

OSTEOMA DE LA ESCOTADURA SIGMOIDEA MANDIBULAR. DESCRIPCIÓN DE UN CASO

M. Argüero González *
C. Gay Escoda **

Argüero González, M.; Gay Escoda, C.: Osteoma de la escotadura sigmoidea mandibular. Descripción de un caso, *Avances en Odontostomatología*. 1993, 9: 169-172.

RESUMEN

Se describe un caso de osteoma periférico del maxilar inferior de localización excepcional en la escotadura sigmoidea. Se trataba de un paciente de 73 años, con dolor a nivel de la articulación temporomaxilar izquierda, limitación de la apertura bucal y que refería la percepción de un roce al masticar. La radiografía lateral, tomografía y ortopantomografía confirmaron la presencia de un tumor bilobulado en la escotadura sigmoidea mandibular. Tras la exéresis quirúrgica por vía preauricular, el estudio histológico confirmó el diagnóstico de osteoma al observarse tejido óseo muy denso formado por trabéculas amplias e irregulares con escaso tejido intertrabecular. La evolución ha sido favorable con apertura y cierre bucal correctos y recuperación progresiva del funcionalismo articular.

Palabras clave: Osteoma. Escotadura sigmoidea, mandibular. Maxilar inferior. Articulación temporomaxilar.

SUMMARY

A case of solitary peripheral osteoma of the left mandibular notch is reported. A 73-year-old male presented with discomfort of the left temporomandibular joint, restriction of the opening of the mouth, and a rubbing perception on chewing. The radiography (lateral view), tomography and ortopantomography revealed a bilobulate mass at the left incisura mandibulae. The patient was operated on and the tumor was removed via a preauricular approach. Microscopic examination of the surgical specimen confirmed the diagnosis of osteoma. The tumor was composed of dense bone tissue with extense and irregular trabecula and scarce intertrabecular tissue. The postoperative clinical course showed bucal opening and occlusion within the normal range with progressive functional improvement of the temporomandibular joint.

Key words: Osteoma. Mandibular notch. Incisura mandibulae. Mandible. Temporomandibular joint.

Aceptado para publicación: Abril 92.

* Cirujano Maxilofacial de la Clínica del Perpetuo Socorro, Lleida, Profesor del Master de Cirugía Bucal, Facultad de Odontología, Universidad de Barcelona, Barcelona.

** Profesor Titular de Patología Quirúrgica Oral y Maxilofacial, Director del Master de Cirugía Bucal, Facultad de Odontología, Universidad de Barcelona, Barcelona.

INTRODUCCION

El osteoma es un tumor benigno de hueso trabecular y/o compacto con capacidad osteogénica propia, circunscrito y de crecimiento lento (7). Aunque no presenta metástasis ni invasión de los tejidos circundantes, muestra una tendencia inexorable al crecimiento excéntrico. El tumor pro-

cede de las membranas del hueso con capacidad osteogénica, lo que permite su clasificación en osteoma periférico o perióstico y osteoma central o intraóseo (12, 16). Histológicamente se identifican dos tipos, uno formado por hueso denso (variante compacta) y otro formado por una médula adiposa o fibrosa (variante esponjosa o trabecular).

Ambas variedades no parecen tener repercusión en cuanto al pronóstico y evolución clínica de la enfermedad (13, 19).

Los osteomas constituyen los tumores benignos más frecuentes de los huesos de la cabeza (cráneo, maxilares y senos paranasales) (4, 18), pudiendo ser politópicos y poliostóticos, tal como se observa en el síndrome Gardner (6, 10). Crecen lenta e ininterrumpidamente (10), lo que permite diferenciarlos de otras lesiones óseas maxilares de histología similar (exostosis, torus) con bajo potencial de crecimiento y que no aumentan de tamaño después de la pubertad (9, 21). En épocas de la vida en las que fisiológicamente la osteogénesis está aumentada, los osteomas pueden mostrar un crecimiento exagerado (2).

