

Casos Clínicos:

OSTEOMA PERIFÉRICO EN LA MANDÍBULA: PRESENTACIÓN DE CASO

Recibido para arbitraje: 02/10/2007

Aceptado para publicación: 24/01/2008

Carrera, M*; **Pereira Junior, FB****; **Santos, JN*****; **Vasconcellos, RJH******

* Alumna del Curso de Especialización en Implantes de la Universidad Federal da Bahia

** Alumno del Programa de Doctorado en Odontología, Área de Cirugía y Traumatología Bucal-Maxilofacial - FOP/UPE

*** Magíster y Doctor en Patología Bucal, Profesor de la Universidad Federal da Bahia

**** Profesor Adjunto, Doctor de la Facultad de Odontología de la Universidad de Pernambuco - FOP/UPE

Dirección para correspondencia:

* Mariana Carrera Martinez Cavalcante Pereira , Rua Barão de Loreto, no 53, Graça. CEP: 40150-270 , Salvador - Bahia - Brasil. Tel./fax: 55 - 7 1 - 3332-9144 . E-mail: carreramariana@hotmail.com

RESUMEN

El osteoma es una lesión benigna caracterizada por la proliferación de tejido óseo, que puede ser central, periférica o extra-ósea, se localiza casi que exclusivamente en la región del cráneo y la cara, siendo bastante rara en huesos largos. Hasta ahora dos variaciones histológicas fueron descritas para la lesión: compacta y medular. El osteoma presenta crecimiento lento y asintomático en la mayoría de los casos, siendo usualmente descubierto cuando son realizados exámenes radiográficos de rutina o cuando al lesión se presenta en un estado de crecimiento avanzado, conllevando a una asimetría facial. Cuando están presentes, los síntomas dependen de la región donde la lesión está localizada. La etiología todavía no está bien clara, los osteomas no presentan cualquier tendencia para transformación maligna y no recidivan después de la remoción quirúrgica. La realización del tratamiento depende de la presencia de síntomas, disfunción y/o malestar. El objetivo de este trabajo fue realizar una revisión de la literatura sobre el tema así como relatar un caso clínico de osteoma periférico en la mandíbula, enfocando su clasificación, aspectos clínicos y tratamiento.

PALABRA CLAVE: Osteoma; Neoplasias de Tejido Óseo; Neoplasias Mandibulares.

ABSTRACT

Osteoma is a benign lesion characterized by proliferation of bony tissue that can be central, peripheral, or extra skeletal, and it's located almost exclusively in the skull and facial region, rarely found in long bones. Two different histological variations have been defined so far, that consists of either compact or cancellous bone. This lesion, which has a slow and asymptomatic growth in the majority of cases, is usually discovered when routine radiological exams are taken or when it presents an advanced growth, producing facial asymmetry. Symptoms depend on the region where the lesion is located. With unknown etiology, osteomas are not associated with malignant transformation and don't recur after surgical treatment. Treatment should be indicated depending on the symptoms, malfunction or discomfort. The goal of this work is to do a literature review and report a case of peripheral osteoma in the mandible, regarding its classification, clinical features and treatment.

KEY WORDS: Osteoma; Bone Tissue Neoplasms; Mandibular Neoplasms.

INTRODUCCIÓN

El osteoma es una lesión osteogénica caracterizada por la proliferación de tejido óseo compacto o esponjoso. Son lesiones esencialmente restringidas a los huesos del cráneo y de la cara (1,2,3,4,5,6,7), pudiendo presentarse como central, periférico o extra-óseo. La mayoría de los osteomas son asintomáticos y sin potencial de recidiva después de la remoción quirúrgica (8,9,10,11), pudiendo ser agresivos localmente en algunos casos por comprimir o invadir áreas adyacentes (12).

La etiología de los osteomas no es clara, pero existen factores que predisponen su aparición tales como trauma, proceso inflamatorio, hamartoma, causas endocrínicas, congénitas, disturbios de desarrollo y respuesta a infección (12,13,1,2,14,15,3,5,16,17,11,7).

