

Osteoma Osteoide: hallazgo en consulta de rutina

Osteoid osteoma: findings on routine procedure

María Soledad Del Toro Gutiérrez ^a, Angela Ríos Osuna ^b, Evangelina Gutiérrez Cortés ^c, María Jose Franco Barrera ^d, Andréa Dolores Correia Miranda Valdivia ^{c*}

^a Universidad Autónoma de Guadalajara, Facultad de Odontología, alumna de Pregrado. Guadalajara, México. marias.toro@edu.uag.mx

^b Universidad Autónoma de Guadalajara, Facultad de Odontología, alumna de Pregrado. Guadalajara, México. angela.rios@edu.uag.mx

^c Universidad Autónoma de Guadalajara, Facultad de Odontología, Departamento de Patología Bucal. Guadalajara, México. evangelina.gutierrez@edu.uag.mx

^d Universidad Autónoma de Guadalajara, Facultad de Odontología, Departamento Quirúrgico-Estomatológico, México. m.franco@edu.uag.mx

* autor por correspondencia

Andréa Dolores Correia Miranda Valdivia DDS, MSc, PhD*

Universidad Autónoma de Guadalajara, Profesora Facultad de Odontología, Departamento de Odontología Especializada. Calle Escorza, #526, Colonia Moderna. CP. 44150 Guadalajara, Jalisco, MÉXICO. Teléfono: +52 (33) 3648-8824 Ext. 54028

RESUMEN

El osteoma osteoide es un tumor de tipo osteogénico de crecimiento lento que con frecuencia se encuentran en los huesos del cráneo facial, cuya presentación puede retrasarse; por lo tanto, el hallazgo durante las etapas iniciales es casi imposible debido a la falta de manifestaciones clínicas. Se caracteriza por un tiempo de presentación nocturno y respuesta a los antiinflamatorios no esteroideos. Se presenta el caso clínico de un paciente masculino de 31 años de edad que se presenta a clínica de odontología de la Universidad Autónoma de Guadalajara, al examen clínico oclusal en la arcada inferior se observa un diastema entre el canino inferior izquierdo y el segundo molar inferior izquierdo, se indicó tomar una radiografía panorámica en la cual se identificó una lesión radiopaca bien delimitada con forma oval entre las raíces del canino inferior izquierdo y segundo premolar inferior izquierdo, en la región del cuerpo mandibular izquierdo, se prosiguió con la excisión quirúrgica de la lesión y se dieron indicaciones posoperatorias, al finalizar se mandó al área de estudio histopatológico en un frasco con formol al 10%. Las radiografías son parte importante para poder acercarse al diagnóstico final de la lesión, así como también otros estudios auxiliares como las tomografías axiales computarizadas. La recurrencia de la lesión debe ser examinada en citas intermitentes, el examen histológico confirmó el diagnóstico de osteoma osteoide.

Palabras clave: Osteoma, Osteoma Osteoide, Neoplasias de la boca, Neoplasias Óseas

ABSTRACT

Osteoid osteoma is a slow-growing osteogenic-type tumor often found in the bones of the facial skull, whose presentation may be delayed; therefore, finding it during the early stages is almost impossible due to the lack of clinical manifestations. It is characterized by a nocturnal presentation time and response to non-steroidal anti-inflammatory drugs. The clinical case of a 31-year-old male patient who attended to the dentistry clinic of

the Universidad Autónoma de Guadalajara was presented; the clinical occlusal examination of the lower arch revealed a diastema between the lower left canine and the lower left second molar. A panoramic radiograph was taken, and a well-defined oval-shaped radiopaque lesion was identified between the roots of the left lower canine and the left lower second premolar, in the region of the left mandibular body. Surgical excision of the lesion was continued, and postoperative indications were given. X-rays are an important part of the final diagnosis of the lesion, as well as other auxiliary studies such as CT scans. Recurrence of the lesion should be examined at intermittent appointments; histological examination confirmed the diagnosis of osteoid osteoma.