Las manifestaciones clínicas dependen de la localización (hueso o huesos involucrados), dimensión del tumor y variante del mismo (osteoma central o periférico). Con frecuencia el diagnóstico se establece casualmente en el curso de un estudio radiológico craneofacial por otra causa (8). Los síntomas más aparentes son la asimetría facial (3, 8, 10, 14) y la dificultad para llevar una prótesis (15). Ocasionalmente se han referido dificultades deglutorias y respiratorias graves (1). Los osteomas de los senos paranasales pueden ocasionar síntomas neurológicos, oculares y nasales (4, 7). Los osteomas de la articulación temporomaxilar casi siempre son tumores periféricos del cóndilo del maxilar inferior. Clínicamente limitan la apertura bucal (pseudoaquilonosis), desvían lateralmente el maxilar inferior, ocasionan crecimiento progresivo unilateral (oclusión de clase III

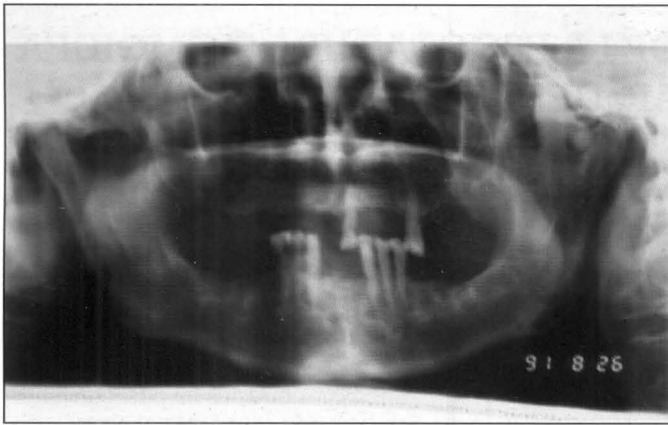


Fig. 1. Ortopantomografía donde se aprecia la tumoración ósea en la escotadura sigmoidea del maxilar inferior izquierdo.

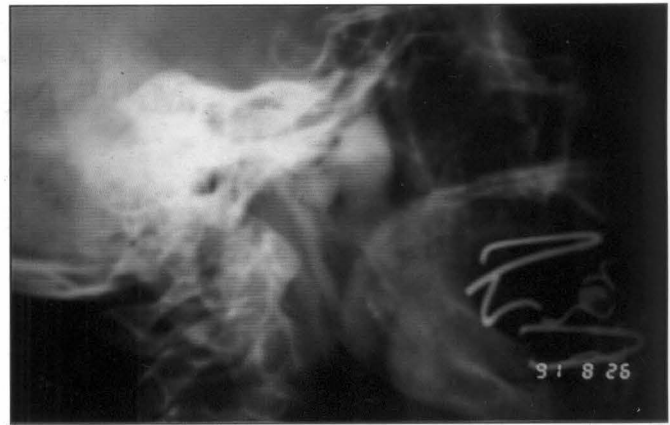


Fig. 2. Radiografía lateral de cráneo mostrando el crecimiento del tumor hacia la base del cráneo, lo que motivaba el roce que percibía el enfermo al abrir la boca.

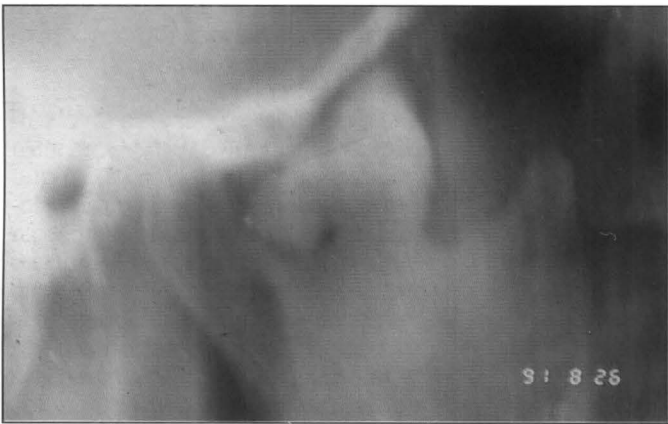


Fig. 3. Tomografía demostrando la forma bilobulada y la gran densidad de la tumoración.

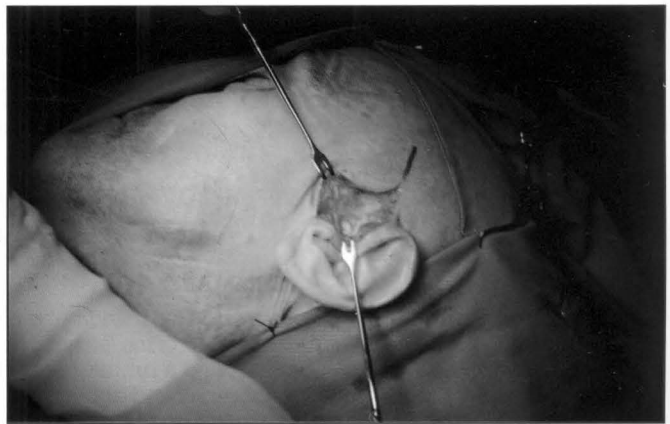


Fig. 4. Abordaje preauricular para llevar a cabo la resección del tumor.

de Angle en el lado afecto) y dolor por disfunción, con predominio de subluxaciones articulares del lado contrario (7).

