



Osteoma periférico de la mandíbula y dentición decidua. ¿Un preludio del síndrome de Gardner?

RESUMEN

El osteoma es un tumor benigno de crecimiento lento que se distingue por la proliferación de hueso compacto o trabecular. Los que aparecen en la mandíbula son poco frecuentes y su resección quirúrgica se indica cuando interfieren con la función mandibular, causan síntomas por compresión de estructuras vecinas o producen deformidad facial importante. Se comunica un caso de osteoma postraumático en el ángulo izquierdo de la mandíbula y dentición decidua, así como un análisis de la bibliografía.

Palabras clave: osteoma, síndrome de Gardner, osteoma postraumático, dentición decidua.

José Flores Montoya,¹ Juan Carlos Cisneros Lesser,² Javier A Vides Lemus,³ Mario S Hernández Palestina⁴

¹ Médico adscrito al servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.

² Médico residente de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.

³ Cirujano maxilofacial adscrito al servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.

⁴ Subdirector del servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.

Subdirección de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, Instituto Nacional de Rehabilitación.

Peripheral Osteoma of Mandible and Deciduous Teeth. A Prelude of Gardner's Syndrome?

ABSTRACT

Osteomas are benign slow growing tumors characterized by proliferation of cancellous or compact bone. The ones that appear in the mandible are rare and their surgical excision is indicated when they interfere with proper maxillary function, when they cause symptoms because of compression of other structures or when they produce important facial deformity. We report a case of a posttraumatic osteoma in the inferior left angle of the mandible in a patient with deciduous teeth, as well as a revision of the literature.

Key words: osteoma, Gardner's syndrome, posttraumatic osteoma, deciduous teeth.

Recibido: agosto 2013

Aceptado: octubre 2013

Correspondencia

Dr. Juan Carlos Cisneros Lesser
San Francisco 444 casa 5
10580 México, DF
juancarloscisneros83@gmail.com

Este artículo debe citarse como

Flores-Montoya J, Cisneros-Lesser JC, Vides-Lemus JA, Hernández-Palestina MS. Osteoma periférico de la mandíbula y dentición decidua. ¿Un preludio del síndrome de Gardner? An Orl Mex 2014;59:79-83.

Los osteomas son lesiones osteogénicas benignas de crecimiento lento, formadas de hueso compacto, trabecular o mixto. En términos histopatológicos se han descrito tres tipos distintos: central, periférico y extraesquelético. Los centrales provienen del endostio, los periféricos del periostio y los extraesqueléticos se originan dentro de tejidos blandos, principalmente del músculo estriado.^{1,2} Aunque su patogénesis no se conoce por completo, se han propuesto diversas hipótesis. Se cree que los frontoetmoidales provienen de restos embrionarios de periostio que quedan como remanentes en la unión de los huesos frontal y etmoidal. Para los de mandíbula y regiones externas del hueso temporal se ajusta más la propuesta de que se originan por un traumatismo o tracción muscular en el periostio. Se ha propuesto también un origen postinfeccioso y otro hormonal.^{3,4}

Los osteomas se encuentran casi exclusivamente en el cráneo y en los huesos maxilofaciales. Ocurren con mayor frecuencia en los senos paranasales, el frontal es el más comúnmente afectado, seguido del etmoidal y maxilar; con menor frecuencia hay afectación del conducto auditivo externo, el mastoide, las paredes de la órbita, la apófisis pterigoides y, por último, la mandíbula. Los mandibulares se originan principalmente en el aspecto lingual o región interna del cuerpo, el ángulo y en el margen inferior del cuerpo mandibular.^{2,5}

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 17 años de edad, con un tumor de crecimiento lento en el ángulo izquierdo de la mandíbula de seis meses de evolución. Tenía el antecedente de un traumatismo mandibular por práctica de boxeo y persistencia del canino deciduo superior izquierdo (Figura 1). La exploración ratificó un tumor de 2 x 3 cm, pétreo, de márgenes bien definidos, fijo, discretamente doloroso a la palpación, así como

un canino deciduo izquierdo (Figura 1). La piel circundante al tumor no mostraba signos de inflamación y el paciente no tenía afectación de los movimientos mandibulares. El resto del examen otorrinolaringológico fue normal.