Keywords: Osteoma, Osteoid Osteoma, Mouth Neoplasm, Bone Neoplasm.

■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■

1. Introducción

El osteoma osteoide es un tumor de tipo osteogénico de crecimiento lento que se presenta con mayor frecuencia en el fémur, la tibia y las falanges; sin embargo, las lesiones mandibulares son muy raras. Esta lesión fue descrita inicialmente por el Doctor Jaffe en el año 1935 como: una entidad específica tipo nido de 2 cm de diámetro, que apareció como un núcleo compuesto de trabéculas densamente establecidas de hueso recién formado que era atípico¹. Tiene un crecimiento lento y es asintomática, existen de varios tipos: centrales los cuales surgen del endostio, periféricos los cuales surgen del periostio o extraesqueléticos que se forman de partes blandas que se forman dentro del músculo. Las zonas en que se puede desarrollar un osteoma osteoide varían, pero las que se forman en el cóndilo de la mandíbula o en la apófisis condilar puede llegar a dar lugar a alteraciones en la morfología del paciente, asimetría facial y problemas en la articulación mandibular.

Lichtenstein definió el osteoma osteoide como un "tumor pequeño, ovalado o redondeado como el "nidus" que se compone de osteoide y trabéculas de hueso recién formado depositado dentro de un sustrato de tejido conectivo osteogénico altamente vascularizado." Este tumor comprende alrededor del 10% de todos los tumores óseos benignos y ocurre con mayor frecuencia durante la segunda década de la vida, aunque se ha documentado su aparición en un rango de edad más amplio; es tres veces más común en hombres que en mujeres, aunque se desconoce la verdadera naturaleza de esta lesión, varios informes sugieren que generalmente ocurre en adultos jóvenes menores de 30 años.

Es típicamente una lesión solitaria, pero los pacientes con osteoma deben ser evaluados para el síndrome de Gardner, que se caracteriza por múltiples osteomas, pólipos gastrointestinales, tumores de piel y tejidos blandos y múltiples dientes retenidos o supernumerarios, consiste en hueso compacto o esponjoso y puede ser de tipo periférico, central o extra esquelético. Se presenta como un nido de remodelación ósea activa dentro de un estroma vascular, rodeado por una corteza esclerótica reactiva, y tiene un potencial de crecimiento limitado, alcanzando un tamaño máximo de solo 1.5-2 cm. La lesión se presenta predominantemente en niños, adolescentes y adultos joven entre 10 y 25 años, es muy raro en personas mayores de la tercera década de vida. Se caracteriza por un tiempo de presentación nocturno y respuesta a los antiinflamatorios no esteroideos. Son lesiones osteogénicas caracterizadas por hueso compacto y esponjoso, una combinación de ambas proliferaciones, la etiología de estas lesiones es prácticamente desconocida, pero se han propuesto teorías para explicar su origen. La Organización Mundial de la Salud (OMS) revisó dos tipos de osteoma osteoide: osteoma central y osteoma superficial (Bansal et al., 2021).

Son estructuras óseas patológicas las cuales tienen un crecimiento lento, para el diagnóstico de esta patología hay muy poca información por lo tanto se han propuesto tres teorías: del desarrollo, neoplásica y reactiva. Existen distintos métodos de tratamiento para esta patología, pero por lo general es una lesión benigna por lo que no es necesaria su extirpación a menos de que la lesión sea sintomática o esté aumentando de tamaño. Si se decide extirpar el osteoma osteoide se deben tener visitas periódicas con el odontólogo para observar si no hay recidiva de la lesión.

El objetivo de este estudio es presentar el reporte de un caso clínico de osteoma osteoide raro en un paciente masculino de 31 años y mostrar la importancia de un correcto diagnóstico, realizando una adecuada exploración de toda la cavidad bucal, así como apoyarse de exámenes auxiliares como son

las radiografías a todos los pacientes para diagnosticar lesiones de forma temprana.

