque la etiología y la patogenia de la lesión todavía permanecen inciertas, causas traumáticas, congénitas, inflamatorias y endócrinas han sido consideradas como posibles factores etiológicos (10). Recientes teorías clasifican al osteoma periférico como una condición de reacción inflamatoria ósea asociada a un trauma, en virtud de su prevalencia de localización en el borde inferior mandibular (1, 2, 4, 6, 7, 16).

La patogénesis de la lesión sugiere ser la reacción a una combinación de trauma y tracción muscular local. Según esta teoría, con la elevación del periostio por la formación del hematoma, la tracción muscular podría dar inicio a una reacción osteogénica con la consecuente formación del osteoma (2, 7). Es importante tener en cuenta que los pequeños traumas pueden pasar desapercibidos por el paciente y no ser referido en la anamnesis. Como es sabido, una de las características de la lesión es su lento desarrollo, por lo cual se puede suponer que un posible trauma pudo haber ocurrido hace tiempo.

En la literatura se describe un caso clínico de un paciente con osteoma periférico en el rama mandibular que fue atribuido a la exodoncia de un tercer molar inferior incluido e impactado, realizada doce años atrás. Con base en esos datos, se considera que el paciente que se presenta en este trabajo, podría haber sufrido trauma local en virtud de su intensa actividad deportiva, asociada a una tracción muscular del músculo masetero, ejercida constantemente debido a maloclusión dentaria y disfunción craneomandibular diagnosticada en el examen clínico (17).

Se defiende la teoría de la formación ósea ectópica a partir de un coágulo subperióstico en la región de tracción muscular, en especial, en regiones de inserción muscular, como en el caso descrito, principalmente porque todas las condiciones necesarias para la calcificación

estarían presentes en este lugar, como ser: calcio, irrigación sanguínea, células osteoprogenitoras y factores de crecimiento. Se considera que la osificación resultante de un trauma resulte de un proceso de metaplasia proveniente de una reprogramación de células mesenquimales indiferenciadas presentes en el tejido conjuntivo subperióstico diferenciándose en una nueva vía (15, 18). Este proceso podría ser causado por las alteraciones generadas en las señales por la combinación de citoquinas, factores de crecimiento y componentes de la matriz extracelular en el ambiente celular. Genes de tejidos específicos y de diferenciación, participan en el proceso, como por ejemplo, las proteínas morfogenéticas óseas (BMP), las cuales son miembros de la superfamilia de TGF- β , capaz de inducir la expresión osteogénica en células mesenquimales y al mismo tiempo suprimir la diferenciación en músculo o grasa (2, 6, 7, 19).

El diagnóstico diferencial para una lesión radiopaca en una región del ángulo mandibular incluye, además de osteomas periféricos, patologías de procesos inflamatorios y neoplásicos de los huesos, tales como, sialólitos, fibroma osificante, osteomielitis crónica y calcificación de nódulos linfáticos (más frecuente) (1, 3, 6, 8, 11, 12, 17). El hueso reactivo formado frente a una infección o trauma, histológicamente simula un osteoma, y sugiere, que sea incluido en su diagnóstico diferencial. En la historia clínica del paciente, los desórdenes infecciosos y neoplásicos como, por ejemplo, linfomas, representan hallazgos importantes para establecer el diagnóstico. Sin embargo, estos datos no están presentes en los pacientes con diagnóstico final de osteoma periférico (8, 17).

Las radiografías tradicionales y tomografías computarizadas muestran a los osteomas como masas radiopacas, con formato ovalado, bien definidas y circunscritas, unidas por una amplia base o pedículo implantado

hacia la cortical ósea (1, 2, 7-9). Los exámenes radiográficos de rutina generalmente son suficientes para el diagnóstico de osteoma, observándose como radiopacidades bien delimitadas, densas, similares al hueso normal. La radiografía panorámica, la de Waters o la tomografía computarizada muestran hallazgos compatibles con la naturaleza benigna y establecen con claridad la posición de la lesión. El uso de la tomografía revela la ausencia de afectación de otras estructuras, delimita y localiza exactamente el daño, lo que puede resultar determinante en el diagnóstico final del tipo de lesión (6, 8, 17).

La elección del tratamiento debe ser basada en los riesgos generales del procedimiento operatorio para el paciente y del riesgo de dañar las estructuras anatómicas importantes adyacentes a la lesión (2, 15). El crecimiento lento de los osteomas permite que el cirujano mantenga un enfoque conservador en relación a las lesiones asintomáticas. En estos casos, el tratamiento quirúrgico no es recomendado, sin embargo, la observación periódica y el seguimiento radiológico son aconsejados debido al crecimiento lento de los osteomas (1, 3).

Asimismo, considerando el tamaño y la localización de la lesión puede recomendarse la remoción parcial del neoplasma, de modo de preservar el tejido óseo, indispensable para la rehabilitación protésica (6).

Debido a que no existen reportes de osteomas periféricos malignos, para algunos autores, la remoción de lesiones asintomáticas es controversial (2, 6, 8). Entre las principales indicaciones para el tratamiento quirúrgico se establecen: compromiso estético grave, limitación o pérdida de función, tasa de crecimiento significativa y la necesidad de contar con un diagnóstico histopatológico definitivo (6).

