

OSTEOMA DE CONDILO MANDIBULAR: REPORTE DE UN CASO

Manuel Hernández Valecillos*, Hildangeli Paredes Freitez*, María León Camacho**
Domingo Stea Tortorice*

*Servicio de Odontología. Sección de Cirugía Oral y Maxilofacial.
Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.

**Departamento de Medicina Oral. Facultad de Odontología. Universidad de Los Andes. Mérida - Venezuela.
Correo electrónico: mehv10@yahoo.com

RESUMEN

Las lesiones tumorales maxilofaciales pueden provocar desviación mandibular, limitación de la apertura bucal, maloclusión, dolor agudo y asimetría facial. Aquellas de tipo benignas de origen óseo, como el osteoma maxilar pueden aparecer, aunque de forma poco frecuente en la articulación temporo mandibular, produciendo alteraciones que perjudican la salud del individuo. La etiología del osteoma es desconocida, generalmente unilateral y con preferencia en el género masculino, en la mayoría de los casos se ve afectado el seno maxilar y el ángulo o cóndilo de la mandíbula. Se presenta el caso de un paciente femenino de 40 años de edad, procedente de Mérida, quien acude a la consulta de la sección de Cirugía Oral y Maxilofacial del Servicio de Odontología, Instituto Autónomo del Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), refiriendo dolor al realizar movimientos mandibulares, acompañado de asimetría facial, con desviación mandibular hacia la izquierda y limitación de la apertura bucal. El tratamiento fue realizado por medio de un abordaje pre-auricular, condilectomía total y envío del material extraído para biopsia. La biopsia dio como resultado osteoma condilar derecho. Al realizar la resección de la lesión, se mejoró sustancialmente la asimetría facial y la funcionalidad articular. Se realizaron controles clínicos y radiográficos a los 6, 12 y 18 meses sin evidencia de recidiva. La paciente fue referida para tratamiento ortodóntico y rehabilitador.

Palabras Clave: osteoma, cóndilo mandibular, asimetría facial.

CONDYLAR OSTEOMA: A CASE REPORT

ABSTRACT

Maxillofacial tumor lesions can cause mandibular deviation, limitation of mouth opening, malocclusion, severe pain and facial asymmetry. Benign tumorlike lesions of bone as a maxillary osteoma may infrequently appear, in the temporomandibular joint producing changes that harm the individual's health. Osteoma's etiology is unknown, it generally unilateral is mostly present in male. It mostly affects the maxillary sinuses and the jaw's angle or condyle. We report a case of a 40-years old female patient from Mérida, who attended to Oral and Maxillofacial Surgery office

at the Service of dentistry at the Autonomous Institute Hospital of the University of Los Andes (IAHULA) referring pain while moving the jaw, facial asymmetry with mandibular deviation to the left and limitation for mouth opening. The treatment was conducted by a pre-auricular approach and total condylectomy; the extracted material was sent for biopsy. Biopsy results showed right condylar osteoma. When performing total excision of the lesion, facial asymmetry was significantly improved as well as articular functionality. Clinical and radiographic controls were performed at 6, 12 and 18 months, with no signs of relapse. The patient was referred for orthodontic treatment and rehabilitation.

Key Words: osteoma, mandibular condyle, Facial Asymmetry.

Introducción

Los osteomas son tumores benignos no odontogénicos, constituidos por tejido óseo tanto compacto como esponjoso. Pueden crecer a partir de la superficie ósea, llamándose osteoma del periostio o de forma centralizada en el hueso, tratándose de un osteoma endostio. Son de crecimiento lento, producen dolor, limitación de la apertura bucal, aumento de volumen y asimetría facial (1, 2, 3, 4, 5, 6). Dependiendo de la dirección de crecimiento del tumor, puede generar síntomas neurológicos (cefaleas, neuralgias, parestesias o disestesias si comprimen el nervio dentario), oculares (exoftalmos, diplopía) y nasales (sinusitis e insuficiencia ventilatoria nasal unilateral). En los casos que afectan al cóndilo de la mandíbula, pueden ocasionar pseudoanquilosis, desviación latero mandibular y dolor (3).

Radiográficamente suelen observarse como áreas radiopacas, bien definidas. Las imágenes más utilizadas para su diagnóstico son la radiografía panorámica y la tomografía computarizada, además de la gammagrafía ósea para confirmar si se encuentra en crecimiento activo o inactivo (1, 9, 10).