La tomografía computada mostró un tumor con densidad principalmente ósea, multilobulada, bien definida y de base amplia que crecía desde el ángulo izquierdo de la mandíbula (Figura 2).

Se realizó escisión quirúrgica de la lesión con anestesia general para obtener mejoría cosmética y el diagnóstico definitivo. El tumor se expuso por medio de una incisión intraoral que permitió la exposición completa de la lesión. Se logró una clara separación del tumor y el hueso normal subyacente. No hubo daño de otras estructuras (Figura 3). El examen histopatológico corroboró el diagnóstico de osteoma. El postoperatorio evolucionó sin síntomas ni recurrencia.

DISCUSIÓN

Desde el punto de vista clínico, los osteomas periféricos son lesiones unilaterales, sésiles o



Figura 1. Tumor en el ángulo izquierdo de la mandíbula. Nótese la persistencia del canino deciduo superior izquierdo.

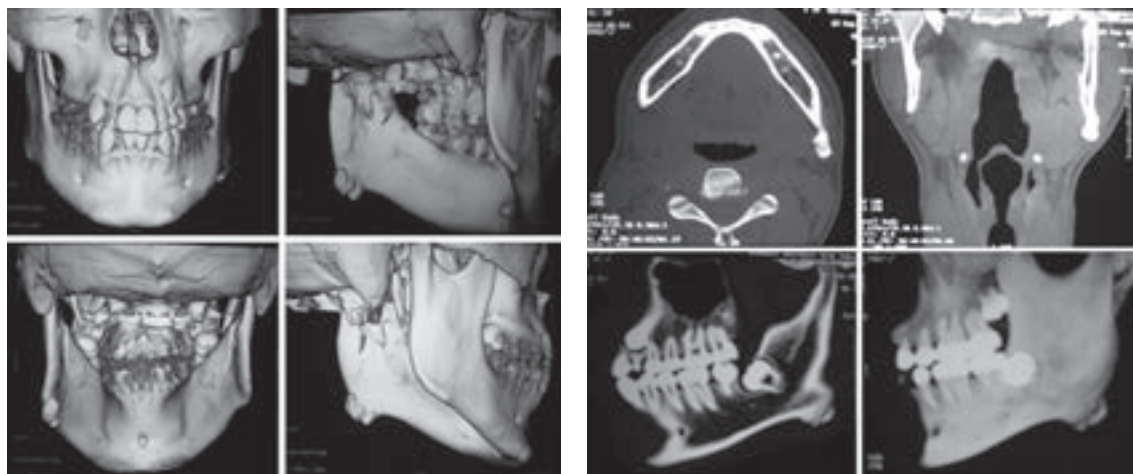


Figura 2. Cortes axiales, coronales, reconstrucciones sagitales y en tercera dimensión de TC que muestran tumor hiperdenso, heterogéneo, de base amplia en el ángulo inferior izquierdo de la mandíbula. Nótese el canino superior izquierdo y terceros molares no exteriorizados.

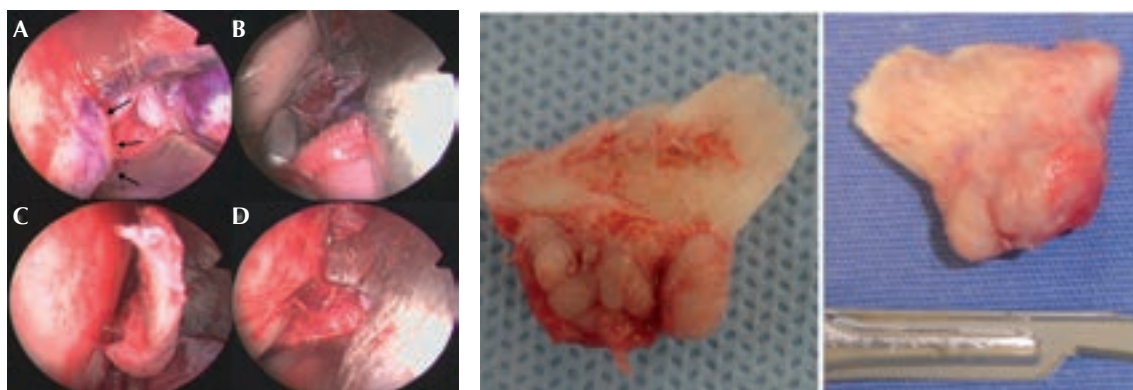


Figura 3. Imágenes de cirugía endoscópica y pieza quirúrgica. **A.** Visión endoscópica del tumor. **B.** Uso de sierra para osteotomía en el ángulo mandibular. **C.** Resección de la pieza. **D.** Sitio quirúrgico libre de afección.