Existen descritas dos variaciones histológicas para el osteoma (18,8,4). La variedad medular está compuesta de trabéculas de hueso lamilar o esponjoso con tejido adiposo entre los espacios medulares, y la presencia de trabéculas indica actividad osteoblástica (8,4,9). El osteoma compacto está compuesto de hueso compacto denso, con apariencia normal, y tejido medular escaso, pudiendo contener sistemas harversianos. La actividad osteoblástica es prominente (8,4). En algunos casos pueden ser encontrados focos de tejido fibroso, cartilago y tejido mixomatoso entrelazados al tumor (3).

Osteomas múltiples en la mandíbula son encontrados frecuentemente en pacientes con síndrome de Gardner (1,19,20,8,4,5,9,24,11). Este síndrome es un desorden hereditario autosómico dominante caracterizado por la presencia de pólipos adenomatosos en el intestino, anomalías esqueléticas, tumores fibrosos cutáneos, pólipos en el estómago, carcinoma de la tiroides, pigmentaciones en la retina, quistes sebáceos, múltiples osteomas mandibulares, odontomas, dientes supernumerarios y quistes dentígeros (21,22,23,24).

Entre los diagnósticos diferenciales encontramos osteoma osteoide, exostosis, torus, odontomas, displasia fibrosa, condroma osificante y osteítis condensante (3,4,9).

PRESENTACION DE CASO

Paciente masculino de 25 años de edad, raza mestiza, quien se presentó en el Servicio de Cirugía y Traumatología Buco-Maxilofacial del Instituto Bahiano de Ortopedia y Traumatología (INSBOT), en mayo del 2003, con queja de "protuberancia del lado de la barbilla".

Al examen clínico extra-bucal fue observada asimetría facial debido al aumento de volumen en la región del cuerpo mandibular del lado izquierdo (FIG. 1). A la palpación la lesión era fija y de consistencia dura. El paciente relató haber percibido el aumento de volumen a más de dos años y no refería dolor local ni limitación funcional asociada a la lesión.

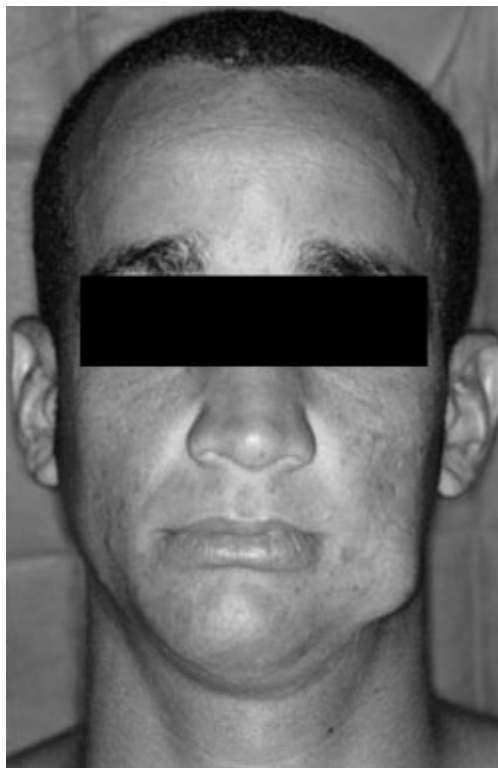


FIG. 1

Al examen intra-bucal fueron detectadas ausencias dentarias, caries extensas, presencia de restos radiculares e higiene bucal precaria, a pesar de no haber encontrado nada que pudiese estar relacionado con la lesión.

El paciente informó no encontrarse bajo ningún tratamiento médico u odontológico, así como no estar usando medicamentos, negó alergia a medicamentos y/o soluciones, así como no presentar alteraciones sistémicas.

Los exámenes por imagen (radiografía panorámica, lateral oblicua de mandíbula lado izquierdo y P.A de mandíbula), mostraron una imagen radiopaca con contorno irregular, localizada en la región basilar del cuerpo mandibular del lado izquierdo, con proyección lateral dándole característica periférica a la lesión (FIG. 2).



