

## Osteoma osteoide. Presentación de un caso

Jorge Arturo Santana-de Dios,<sup>(1)</sup> Alana Brito-Braz,<sup>(2)</sup> Rafael Tapia-Latournerie<sup>(3)</sup>

### RESUMEN

El osteoma osteoide es una neoplasia ósea benigna de forma esférica de 2 centímetros o menos de diámetro. Histológicamente presenta osteoide dispuesto irregularmente con potencial de formar tejido óseo, alrededor de un estroma central de tejido conjuntivo con capilares dilatados, conocido como nido. Afecta mayormente a los varones y se presenta en pacientes jóvenes. Produce dolor de mayor presencia durante la noche que cede ante la administración de ácido acetilsalicílico. Su aparición en maxilares es muy rara. Se presenta al servicio de cirugía bucal un niño de 7 años con aumento de volumen en la hemiarcada mandibular derecha. Declara haber tenido episodios nocturnos de dolor. Intraoralmente se observa un crecimiento exofítico fijo. Radiográficamente se percibe una lesión radiopaca bien circunscrita con un centro radiolúcido correspondiente al nido, entre el canino y primer molar temporal inferiores derechos. Su tratamiento fue resección local con curetaje del tejido periférico.

**Palabras clave.** *Osteoma osteoide, Neoplasia, Ácido acetilsalicílico.*

### SUMMARY

Osteoid osteoma is a benign osseous neoplasia of spherical form and a 2 centimeters or less diameter. Histologically it presents osteoid disposed irregularly with the potential of forming bone, around a central stroma of connective tissue with dilated capillaries, known as nidus. It affects mostly to men, and appears in young patients. It produces heavy pain with most presence during the night that yields to the administration of acetylsalicylic acid. Its appearance on

maxillary bones is very rare. A 7 years old boy arrives to the service of oral surgery with volume increase on the right half of the mandible. He says to have previous nocturne pain episodes. To oral exam, is seen an exophytic fixed growth. Radiographically it is perceived a radiopaque lesion well circumscribed with radiolucent center corresponding to the nidus, between right canine and first molar temporal mandibular teeth. Its treatment was local resection with peripheral curettage.

**Keywords.** *Osteoid osteoma, Neoplasia, Acetylsalicylic acid.*

### INTRODUCCIÓN

El osteoma osteoide es una neoplasia ósea benigna de forma redondeada de 2 centímetros o menos de diámetro.<sup>1</sup> En su centro se encuentra un área con tejido conectivo y capilares dilatados, donde hay gran actividad de células óseas.<sup>2</sup> Éste centro, conocido como nido, está rodeado de amplios depósitos de osteoide con diversos grados de calcificación.<sup>3</sup> El osteoma se define como una neoplasia benigna caracterizada por la proliferación de hueso compacto o bien hueso esponjoso, generalmente localizado en el endostio o en el periostio. Puede surgir del periostio cartilaginoso o embrionario. El tipo perióstico se origina en la superficie del hueso como una masa pedunculada. El tipo endóstico se localiza en el hueso medular.<sup>4</sup> El término osteoide se refiere generalmente a la parte orgánica blanda de la matriz intercelular ósea antes de la mineralización.<sup>5</sup>

El osteoma osteoide fue descrito por primera vez por Jaffé en el año de 1935.<sup>6</sup> Esta neoplasia comparte muchos rasgos clínicos e histológicos comunes con el osteoblastoma y el cementoblastoma. Las tres lesiones se consideran variantes de un mismo proceso. Todas ellas comparten un patrón

<sup>(1)</sup> Pasante de Cirujano Dentista en el Centro de Referencia de Especialidades Odontológicas, Secretaría de Salud del Estado de Tabasco. México.

<sup>(2)</sup> Pasante de Cirujano Dentista en el Centro de Referencia de Especialidades Odontológicas, Secretaría de Salud del Estado de Tabasco. México.