2. Reporte del caso clínico

Paciente masculino de 31 años residente de Guadalajara, Jalisco, se presenta a clínica de odontología de la Universidad Autónoma de Guadalajara con el motivo principal de consulta para continuar con su tratamiento de ortodoncia. Después de firmado el consentimiento informado, se procedió al llenado de su historia clínica. En el examen clínico extraoral se observó que su grosor labial se encontraba en condiciones normales, presentaba sonrisa asimétrica, la línea media inferior se encontraba desviada hacia la derecha, no se observó ninguna dimensión de crecimiento ni alteraciones (Imagen 1).



Imagen 1. Vista frontal del paciente.

Al examen clínico oclusal intraoral, se observaba en la arcada superior un espaciamiento entre los dientes canino superior y el primer premolar superior derecho y caries oclusal en el segundo molar superior derecho y en el segundo molar superior izquierdo (Imagen 2A), y en la arcada inferior se observaba un diastema entre el canino inferior izquierdo y el segundo molar inferior izquierdo (Imagen 2B). En su lateral derecha presentaba Clase Molar II y Clase Canina II (Imagen 2C); y en su lateral izquierda presentaba Clase Molar I y Clase Canina II (Imagen 2D).

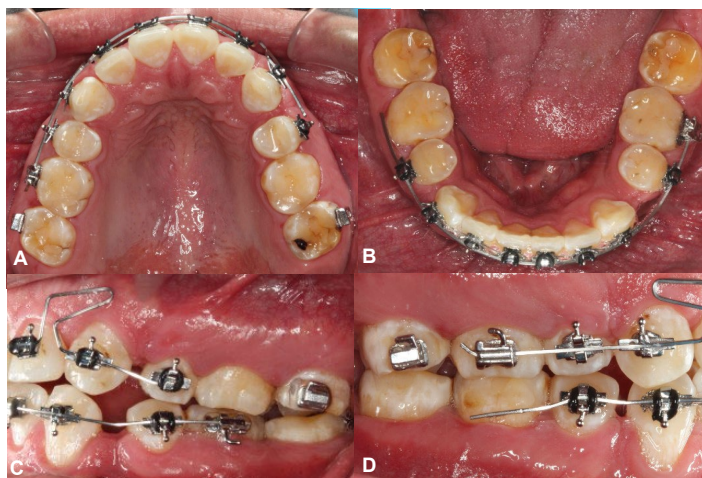


Imagen 2. Fotografías intraorales donde se observa aparatología ortodóntica.

Se decidió tomar una radiografía periapical inicial para verificar el espacio que presentaba; sin embargo, en la radiografía apareció una lesión radiopaca entre los dientes canino inferior izquierdo y primer premolar inferior izquierdo, por lo que se indicó tomar una radiografía panorámica en la cual se identificó una lesión radiopaca bien delimitada con forma oval entre las raíces del canino inferior izquierdo y segundo premolar inferior izquierdo, en la región del cuerpo mandibular izquierdo (Imagen 3). Al momento de hacer diagnóstico presuntivo se sospechaba de un Cementoblastoma, Osteoma Osteoide e Displasia Cemento-Ósea periapical.