FIG. 2

Con las informaciones obtenidas por medio de los exámenes clínico y radiográfico, las hipótesis de diagnóstico fueron osteoma y exostosis.

Fueron solicitados exámenes pre-operatorios hematológicos - hemograma, glicemia, coagulograma, PT, PTT, urea y creatinina; así como exámenes de orina; los cuales no presentaron alteraciones en los resultados. En el preoperatorio también fue solicitada la realización de tratamiento odontológico para mejorar la condición de salud bucal con el objetivo de realizar un acceso intrabucal para la remoción de la lesión, pero el paciente no atendió a la solicitud, lo que contraindicó el acceso inicialmente propuesto. El paciente fue sometido a la cirugía en julio de 2003, bajo anestesia general inhalatoria con intubación orotraqueal, siendo realizada una incisión submandibular del lado izquierdo para acceso y remoción de la lesión por medio de una osteotomía con cincel y martillo en la base de la misma.

La lesión se presentaba con consistencia dura, contorno irregular, coloración blanquecina, midiendo aproximadamente 2,5 cm en su mayor diámetro (FIG. 3). La pieza fue fijada con formol al 10% y remitida para estudio anátomo-patológico, que fue realizado posterior a la descalcificación de la lesión en ácido nítrico a 10%. La lámina fue colorada en hematoxilina y eosina, y fueron obtenidas secciones de cinco micrómeros de espesor. En el análisis de la lámina fue observada masa de tejido óseo con osteocitos en el interior de osteoblastos (FIG. 4).