<sup>(3)</sup> Cirujano Dentista, Especialista en Cirugía Bucal en el Centro de Referencia de Especialidades Odontológicas, Secretaría de Salud del Estado de Tabasco. México.

histológico similar que consiste en un nido central de aumento de vascularización con osteoblastos y osteoclastos sumamente activos rodeado por hueso celular que contiene una extensa zona de osteoide. Se diferencian en que el osteoma osteoide es pequeño (0,5 a 2 centímetros) y el osteoblastoma y cementoblastoma son grandes (mayores a 2 centímetros).<sup>1</sup>

El tamaño del nido oscila entre 1 y 15 milímetros. Éste puede ser completamente osteolítico o estar completamente calcificado, pero lo más frecuente es que tenga sólo un centro calcificado rodeado de un halo osteolítico, rodeado a su vez de hueso reactivo escleroso.<sup>7</sup> El nido en los osteomas osteoides contiene una concentración de nervios periféricos que no se han observado en otras neoplasias fibroósas.<sup>8</sup> El tumor produce prostaglandinas, y en consecuencia, da origen a un dolor mayormente nocturno el cual se puede controlar con analgésicos (aspirina). Este dolor nocturno es característico del osteoma osteoide y sirve como un rasgo diagnóstico. El síntoma doloroso se basa en el hecho de que el tumor está lleno de sangre que presiona los nervios dentro del mismo.<sup>9</sup> No obstante, esta patología puede ser de difícil diagnóstico, como demuestra el hecho de que la mayoría de los pacientes lleven un largo período de evolución con sucesivas visitas a diferentes especialistas antes de poder ser tratados.<sup>10</sup> Los osteomas osteoides no siempre son visibles en una radiografía simple. La tomografía axial computarizada es la mejor modalidad imagenológica para diagnosticarlos.<sup>11</sup>

Diversos aspectos de su patogénesis permanecen poco claros y la naturaleza neoplásica de la lesión aún es motivo de debate; tampoco ha sido aclarada del todo la base fisiopatológica del rasgo clínico más característico de esta enfermedad: el dolor que se exagera frecuentemente por las noches y que responde al tratamiento con salicilatos.<sup>12</sup>

Representa el 11% de los tumores óseos benignos. El 50% de los casos se encuentran en el fémur o la tibia.<sup>13</sup> Afecta mayormente al sexo masculino sobre el femenino en una relación 2:1. El 75% de los pacientes tiene menos de 25 años.<sup>2</sup> Solo del 1 al 2% de los casos se presenta en pacientes mayores a 50 años.<sup>14</sup> La incidencia en maxilares es de menos del 1%.<sup>15</sup> Las regiones dentarias posteriores del maxilar y la mandíbula son los sitios típicos de presentación en maxilares.<sup>16</sup>

Si bien se ha sugerido la posibilidad de la remisión espontánea, basándose en la epidemiología de estas lesiones o en la teoría de la autolimitación por maduración, tal remisión no se ha demostrado de forma concluyente.<sup>17</sup>

El tratamiento tradicional consiste en la resección abierta, en

bloque, cuyas mayores dificultades son la localización del nido y la desproporción del abordaje quirúrgico respecto al tamaño de la lesión. Se han propuesto alternativas percutáneas, como la resección guiada por tomografía computada, la termocoagulación con radiofrecuencia y la coagulación con láser.<sup>18</sup> El abordaje artroscópico en algunas de estas lesiones es una alternativa válida y recomendable que otorga ventajas desde el punto de vista de confirmación diagnóstica y manejo terapéutico.<sup>19</sup> Sin embargo, a pesar de las técnicas descritas para localizar y tratar este tipo de tumores se han observado casos de recidiva a corto o a largo plazo, aunque es difícil afirmar si se trata de una verdadera recidiva o bien se debe a que la lesión persiste debido a una exéresis incompleta. La escisión en bloque sigue siendo el método más seguro para obtener la curación completa.<sup>20</sup>

## PRESENTACIÓN DEL CASO

**Presentación del caso.** Paciente masculino de 7 años de edad que acude al área de cirugía bucal con un aumento de volumen en la hemiarcada mandibular derecha.

**Exploración clínica.** El paciente declara haber tenido episodios previos de dolor predominantes durante la noche que disminuían con el uso de aspirina. También señala dolor a la palpación del área alterada.

**Pruebas complementarias.** Se solicita una ortopantomografía y radiografía periapical de la zona afectada donde se observa un área redondeada a nivel de las raíces del canino y primer molar temporales, de borde bien definido y una ligera radiolucencia en su centro, lugar donde se ubicaba el nido (Figuras 1 y 2).