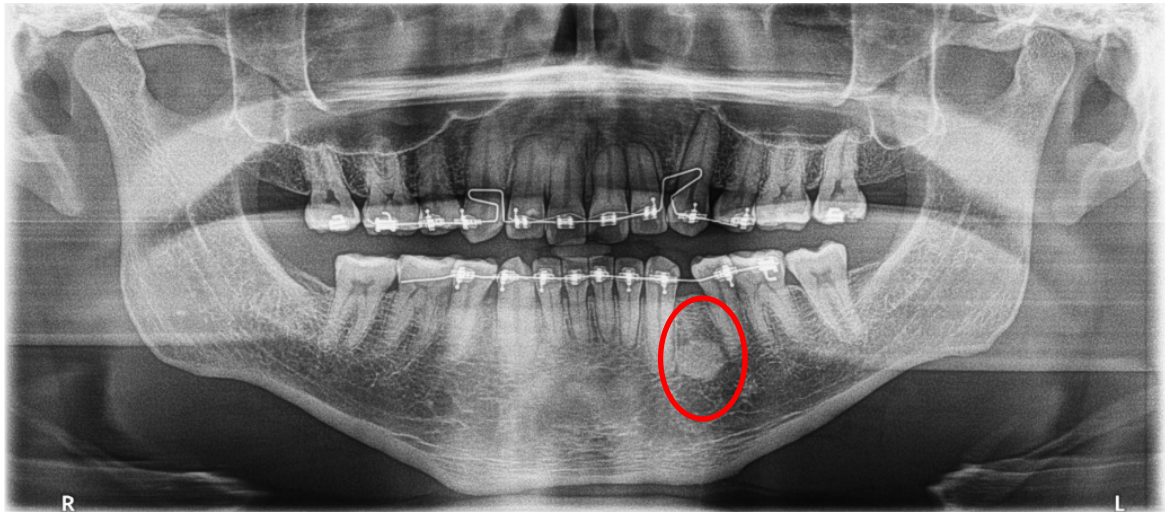


Imagen 3. Radiografía panorámica donde se muestra una lesión radiopaca bien delimitada con forma oval en la región del cuerpo mandibular izquierdo.

Se comenzó el procedimiento infiltrando benzocaína, posteriormente un cartucho de lidocaína con epinefrina en la región mandibular izquierda con la técnica mandibular (truncular) y se complementó con técnica mentoniana con un cartucho de lidocaína con epinefrina. Se realizó una incisión en la región del canino extendiéndose hasta el segundo premolar inferior izquierdo con colgajo triangular y una liberatriz (imagen 4A); se procedió al desgaste de hueso fresando la periferia de la lesión con fresones de cirugía de carburo número #702 para dejarla expuesta en su totalidad; se realizó la enucleación de la lesión, la cual consiste en la extirpación de la misma despegándola del hueso (Imagen 4B), al terminar la remoción se tomaron radiografías periapicales en el área de la lesión para verificar la remoción total de la lesión. Se continuó con la preparación del hueso marca Mimix en presentación polvo/liquido (Imagen 5), se hizo el mezclado que tiene un tiempo de trabajo de 5 minutos para que este fragüe; y se aplicó en el área donde se extirpó la lesión (Imagen 4C). Se cerró el área con 8 puntos de sutura simple de 000 reabsorbible y se colocó una gasa estéril con suero fisiológico sobre el área trabajada (Imagen 4D).

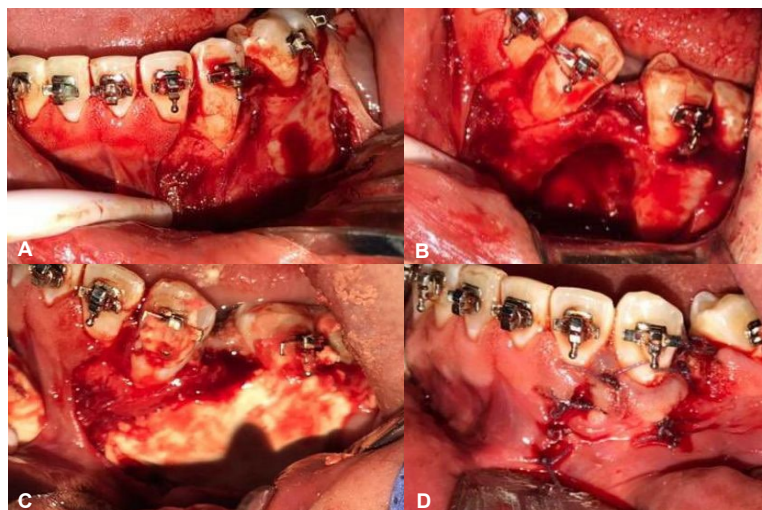


Imagen 4. A: Lesión al descubierto, B: Fosa que se dejó después de haber hecho la remisión de la lesión, C: Injerto de hueso mimix colocado anatómicamente para cubrir el sitio donde antes estaba la lesión, D: Sutura y el estado final.