Describimos el caso de un osteoma periférico del maxilar inferior de localización excepcional en la escotadura sigmoidea.

CASO CLINICO

Se trataba de un paciente de 73 años, con dolor a nivel de la articulación temporomaxilar izquierda, limitación de la apertura bucal y que refería la percepción de un roce al masticar. No tenía antecedentes traumáticos ni de procesos inflamatorios a este nivel. La ortopantomografía reveló la presencia de una masa bilobulada, radiopaca y densa, localizada en la escotadura sigmoidea del maxilar inferior izquierdo (figura

1). La radiografía lateral y la tomografía demostraban una tumoración ósea de unos 3 cm de longitud (desde la escotadura sigmoidea en dirección ascendente hacia la base del cráneo), con una base sesil de aproximadamente 1 cm, con un lóbulo redondeado en la cara posterior que se situaba en la proximidad del cuello del cóndilo del maxilar (figuras 2 y 3).

El paciente fue operado con anestesia general e intubación nasotraqueal. A través de un abordaje preauricular se procedió a la exéresis del tumor con instrumental rotatorio y manualmente (figura 4). Macroscópicamente, el tumor era bilobulado, de superficie lisa, con aspecto de hueso cortical y media aproximadamente 3 x 2 cm. (figura 5). El examen microscópico confirmó el diagnóstico de osteoma compacto

(figura 6). No aparecieron complicaciones en el postoperatorio y el paciente recuperaba progresivamente el funcionalismo articular, con apertura y cierre bucal correctos (figura 7).

DISCUSION

La denominación de osteoma ha sido aplicada a diversas lesiones incluyendo enostosis y exostosis, osteocondromas completamente osificados, esclerosis inflamatorias traumáticas y lesiones de displasia fibrosa osificadas (13, 22). La revisión de la literatura también demuestra que tal denominación podría haber sido atribuida incorrectamente a casos de hiperplasia condilar, fibroma osificante y fibroma cementificante. La definición propuesta por Lucas (13) de «un crecimiento que consiste en hueso



Fig. 5. Pieza operativa.

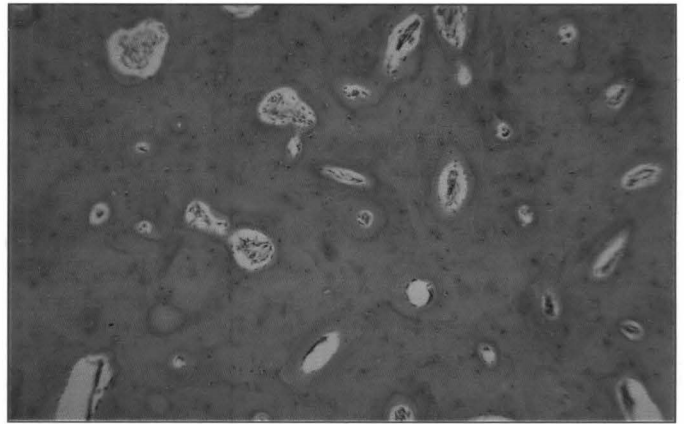


Fig. 6. El estudio histológico puso de manifiesto tejido óseo muy denso formado por trabéculas amplias e irregulares con escaso tejido intertrabecular.

compacto o esponjoso que aumenta de tamaño por continua formación de hueso» ayuda a diferenciar el osteoma de otras lesiones.

Schneider y cols. (20) en una revisión de la literatura anglosajona recogen únicamente 12 casos de osteomas periféricos solitarios del maxilar inferior. La mayoría eran extraorales, tres localizados en las cercanías del ángulo mandibular, dos en el lado bucal del cuerpo en la región molar y uno en la cara externa de la rama ascendente. Tres casos afectaban al cóndilo. Los tres tumores intraorales estaban situados lingualmente a los molares. En la revisión de Gay Escoda y Berini Aytes (7) se hallan 32 osteomas periféricos solitarios de la región craneofacial, siendo las localizaciones más frecuentes a nivel del maxilar inferior, el reborde mandibular y el cóndilo.

Se desconoce la etiología del tumor, estando desacreditada la hipótesis de una causa inflamatoria o traumática (5). Algunos autores abogan por su desarrollo a partir de restos embrionarios cartilagosos o periostio embrionario persistente.