FIG. 3

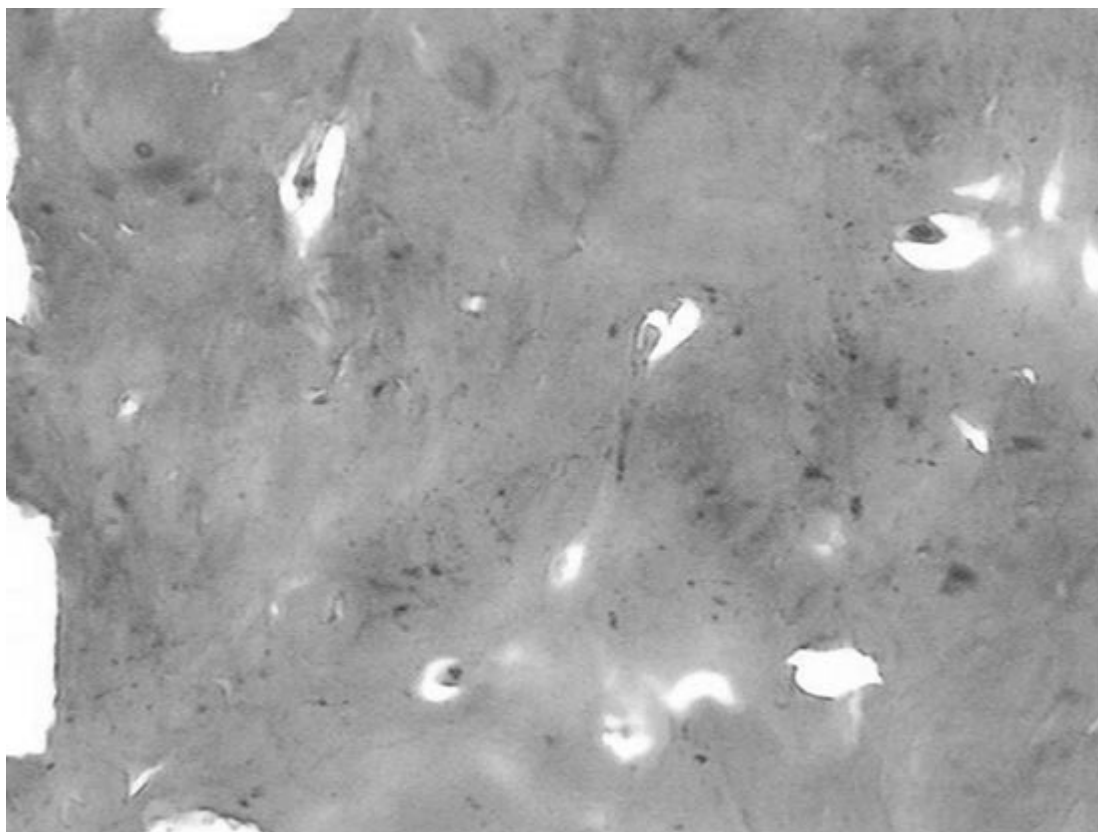


FIG. 4

En noviembre de 2003, aproximadamente cuatro meses posteriores a la cirugía, el paciente no refería quejas asociadas al tratamiento instaurado, y presentaba buena evolución con aspecto facial simétrico. Fueron realizadas radiografías P.A. y lateral oblicua de la mandíbula del lado izquierdo, las cuales mostraron imágenes sugestivas de hueso normal, sin señales de recidiva de la lesión. Catorce meses posteriores a la cirugía, el paciente retornó para revisión clínica y radiográfica, presentando estabilidad en la evolución del cuadro, sin alteraciones clínicas ni radiográficas (FIG. 5).



FIG. 5

DISCUSIÓN

El osteoma es una lesión osteogénica benigna, de crecimiento continuo y lento, clasificado histológicamente como compacto, esponjoso (12,18,25,11), o mixto que presenta ambas características (26). Tiene localización endosteal o periosteal (18, 8, 4,10).

Existe una vertiente que considera los osteomas como verdaderos neoplasmas (12,25,27,20,14), en contraparte algunos autores (2) los consideran como anomalías de desarrollo. Existen controversias en relación a la etiología de la lesión, ya que ni todos los osteomas deben representar una única entidad (8,5).

Los osteomas endosteales surgen como masas densas en el espacio medular; ya los periféricos o periosteales surgen como masas polipoides o sésil en la superficie del hueso (8,9). Además, los osteomas extra-óseos son muy raros y se presentan en tejidos blandos, principalmente en la lengua. Esta localización se explica por el hecho de que células mesenquimatosas tengan potencialidad de diferenciación en células formadoras de hueso (18).

Los osteomas son lesiones de crecimiento lento, generalmente descubiertas en exámenes radiográficos de rutina o cuando en estado de crecimiento avanzado conllevando a una deformidad facial (12, 1,14, 8,7). A pesar de los datos controversiales en la literatura (20,3), los osteomas aparentan ser más comunes en adultos jóvenes, mismo sabiendo que pueden surgir en cualquier edad (1, 27, 8, 9, 6,7). Diversos autores citan mayor aparición en pacientes del sexo masculino (19, 3, 5, 6,7), a pesar de que existen autores que afirman la existencia de poca información válida sobre la predilección por el género (8). También hay quien diga que esta relación es falsa, y que no hay preferencia por ningún género (9). Algunos autores relatan que el osteoma endosteal es más frecuente en mujeres y el periférico más común en hombres (4). En nuestro caso relatado quedo constatado el crecimiento lento, pues el paciente informó haber percibido la lesión hace más de dos años. Considerando aspectos como género y edad,

nuestro paciente se encuadra dentro de las afirmaciones de la mayoría de los autores, ya que es del género masculino y tenía 25 años de edad.

Los osteomas son lesiones que raramente afectan huesos largos, siendo el cráneo la localización más frecuente (1,14,4,5,6). A pesar de rara, la ocurrencia en los huesos gnáticos es más frecuente en la mandíbula, principalmente en las regiones de ángulo y borde inferior del cuerpo (1, 19,27,2,20,15, 3, 4, 16, 9, 6,11). En el caso relatado, el osteoma se localizaba en el borde inferior del cuerpo mandibular del lado izquierdo.

El osteoma endosteal es una lesión rara (28), que demora en presentar manifestaciones clínicas, pues para que haya expansión de las tablas óseas corticales un gran crecimiento debe ocurrir (1,4,10).