**Diagnóstico diferencial y definitivo.** Como un diagnóstico presuntivo fue sugerido el osteoma osteoide debido a su tamaño y a la sintomatología dolorosa de prevalencia nocturna.

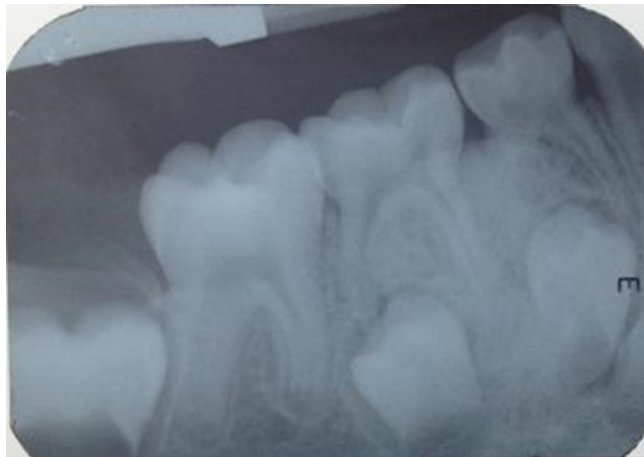
**Tratamiento.** El tratamiento consistió en escisión quirúrgica de la lesión con curetaje y osteoplastia conservadores de los tejidos adyacentes. La eliminación completa de la lesión fue de importancia para la posterior erupción de órganos dentarios permanentes, de ahí la imposibilidad de seleccionar únicamente la exéresis del nido como tratamiento (Figura 3). Se dan farmacoterapia e indicaciones postquirúrgicas correspondientes. Tras la extirpación de la lesión se confirma el diagnóstico presuntivo por medio de un estudio histopatológico de la lesión. El paciente asistió a cita de control un año después del acto quirúrgico, donde se observó una recuperación adecuada, sin presencia de recidiva.

## CASO CLÍNICO

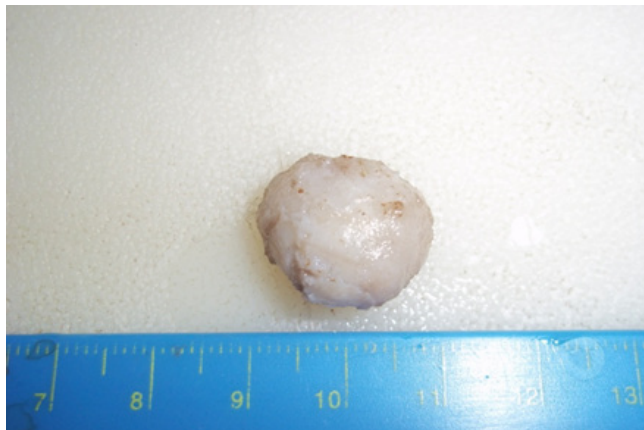
**Figura 1.** Ortopantomografía que muestra área radiopaca redondeada bien circunscrita en el cuadrante inferior derecho.



**Figura 2.** Radiografía periapical en la que se observa la lesión ósea al nivel de raíces del primer y segundo molar temporales inferiores derechos.



**Figura 3.** Aspecto clínico del osteoma osteoide tras escisión quirúrgica.



## DISCUSIÓN

El caso clínico expuesto presenta todas las características clínicas, histológicas y radiográficas de un osteoma osteoide; sin embargo, la presencia de dicha patología en maxilares es muy poco frecuente (menos del 1% de los casos), lo que justifica su valor de divulgación. Los osteomas osteoides corresponden al 11% de los casos totales de tumores óseos benignos. Es de gran importancia hacer una correlación adecuada de los datos radiológicos, clínicos e histopatológicos para ejecutar un diagnóstico certero, y así evitar confusión con otras neoplasias, principalmente con el osteoblastoma y el cementoblastoma.

## CONCLUSIÓN

El osteoma osteoide es una neoplasia ósea benigna de muy rara aparición en maxilares. Su sintomatología dolorosa y la presión que ejerce sobre las estructuras inmediatas al mismo es motivo de su escisión quirúrgica. El caso presentado reunía todos los rasgos típicos de la enfermedad. Se realizó exéresis completa del tumor como tratamiento. Se observó una buena recuperación posterior al acto quirúrgico, lo que demuestra que la escisión total sigue siendo exitosa en estos casos.