El osteoma suele estar asociado al síndrome de Fitzgerald-Gardner, una condición autosómica dominante, en la cual el paciente presenta poliposis intestinal, múltiples osteo-

mas de origen endostio en la mandíbula, fibromas de piel, quistes en la epidermis, dientes impactados y odontomas (1).

Afecta principalmente en la segunda y quinta década de la vida, con ligera predilección por el género masculino, principalmente al ángulo de la mandíbula y huesos faciales, así como también a los huesos largos. Si el paciente presenta múltiples osteomas mandibulares, debe investigarse la presencia del síndrome de Fitzgerald-Gardner. (1, 2, 3, 4).

El osteoma puede originarse del periostio o del endostio. El de origen perióstico es asintomático, presenta masas óseas de crecimiento lento, el cual puede ser detectado clínicamente. Mientras que el que se origina del endostio, a pesar de ser asintomático, es descubierto casualmente a través de un examen radiográfico de rutina apreciándose como una masa radiopaca esclerótica bien circunscrita (1, 4, 9, 10, 11).

Desde el punto de vista histológico, consiste en hueso compacto denso con escasos espacios de médula ósea, trabéculas laminares de hueso esponjoso y espacios medulares con tejido fibro-adiposo. Su etiología es controvertida ya que se dice que su crecimiento se debe a un hipermetabolismo anormal del centro de crecimiento del cóndilo afectado, donde su de-

sarrollo continúa hasta alcanzar la edad adulta, pero conservando su forma (5, 9, 10).

El tratamiento es quirúrgico a través de la escisión total, donde el margen no debe extenderse más allá de 1mm, eliminando el centro de crecimiento si está activo, y si ya está instaurada una deformidad facial debe combinarse con cirugía ortognática y ortodoncia. Una vez realizada, las recidivas son raras (5, 6, 7, 8, 9, 10). En los casos asintomáticos y sin repercusión funcional, ni estética, puede realizarse un seguimiento clínico y radiográfico sin requerir tratamiento (1, 2, 3, 8).

Presentación del Caso

Se trata de paciente femenino de 40 años de edad, procedente de Mérida- Edo. Mérida, quien acudió a la consulta de la Sección de Cirugía Oral y Maxilofacial del Servicio de Odontología del IAHULA, refiriendo dolor y ruidos en la región preauricular derecha de 6 años de evolución, con asimetría facial, desviación mandibular hacia la izquierda y limitación a la apertura bucal. La historia clínica refiere antecedentes de hipotiroidismo controlado desde hace 2 años y un episodio único convulsivo hace 2 años. Clínicamente se observó asimetría facial, desviación mandibular hacia la izquierda (Figura 1), mordida cruzada posterior derecha, mordida abierta anterior mayormente del lado afectado, dolor preauricular, ruidos articulares y limitación de los movimientos mandibulares. Al examen radiográfico panorámico se observa una masa de 2.5 por 2.0 cm, de forma trapezoidal, con alteración de la anatomía cóndilo-mandíbula del lado derecho (Figura 2). Complementariamente se solicita tomografía computarizada con reconstrucción 3D para visualizar la extensión de la lesión (Figura 3). Se solicitó gammagrafía ósea para confirmar o no actividad metabólica en el cóndilo y el resultado fue: fijación puntual del trazador

a nivel de la Articulación Temporo Mandibular (ATM) derecha y el resto de la valoración ósea sin alteraciones morfo-funcionales. De acuerdo a los estudios anteriores se llegó a la impresión diagnóstica presuntiva de osteoma condilar.



Figura 1. Imagen pre-operatoria. Se observa asimetría facial con desviación mandibular hacia la izquierda.



Figura 2. Radiografía panorámica preoperatoria. Se observa masa en cóndilo derecho.

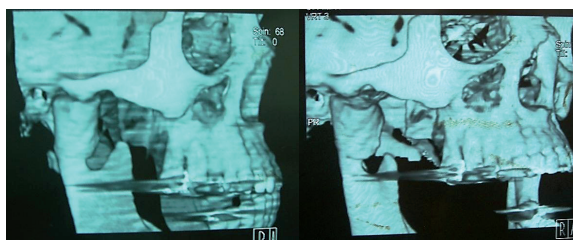


Figura 3. Tomografía computarizada de 3D de región mandibular derecha.