Las lesiones periosteales generalmente se localizan en los senos paranasales, siendo el seno frontal el más afectado, así como también el canal auditivo externo (12, 13, 2, 3, 9,11). La mayoría de los osteomas de la región maxilofacial ocurre en la mandíbula, siendo los periféricos más comunes en el borde inferior del cuerpo (15). También fue relatada la no existencia de una definición referente a la localización de las lesiones en la mandíbula, siendo estas encontradas en puntos anatómicos variados (9). Se manifiestan como un aumento de volumen bien circunscrito, de crecimiento lento, produciendo asimetría facial (18,1, 25, 2, 8, 4,11).

Clínicamente, los osteomas son lesiones asintomáticas (1,3,1,3,5,29,11) y su presentación depende del sitio de origen (29). En el caso descrito, el paciente fue tratado por una lesión periosteal en cuerpo mandibular. La lesión provocó apenas asimetría facial, sin quejas de dolor malestar o disfunción por parte del paciente.

Los pacientes pueden ser sometidos por dolor neurálgico o parestésico, si existiese compresión de nervios y otras estructuras nobles por la neoformación ósea (19). En los senos de la cara, los osteomas periféricos están frecuentemente asociados a infección, y ocasionalmente pueden llevar a fractura de los huesos faciales (20), además de causar dolor de cabeza, sinusitis, dolor facial y manifestaciones oftalmológicas (18,13,8,29). La remoción quirúrgica del osteoma en el seno esfenoidal debido al riesgo de compresión del nervio óptico fue hecha por algunos autores (26). Defectos visuales y pérdida del equilibrio fueron los síntomas observados en casos en los cuales hubo compresión del seno carotídeo u oclusión de la carótida interna. (30,4,5,16). En la región fronto-etmoidal, los osteomas generalmente causan cefalea o dolor facial (24). Cuando están presentes en el canal auditivo externo, los osteomas pueden ocluirlo, y producir disacusia conductiva y otitis externa crónica. Las complicaciones pueden llevar a disacusia sensorial, compresión del canal auditivo interno, lesión del nervio facial y del seno sigmoide (31).

El aumento de volumen de la lesión y su localización pueden producir asimetría facial, limitación de los movimientos mandibulares, dificultad masticatoria, imposibilidad de usar prótesis o malestar (14,15,3,4,16,11). Otros problemas clínicos pueden surgir como el desvío o impactación dentaria en pacientes con dentición mixta (10,7). Nuestro paciente tenía queja apenas estética debido a la asimetría provocada por la lesión, lo que resultaba en un problema durante la convivencia social.

En las imágenes radiográficas o en tomografías computarizadas, el osteoma se presenta como una lesión pequeña, bien circunscrita, predominantemente esclerótica, unida a la cortical ósea por una base amplia o por un pedículo (29). Las radiografías realizadas para el diagnóstico en el caso relatado fueron la panorámica, la PA de mandíbula y la lateral oblicua de mandíbula del lado izquierdo, las cuales mostraban una imagen radiopaca circunscrita en el cuerpo mandibular, situada en la parte vestibular adyacente a la región del 37, con proyección lateral y base pediculada. A pesar de ser pequeños en la mayoría de los casos, algunos relatos demuestran que los osteomas pueden presentar un gran aumento de volumen, llevando a asimetría facial (1,2,3,30,7, 28). En 1957, fue relatado un caso en el cual fue removido un osteoma pesando 102,3 gramas, que comprometía el piso de la boca (32).

Las indicaciones para el tratamiento están basadas en el grado de deformidad, disfunción y malestar, o en la necesidad de confirmación diagnóstica (3,4,5,7). El tratamiento consiste en la remoción quirúrgica completa de la lesión (1,19,15,3,9,7), pero en situaciones en las cuales la lesión paró de crecer o el paciente no presenta síntomas, la observación de la lesión es lo mas indicado (3). No existen relatos de transformación maligna de los osteomas (1,19,3,4,5,16,9,6,11) y no ocurre recidiva de la lesión posterior al tratamiento quirúrgico (1,19,15,16). El caso relatado fue operado por razones estéticas, siendo removida totalmente la lesión y confirmado el diagnóstico por medio de examen histopatológico de osteoma. El paciente tiene cuatro años en observación y no ha presentado ninguna señal de recidiva de la lesión.