pedunculadas, de márgenes bien definidos, con diámetros que van de 10 a 40 mm. Su incidencia es similar entre géneros y puede afectar a todos los grupos de edad.² En el cráneo y el esqueleto maxilofacial afectan más el seno frontal y la unión frontoetmoidal, pero es común verlos en otros senos paranasales y afectando la órbita.⁶

Sus manifestaciones dependen de su localización, los del seno frontal se han relacionado con sinusitis y mucocelos.⁷⁻⁹ Hay reportes de estos tumores en el hueso temporal afectando el mastoides, la escama, el conducto auditivo externo e interno, la eminencia piramidal y el conducto semicircular horizontal, con mani-

festaciones variables según su localización.¹⁰⁻¹⁵ Aunque generalmente no causan síntomas, los de la mandíbula pueden ocasionar mala oclusión y asimetría facial. De acuerdo con un metanálisis de osteomas de mandíbula realizado en 2005 por Johan y Freitas, 63 casos se han reportado en la bibliografía anglosajona entre 1927 y 2003; 30.5% de éstos provenían de la porción posterior del cuerpo mandibular, 28.5% del cóndilo, 14.2% del ángulo, 11.1% de la rama ascendente, 7.9% del proceso coronoides, 6.3% de la porción anterior del cuerpo mandibular y 1.5% de la muesca sigmoidea.¹⁶

En términos histológicos, se componen de tejido óseo maduro, con lamelas densas y canales de Havers bien organizados. Aunque contienen osteoblastos, fibroblastos y células gigantes en un estroma intertrabecular, las células hematopoyéticas casi nunca se observan. Estos tumores tienen una actividad osteoblástica y osteoclástica variable.^{2,3}

En el diagnóstico diferencial debe incluirse el osteosarcoma, metástasis osteoblásticas, el granuloma eosinofílico aislado, la exostosis, la enfermedad de Paget, el tumor de células gigantes, el osteoma osteoide, el meningioma calcificado y la displasia fibrosa monostótica. Por la localización del tumor aquí presentado también deben considerarse las lesiones de origen odontogénico, como el ameloblastoma. Todas estas lesiones tienen características distintivas y márgenes radiológicos menos definidos que los del osteoma.²

Desde el punto de vista radiográfico, estos tumores se aprecian como masas ovals, radiopacas, bien definidas, que se unen a la corteza ósea por una base amplia o por un pedículo. El diagnóstico requiere siempre la confirmación histopatológica tras la escisión completa. En el caso comunicado se apreció un tumor de base amplia, bien definido, hiperdenso, en la

superficie ínfero-interna del ángulo izquierdo de la mandíbula que, por imagen con TC con reconstrucción tridimensional, era sumamente sugerente de osteoma mandibular, aunado al antecedente de traumatismo mandibular.

La escisión quirúrgica se recomienda a los pacientes con osteomas periféricos de la mandíbula cuando generan mala oclusión o deformidad cosmética importante.¹⁷⁻²⁰ En nuestro caso se recomendó la cirugía para corregir la deformidad cosmética y obtener el diagnóstico histopatológico definitivo, aunque se han reportado diversos estudios donde se da un tratamiento conservador a estas lesiones con revisiones periódicas clínico-radiológicas. La recurrencia es muy rara y no existen reportes de transformación maligna.