## REFERENCIAS

1. Philip-Sapp J, R-Eversole L, P-Wysocki G. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. 2ª ed. Madrid, España: Elsevier Imprint; 2005.
2. Kumar V, Abbas-B A, Nelson F. Robbins y Cotran, Patología Estructural y Funcional. 7ª ed. Madrid, España: Elsevier Imprint; 2005.
3. Kimura-Fujikami Y, Tarazona-Veluniti P, Romo-Rodríguez R, Saleme-Cruz J. Tratamiento percutáneo de un osteoma osteoide con ablación por radiofrecuencia. Reporte de un caso. An Rad Mex 2010; 4: 212-216.
4. Ghom A, Mhaske S. Textbook of Oral Pathology. 1ª ed. Nueva Delhi, India: Jaypee Brothers Medical Publishers; 2009.
5. G-Dox I, John-Melloni D, M-Eisner G, L-Melloni J. El Gran Harper Collins Ilustrado, Diccionario Médico. 1ª ed. Madrid, España: Marbán Libros; 2005.
6. Lutfi-Orantes JA, Ibietatorremendía-Basterrechea A, Lorié-González R, García-Torres M. Cialgia nocturna: osteoma osteoide del sacro. Rev Cubana Ortop Traumatol 1998; 12(1-2): 24-27.
7. Martel J, Ortiz E, Bueno A, Dhimes P. Tratamiento percutáneo mediante radiofrecuencia del osteoma osteoide. Radiología 2001; 43(7): 337-340.
8. Neville B, Damm-D D, M-Allen C, Bouquet J. Oral and

- Maxillofacial Pathology. 3a ed. Estados Unidos de América: Saunders/Elsevier; 2009.
9. Saraf S. Textbook of Oral Pathology. 1a ed. Nueva Delhi, India: Jaypee Brothers Medical Publishers; 2006.
  10. Portabella F, Serra J, Mast R, Orduña M, Montero A, Narváez JA. Tratamiento del osteoma osteoide mediante radiofrecuencia guiada por TAC. *Rev Ortop Traumatol* 2004; 48: 31-37.
  11. Regezi-A J, Sciubba-J J, K. Jordan RCK. Oral Pathology, Clinical Pathologic Correlations. 5ª ed. Estados Unidos de América: Saunders/Elsevier; 2008.
  12. De Chadarévian JP, Herman MJ, Katsetos CD et. al. Histological Study of Osteoid Osteoma's Blood Supply. *Pediatric and Developmental Pathology*. 2007; 10(5): 358-368.
  13. Mediondo C, Tempa A, García-Saiz E, Valdivia H. Osteoma osteoide. *Rev HPC* 2002; 5(2): 38-41.
  14. Gutiérrez-Gómez C, Gargollo-Orvañanos C, Jiménez-Murat Y, Trejo-Lino A. Osteoma osteoide. *Cir Plast* 2001; 11(1): 22-24.
  15. Krishnan-Unni K, Inwards CY. Dahlin's Bone Tumors. 6a ed. Estados Unidos de América. Lippincot Williams & Wilkins; 2009
  16. Cabrera-V F, Ramírez-P S, Rojas-P C, Blanco-M C. Osteoma osteoide del calcáneo: Caso clínico. *Rev Chilena Ortop y Traum* 2008; 49: 88-93.
  17. Ramos R, Sánchez-López JM, García-Alonso M. Osteoma osteoide del sacro. Una lesión infrecuente y de difícil diagnóstico. Aportación de tres nuevos casos. *Rev Ortop Traumatol* 2003; 47: 350-353.
  18. Bosch-O E, Raimann-B R, Vargas-H P, Soffia-S P, Delgado-P G, Alegría-B J et. al. Osteoma osteoide: Resección percutánea guiada por tomografía computada. *Rev Chil Radiol* 2005; 11: 45-50.
  19. Jaime Dubou U., Mauricio Wainer E., Jorge Cheyere E. Caso linic. Resección artroscópica de osteoma osteoide de cuello del talo. *Rev Chilena Ortop y Traum* 2006; 47:175-179.
  20. Portabella F, Fernández-Sabaté A, Narváez JA. Evolución postquirúrgica de un osteoma osteoide de fémur. Problemas de diagnóstico diferencial. *Av. Traumatol. cir. rehabil. Med. Prev. Deport.* 2004; 34(3): 228-231.