CONSIDERACIONES FINALES

1. El osteoma es una lesión benigna clasificada como central, periférica o extra-ósea.
2. Los osteomas tienen crecimiento lento y son generalmente asintomáticos, excepto en los casos en que obstruyen cavidades o comprimen estructuras nobles. No presentan transformación maligna.
3. El tratamiento de los osteomas consiste en la remoción quirúrgica de la lesión, y está indicado cuando existen síntomas presentes o por necesidad de confirmación diagnóstica. También puede ser conservador en los casos donde se presente asintomático.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CUTILLI, B.J.; QUINN, P.D. Traumatically induced peripheral osteoma - report of a case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992 Jun; 73(6): 667 - 9.
2. KAPLAN, I.; CALDERON, S.; BUCHNER, A. Peripheral osteoma of the mandible: a study of 10 new cases and analysis of the literature. *J Oral Maxillofac Surg*, 1994; 52(5): 467 - 70.
3. LANNA, M.C.C., YOKOY, H.C.; ABRAHÃO, M. CERVANTES, O.; MIRANDA, S.L. Osteoma gigante de mandíbula: relato de caso. *Rev Odontol Univ St Amaro* 1997 Jul-Dez; 3(4): 19-21.
4. NOREN, G.D.; ROCHE, W.C. Huge osteoma of the mandible: report of a case. *J Oral Surgery* May 1978; 36(5): 375-9.
5. PIATTELLI, A.; SCARANO, A.; DI ALBERTI, L.; PIATTELLI, M.. Osteoma of the mandible - A case report. *Acta Stomatol Belg* 1995; 92(1): 13-6.
6. SIAR, C., JALIL, A.A.; RAM, S.; NG, K. Osteoma of the condyle as the cause of limited-mouth opening: a case report. *J Oral Sci* 2004; 46(1):51-3.
7. YASSIN, O.M.; BATAINEH, A. B.; MANSOUR, M. J. An unusual osteoma of the mandible. *J Clin Pediatr Dent* 1997; 21(4): 337-40.
8. NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J.E. *Patología Oral e Maxilofacial*. 1a ed. Rio de Janeiro (RJ): Ed.Guanabara Koogan; 1998.
9. SAYAN, N.B.; UÇOK, C.; KARASU, H.A.; GUNHAN, O. Peripheral osteoma of the oral and maxillofacial region: a study of 35 new cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2002 Nov; 60(11):1299-