Los osteomas únicos o múltiples deben considerarse un signo del síndrome de Gardner, sobre todo cuando se asocian con dientes deciduos o supernumerarios, como en el caso comunicado. Este síndrome se considera una variante de la poliposis adenomatosa familiar, que se hereda con patrón autosómico dominante por mutaciones del cromosoma 5q. Además del tumor aquí descrito, otros signos son pólipos adenomatosos intestinales múltiples, con gran riesgo de transformación maligna, quistes epidermoides, odontomas y dientes supernumerarios o impactados.⁷ El paciente no tenía antecedentes familiares de importancia, síntomas gastrointestinales ni otras neoformaciones cutáneas que fueran orientadoras; sin embargo, por su edad, requiere una vigilancia estrecha para que puedan identificarse de manera temprana otras manifestaciones que completen el síndrome.

CONCLUSIONES

El osteoma es un tumor benigno que puede afectar todos los huesos del cráneo y el macizo facial. Aunque en la mayoría de los casos su causa no es clara, en el caso del paciente comunicado, la



causa traumática está bien asociada. Las manifestaciones clínicas dependen de su localización y en el caso de los de la mandíbula la resección quirúrgica se realiza para fines estéticos o funcionales, aunque el tratamiento conservador es bien aceptado. En todo paciente joven con un osteoma y dientes supernumerarios o impactados, debe hacerse un ejercicio diagnóstico para descartar el síndrome de Gardner.

REFERENCIAS

1. Bodner L, Gatot A, Sionvady N, Fliss DM. Peripheral osteoma of the mandibular ascending ramus. *J Oral Maxillofac Surg* 1998;56:1446-1449.
2. Hakan C, Atila G, Eylem E, Engin C, Salim D. Peripheral osteoma of the mandible mimicking a parotid mass. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2007;264:429-431.
3. Ioannis I, Minas L, Panayotis D, Konstantinos T. Peripheral osteoma of the maxillary alveolar process. *J Craniofac Surg* 2007;18:1169-1173.
4. Patel TR, Borah GL. Frontal bone periosteal osteomas. *Plastic Reconstructive Surg* 2004;114:648-651.
5. De Chalain T, Beryl T. Ivory osteoma of the craniofacial skeleton. *J Craniofac Surg* 2003;14:729-735.
6. 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;52:467-470.
7. Kamil M, Onder O, Sait S. Association of Paranasal sinus osteoma and intracranial mucocele. Two case reports. *Neurol Med Chir* 2004;44:201-204.
8. Feike G, Peerooz S. Endoscopic and trans-fornix removal of a giant orbital-ethmoidal osteoma. *Orbit* 2007;26:299-301.
9. Becelli R, Santamaria S, Saltarel A. Endo-orbital osteoma: two case reports. *J Craniofac Surg* 2002;13:493-496.
10. Shih-Hsuan H, Tien-Chen L. Osteoma of the external ear canal. *Otology & Neurotology* 2003;24:960.
11. Heng-Wai Y, Chen J. External auditory canal osteoma. *Otology & Neurotology* 2008;29:875-876.
12. Davis T, Thedinger B, Greene G. Osteomas of the internal auditory canal: A report of two cases. *Am J Otolaryngol* 2000;21:852-856.
13. Gungor A, Cincik H, Poyrazoglu E, Saglam O. Mastoid osteomas: Report of two cases. *Otology & Neurotology* 2004;25:95-97.
14. Ben-Yaakov A, Wohlgeleirnter J, Gross M. Osteoma of the lateral semicircular canal. *Acta Oto-Laryngologica* 2006;126:1005-1007.
15. Viswanatha B. Extracanalicular osteoma of the temporal bone. *ENT-Ear, Nose & Throat J* 2008;87:381-383.
16. Johann A, Freitas JB, Guir M, Arau N, Mesquita R. Peripheral osteoma of the mandible: case report and review of the literature. *J Cranio Maxillofac Surg* 2005;33:276-281.
17. Chien-Tzung C, Kamulegeya A. Endoscopic resection of a mandibular body and condylar osteoma. *Minim Invasive Ther Allied Technol* 2008;17:323-325.
18. Bilkay U, Erdem O, Ozek C, et al. Benign osteoma with gardner syndrome: Review of the literature and report of a case. *J Craniofac Surg* 2004;15:506-509.
19. Alexander A, Patel A, Odland R. Paranasal sinus osteomas and Gardner's syndrome. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2007;116:658-662.
20. 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;10:139-142.