El tratamiento del osteoma es quirúrgico, dependiendo las indicaciones del tamaño del tumor, situación evolutiva y aparición de complicaciones (16). Bosshardt (3) ha descrito el único caso de recidiva. Se trataba de una paciente de 32 años, operada hacía 9 años, que notó la recidiva a los 3 años de la interven-

ción inicial. El tumor continuó creciendo hasta que la enfermedad decidió someterse a una nueva exéresis.

Los osteomas periféricos de los maxilares son lesiones infrecuentes que raramente recidivan después de la extirpación quirúrgica. La caracterización de estos tumores se ha visto dificultada por la confusión en la terminología. La localización de un osteoma a nivel de la escotadura sigmoidea del maxilar inferior es excepcional.

BIBLIOGRAFIA

1. BESCOS S., GAY ESCODA C. Osteoma periférico gigante del maxilar superior. Arch Odonto-Estomatol 1989; 5: 299-303.
2. BHASKAR SN. Patología bucal. Buenos Aires: El Ateneo, 1976.
3. BOSSHARDT L. Recurrent peripheral osteoma of mandible. J Oral Surg 1971; 29: 446-50.
4. BRIASCO I. L'ostéome du sinus ethmoidal. Considérations cliniques. 3rd Congress of the European Association of Maxillofacial Surgery, London, 1976.
5. ECKARDT A. Beitrag zur Genese, Differentialdiagnose und Therapie des Kieferhöhlenosteoms. En: PFEIFER G., SCHWENZER N., eds. Fortschr Kiefer Gesichtschir 1986; 31: 18-9.
6. GARDNER EJ., RICHARDS RC. Multiple cutaneous and subcutaneous lesions occurring simultaneously with hereditary polyposis and osteomatosis. Am J Hum Genet 1953; 5: 139-45.
7. GAY ESCODA C., BERINI AYTÉS L. Osteomas de la región craneo



Fig. 7. Tomografía postoperatoria.

- facial: revisión a propósito de 86 casos. Rev Iberoamer Cir Oral Maxilofac 1986; 23: 197-209.
8. GAY ESCODA C. Osteomas de la región maxilofacial. V Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía Maxilofacial. Sevilla, 1978.
9. GREEN HE., BOWERMAN JE. Osteoma of the mandible. Br J Oral Surg 1974; 12: 225-8.
10. HARRY E., JAMES W., SINCLAIR G., FRANCK C., WAYNE J. Large peripheral osteoma arising from the genial tubercle area. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1986; 61: 268-71.
11. LABBE D., COMPARE JF., SAUTRUIL B., HIES P. Ostéomes ethmoidofrontaux. Rev Stomatol Chir Maxillofac 1987; 5: 302-5.
12. LICHTENSTEIN L. Bone tumors. St. Louis: Mosby Co., 1972.
13. LUCAS RB. Pathology of tumors of the oral tissues. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1984.
14. MEHL HG. Symptomatic osteoma of the mandible. Oral Surg 1955; 8: 808-10.
15. NERSEL R. Osteomas of the oral cavity. J Oral Surg 1956; 14: 61-70.
16. PECH A. Les ostéomes des sinus. Voies d'abord et techniques d'exérèse. Ann Oto-Larungol (Paris) 1983; 100: 29-37.
17. PINDBORG JJ. Tumors of the jaws benign and malignant oral pathology. New York: McGraw Hill, 1965.
18. QUESADA P., NAVARRETE ML., PUMAROLA F. Osteoma del hueso temporal. ORL Dips 1987; 3: 160-4.
19. ROBBINS SL. Patología estructural y funcional. Madrid: Interamericana, 1975.
20. SCHNEIDER LC., DOLINSKY HB., GRODJESK JE. Solitary peripheral osteoma of the jaws: report of a case and review of literature. J Oral Surg 1980; 38: 452-5.
21. SHAFER WG., HINE MK., LEVY BM. A textbook of oral pathology. 4th ed., Philadelphia: W.B. Saunders Co., 1975: 151.
22. WEINBERG S. Osteoma of the mandibular condyle. J Oral Surg 1977; 35: 929-32.

CURSO TEORICO-PRACTICO **«TUMORES Y QUISTES ODONTOGENICOS»**

Bilbao, 17 y 18 de septiembre de 1993.

Curso Teórico-Práctico con conferencias y seminarios.
Prof. J.J. Pindborg.

Información:

ACADEMIA DE CIENCIAS MEDICAS DE BILBAO

Lersundi, 9-1º

48009 Bilbao

Teléfono: (94) 423 37 68