- 1301.
10. SKOLNICK, I.M. Osteoma of the mandible - A case Report. NY State Dent J 1972 Jan; 38(1): 9 - 14.
 11. WOLDENBERG, Y.; NASH, M.; BODNER, L. Peripheral Osteoma of the Maxillofacial Region. Diagnosis and management: a study of 14 cases. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2005; Jul 1; 10 Suppl 2: E139-42
 12. BALIEIRO, F. O.; BORDASH, A.; STAMM, A.E.C.; SEBUSIANI, B.B.; FILHO, I.S.B. Abordagens cirúrgicas para os osteomas dos seios paranasais. Rev. Bras. Otorrinolaringol. 2004; 70(2): 164-70.
 13. BODNER, L.; GATOT, A.; SION-VARDY, N.; FLISS, D.M. Peripheral Osteoma of the mandibular ascending ramus. J Oral Maxillofac Surg, 1998 Dec; 56(12): 1446-9.
 14. KERCKHAERT, A.; WOLVIUS, E.; VAN DER WAL, K.; OOSTERHUIS, J.W. A giant osteoma of the mandible: case report. J CranioMaxillofac Surg 2005 Aug; 33(4): 282-5.
 15. KONDOH T; SETO K.; KOBAYASHI K. Osteoma of the mandibular condyle: Report of a case with a review of the literature. J Oral Maxillofac Surg, 1998; 56(8): 972-9.
 16. RICHARDS, H. E.; STRIDER JR., J. W. ; SHORT, S.G. ; THEISEN, F.C. Large peripheral osteoma arising from the tubercle area. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1986; 61(3): 268-71.
 17. WANG-NORDERUD, R.; RAGAB, R. R. Osteoma of the mandibular condyloid process - Case Report. Scand J Plast Reconstr Surg 1976; 10(1): 77-81.
 18. RADOS, P. V.; SANTANA FILHO,; BARBACHAN, J. J. D. Osteoma. R. Fac. Odontol. P. Alegre 1985; 27: 113-26.
 19. FRITZ, G.W; DESHPANDE, V; GORDON, S.E. Central osteoma of the mandible: report of a case. J Oral Surg. 1981 Jan; 39(1): 44-5.
 20. KASHIMA K.; RAHMAN, O. I. F.; SAKODA, S.; SHIDA, R. Unusual peripheral osteoma of the mandible: report of 2 cases. J Oral Maxillofac Surg. 2000 Aug; 58(8): 911-3.
 21. LEW, D.; DEWITT, A.; HICKS, R.J.; CAVALCANTI, M.G.P. Osteomas of the condyle associated with Gardner's Syndrome causing limited mandibular movement. J Oral Maxillofac Surg 1999 Aug; 57(8): 1004-9.
 22. REYES, J.; LLOMPARTI, A.; BARRANCO, L. GAYÁ, J.; FORTEZA-REY, I.; OBRADOR, A. Osteomas mandibulares en la poliposis adenomatosa familiar. Gastroenterol Hepatol, 2002 Jun- Jul; 25(6): 387-91.
 23. TAKEUCHI, T.; TAKENOSHITA, Y.; KUBO, K.; IIDA, M. Natural course of jaw lesions in patients with familial adenomatous coli (Gardner's syndrome). Int J Oral Maxillofac Surg. 1993 Aug; 22(4): 226-30.
 24. TIAGO, R. S. L.; MELO, E.C.M.; FOBÉ, L.P.O.. Osteomas fronto-etmoidais: aspectos clínicos e cirúrgicos. Rev. Bras Otorrinolaringol. 2002; 68(4): 516-20.

25. ERTAS, U.; TOZOGLU, S. Uncommon peripheral osteoma of the mandible: report of two cases. J. contemp. dent. Pract (serial online) 2003 August; 4(3). Disponible em www.thejcdp.com
26. WANYURA, H.; KAMINSKI, A.; ZYGMUNT, S. Treatment of osteoma located between the anterior cranial base and the face. J CranioMaxillofac Surg 2005 Aug; 33(4):267-75.
27. JOHANN, A. C. B. R.; FREITAS, J. B.; AGUIAR, M.C.F.; ARAÚJO, N. S.; MESQUITA, R. A. Peripheral osteoma of the mandible: case report and review of the literature. J CranioMaxillofac Surg 2005 Aug; 33(4):276-81
28. YOUMANS, R. D. ; CAULDER, S. L.; HAYS, L; .L. Peripheral osteoma of the mandible. Report of a case of 22 years' duration.. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1968 May; 25(5): 785-91.
29. THEODOROU, D.J.; THEODOROU, S.J.; SARTORIS, D.J. Primary non-odontogenic tumors of the jawbones. An overview of essential radiographic findings. Clin Imaging 2003 Jan-Feb, 27(1): 59-70.
30. MacLENNAN, W.D.; BROWN, R.D. Osteoma of the mandible. Br J Oral Surg. 1974 Nov; 12(2): .219-24.
31. TAKENAKA, P. M. S., PEREZ, F.R.P. ; PATROCÍNIO, S.J.; RIBEIRO, J.T. Osteoma de mastóide: relato de caso e revisão da literatura. Rev. Bras Otorrinolaringol., 2004; 70 (6):846-849.
32. UHLER, I. V. Massive osteoma of the mandible. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1957; 10: 243-246 apud YOUMANS, R. D; CAULDER, S. L.; HAYS, L; .L. Peripheral osteoma of the mandible. Report of a case of 22 years' duration.. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1968 May; 25(5): 785-91.