El acceso endoscópico surge como una nueva alternativa de tratamiento y ha demostrado éxito en el abordaje de lesiones maxilares y de la región condilar. Esta técnica presenta

ciertas ventajas tales como la disminución: de la morbilidad, de la cicatriz, del riesgo de lesionar al nervio facial y del tiempo de recuperación (1, 16). No existen informes de complicaciones con tratamientos quirúrgicos abiertos o en abordajes endoscópicos, siendo que no fueron encontradas dehiscencias o infecciones (1).

Los pacientes que reciben tratamiento quirúrgico del tumor deben ser introducidos en un programa de seguimiento clínico y radiográfico. Si bien no hay evidencias de recurrencia en los primeros 3 años luego de la intervención, en la literatura se presentan casos de recurrencia 9 años después de la escisión quirúrgica del osteoma. En cuanto al tratamiento de los tumores asintomáticos, el seguimiento cauteloso ha sido adoptado como la mejor práctica (1, 2, 6, 8, 14, 15).

Consideraciones finales

Correlacionando los hallazgos clínicos de una tumoración nodular solitaria, de superficie lisa, consistencia dura, con los aspectos radiográficos de una radiopacidad de contornos nítidos se puede establecer el correcto diagnóstico de un osteoma, no siendo necesaria la indicación de radiografías adicionales o de un extenso diagnóstico diferencial. Esclarecer la naturaleza exacta de las lesiones no siempre es posible, siendo que son normalmente pequeñas y asintomáticas, y, descubiertas en exámenes de rutina. La asimetría puede ser verificada cuando la lesión tumoral tiene el tamaño suficiente. La remoción quirúrgica del osteoma puede ser indicada por razones estéticas, psicológicas o protésicas y no genera recidiva.

Referencias

1. Boffano P, Rocchia F, Campisi P, Gallesio C. Review of 43 Osteomas of the crani-

2. Rodriguez y Baena R, Rizzo S, Fiandrino G, Lupi S, Galioto S. Mandibular traumatic peripheral osteoma: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2011;112:44-8.
3. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Oral and maxillofacial pathology*. Philadelphia, PA; Saunders; 1995.
4. Sayan NB, Ucok C, Karasu HA, Gunhan O. Peripheral osteoma of the oral and maxillofacial region: a study of 35 new cases. *J. Oral Maxillofacial Surg.* 2002; 60:1299-1301.
5. Unni KK. *Dahlin's bone tumors. General aspects and data on 11,087 cases*. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996.
6. Dalambiras S, Boutsoukis C, Tilaveridis I. Peripheral osteoma of the maxilla: Report of an unusual case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005;100:19-24.
7. Kaplan I, Nicolaou Z, Hatuel D, et al: Solitary central osteoma of the jaws: A diagnostic dilemma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008; 106: 22-9.
8. Johann ACBR, Freitas JB, Aguiar MCF, Araújo NS, Mesquita RA. Peripheral osteoma of the mandible: case report and review of the literature. *J Cranio-Maxillofac Surg* 2005; 33: 276-281.
9. Mancini JC, Woltmann M, Felix VB, Freitas RR. Peripheral osteoma of the mandibular condyle. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2005; 34:92-3.
10. Longo F, Califano L, DeMaria G, Ciccarelli R. Solitary osteoma of the mandibular ramus: Report of case. *J. Oral Maxillofacial Surg.* 2001; 59: 698-700.
11. Kerckhaert A, Wolvius E, Van der wal K, Oosterhuis J. W. Giant osteoma of the mandible: case report. *J Craniomaxillo-*

- facil Surg 2005;33:282-5.
12. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. A text-book of oral pathology. Philadelphia, PA; Saunders; 1983.
 13. Gorlin RJ, Cohen MM, Hennekam RCM, Syndromes of the Head and Neck, 4th ed., Oxford University Press: New York, 2001.
 14. Jones AC, Prihoda TJ, Kacher JE, Odingo NA, Freedman PD. Osteoblastoma of the maxilla and mandible: a report of 24 cases, review of the literature, and discussion of its relationship to osteoid osteoma of the jaws. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2006; 102:639-50.
 15. Larrea-Oyarbide N, Valmaseda-Castellón E, Berini-Aytés L, et al: Osteomas of the craniofacial region. Review of 106 cases. J Oral Pathol Med 2008; 37(1):38-42.
 16. Cogburn AC, Hales N, Krempl GA. Endoscopic Resection of a Mandibular Condyle Osteoma: Report of a Case. Laryngoscope 2008; 118:1214–1216.
 17. Sugiyama M, Sueti Y, Takata T, Simos C. Radiopaque mass at the mandibular ramus. J. Oral Maxillofacial Surg. 2001; 59: 1211-1214.
 18. Reddi AH. BMPs: actions in flesh and bone. Nat Med. 1997; 3:837-9.
 19. Cotran RS, Kumar V, Robbins SL. Patologia estrutural e funcional. 6.Ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2000: 32–3

Ferdinando De Conto: ferdi@upf.br