Imagen 5. Material para utilizado para injerto de hueso.

Se dieron medicaciones postquirúrgicas (Cefalexina 500 mg cada 8 horas por 3 días, Ibuprofeno de 400 mg cada 8 horas por 5 días, Ketorolaco sublingual de 30mg cada 8 horas por 5 días, Dexametasona intramuscular y uso enjuague de Clorhexidina 15 ml cada que cepillara su dentadura) al igual que indicaciones (no usar popote, no tomar nada carbonizado, no enjuagarse la boca vigorosamente ni escupir, no fumar, dieta blanda, no realizar actividades que generaran mucho esfuerzo).

El paciente no regresó a consulta de revisión después de la cirugía ya que no presentó ningún malestar y las suturas eran reabsorbibles; pudo continuar con su tratamiento ortodóntico sin ningún problema. La muestra fue enviada a laboratorio en un frasco con formol al 10%; en el reporte se indicó la presencia de trabéculas irregulares de hueso osteoide e inmaduro dentro de un estroma que contiene una red vascular prominente, rodeadas de osteoblastos. Las trabéculas óseas presentaron varios grados de calcificación, con presencia de osteocitos en sus lagunas. El tejido fibroso vascular estaba libre de proceso inflamatorio. Los hallazgos encontrados fueron consistentes con “Osteoma Osteoide”. Sin datos de malignidad.

3. Discusión

Como fue mencionado en el desarrollo del caso, las características de esta lesión tiene similitudes con el cementoblastoma, el cual es un tumor de origen odontogénico asintomático que tiene un patrón de crecimiento lento y se presenta predominantemente en la segunda y tercera décadas de la vida como en el caso del osteoma, este no tiene predilección de género y se observa como una zona radiopaca bien definida contorneada por un halo radiolúcido uniforme, lo cual podemos observar en la imagen 3 de la radiografía panorámica. Se puede descartar el cementoblastoma por ser un tumor asintomático, mientras que el osteoma osteoide se presenta con dolor desproporcionado al tamaño del tumor el cual suele ser nocturno y su tratamiento es con AINES, además del tamaño que suele ser menos de 1.5 cm de diámetro.

En la mayoría de los casos el osteoma osteoide se encuentra en adultos jóvenes menores a los 30 años caracterizándose por un crecimiento lento y típicamente una lesión solitaria³. La displasia cemento-ósea periapical pudiese ser otro diagnóstico ya que es una lesión benigna fibro-ósea donde el tejido óseo es sustituido por el tejido fibroso semejante al cemento y/o hueso metaplásico. Es considerada una lesión silenciosa y discreta ya que es asintomática la cual podría confundirse comúnmente con el osteoma por su capacidad de formar hueso compacto y esponjoso presentándose como un nido de remodelación ósea activa⁵.

En este reporte de caso presentamos a un paciente con una lesión rara en boca, donde se resalta la importancia de un correcto diagnóstico e exploración intraoral del paciente; así como la relevancia de apoyarse de exámenes auxiliares como son las radiografías panorámicas en todos los pacientes para diagnosticar lesiones de forma temprana. Es importante resaltar que esta lesión fue diagnosticada en un examen de rutina donde el paciente buscaba continuar con su tratamiento ortodóncico, debido a ello es muy importante que el profesional esté atento al hacer el examen de rutina en la consulta porque podría encontrarse lesiones que deben ser atendidas por el especialista y alertadas al paciente.

La intervención quirúrgica sigue siendo la opción de tratamiento más recomendada para el osteoma osteoide. Sin embargo, recientemente se han desarrollado intervenciones mínimamente invasivas como la ablación por radiofrecuencia (ARF) guiada por tomografía computarizada (TC) y la fotocoagulación láser guiada por TC⁹.

4. Conclusiones

En este artículo hemos informado de un caso osteoma osteoide donde pudimos observar su presencia por medio de una radiografía panorámica de rutina por su tratamiento de ortodoncia solicitada debido a un diastema entre dos dientes; se debe tener consciencia de que las radiografías son parte importante para poder acercarnos al diagnóstico final de la lesión, así como también otros estudios auxiliares como las tomografías axiales computarizadas.

Se realizó la intervención quirúrgica para extirpar la lesión, los tratamientos pueden llegar a variar dependiendo de la zona en la que se presente; la extirpación de la lesión resultó en el alivio completo de los síntomas y el injerto de hueso resultó favorable, sin ningún tipo de reacción negativa.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflicto de intereses en este trabajo.

Contribución de autores

María Soledad Del Toro Gutiérrez: Redacción del manuscrito

Angela Ríos Osuna: Redacción del manuscrito

Evangelina Gutiérrez Cortés: Contribuciones substanciales para la concepción y el diseño del trabajo

Maria Jose Franco Barrera: Intervención Quirúrgica del paciente

Andréa Dolores Correia Miranda Valdivia: Diseño del manuscrito, redacción del manuscrito, revisión y edición

Referencias

- Bansal, A., Goyal, S., Goyal, A., & Jana, M. (2021). WHO classification of soft tissue tumours 2020: An update and simplified approach for radiologists. *European journal of radiology*, 143(109937). <https://doi.org/10.1016/j.ejrad.2021.109937>
- Chaudhary, M., Kulkarni, M. (2007). Osteoid osteoma of mandible. *Journal of Oral & Maxillofacial Pathology*, 11(2), 52-55. DOI: 10.4103/0973-029X.37381
- Demircan, S., İşler, S. C., Gümüşdal, A., & Genç, B. (2020). Orthognathic Surgery after Mandibular Large-Volume Osteoma Treatment. *Case reports in dentistry*, 2020(7310643). <https://doi.org/10.1155/2020/7310643>.
- Díaz-Rengifo, I. A., Díaz-Caballero, A. J., Oro, K. R., & Hernández-Arenas, Y. Y. (2019). Painless osteoid osteoma in the maxilla of an elderly female patient. *Journal of oral and maxillofacial pathology*, 23(2), 280–283. https://doi.org/10.4103/jomfp.JOMFP_295_18
- Issa, S. A., Abdulnabi, H. A., & Alshewered, A. S. H. (2019). Intra-articular osteoid osteoma of tempromandibular joint: A case report. *International journal of surgery case reports*, 62, 9–13. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2019.07.070>
- Iwai, T., Izumi, T., Baba, J., Maegawa, J., Mitsudo, K., & Tohnai, I. (2013). Peripheral osteoma of the mandibular notch: report of a case. *Iranian journal of radiology*, 10(2), 74–76. <https://doi.org/10.5812/iranjradiol.3734>.
- Kamimura, R., Fukumoto, C., Hasegawa, T., Komiyama, Y., Fujita, A., Kawamata, H. (2020). A case of mandibular peripheral osteoma on the inferior border of the mandible. *Oral Science International*. 17, 164–168. <https://doi.org/10.1002/osi2.1066>.
- Sadhan A., R., Alosaimi, A., Al Shagroud, R., Zaman, M. U., & Allahyani, M. S. (2020). Osteoid Osteoma of the Maxilla Presenting as Dental Implant Pain. *Case reports in dentistry*, 2020 (2092940). <https://doi.org/10.1155/2020/2092940>.
- Singh, A., & Solomon, M. C. (2017). Osteoid osteoma of the mandible: A case report with review of the literature. *Journal of dental sciences*, 12(2), 185–189. <https://doi.org/10.1016/j.jds.2012.10.002>.
- Thopte, S., Harchandani, N., Nisa, S., Rochani, R. (2018). Osteoid osteoma of the mandibular condyle: A diagnostic dilemma. *Contemporary Clinical Dentistry*. 9(4), 652-655. https://doi.org/10.4103/ccd.ccd_639_18.