Como tratamiento se optó por la resección quirúrgica de la lesión, bajo anestesia general e intubación nasotraqueal a través de un abordaje pre-auricular, exponiendo así la articulación tempomandibular y la lesión, la cual fue eliminada en su totalidad por medio de condilectomía derecha baja con 1 mm de margen de tejido sano (Figura 4, 5, 6, 7, 8).

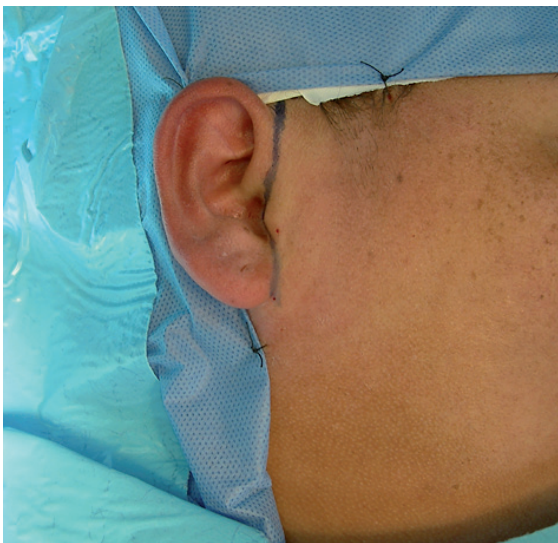


Figura 4. Abordaje extraoral preauricular.

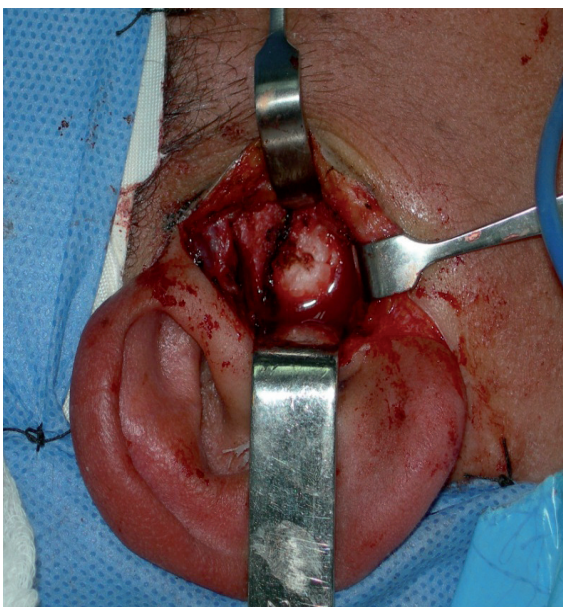


Figura 5. Exposición del tumor en cóndilo derecho.



Figura 6. Extirpación del tumor en cóndilo derecho.



Figura 7. Reposición del colgajo.



Figura 8. Especimen total del tumor enviado para su estudio histopatológico.

Se envía espécimen total para su estudio histopatológico reportando lo siguiente: cóndilo mandibular derecho de 2,3 y 0,7 cms de diámetro, de color pardo oscuro y de consistencia ósea y borde inferior de cóndilo mandibular derecho de 0,9 y 0,6 cms de diámetro de color pardo oscuro y consistencia ósea (Figura 9). El diagnóstico histopatológico definitivo fue osteoma condilar.

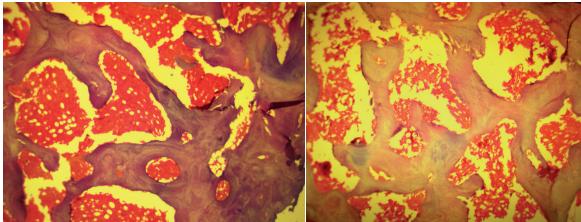


Figura 9. Cortes histológicos del osteoma condilar con hueso laminar alrededor de canales vasculares. (H/E 4 x 12 y 10 x 25 μ m).

Al realizar resección total del tumor se corrigió la desviación mandibular, los movimientos mandibulares volvieron a la normalidad y la apertura bucal mejoro sustancialmente, quedando solo una pequeña discrepancia oclusal que no requirió de cirugía ortognática para su corrección. (Figura 10). No hubo complicaciones durante el acto quirúrgico. Al mes se solicita radiografía panorámica de control donde se observa aún una pequeña deformidad en el cóndilo mandibular derecho producto del remodelado óseo realizado para tratar de crear un pseudo-cóndilo y mantener la simetría (Figura 11). A los 6 meses se refirió a la paciente para tratamiento ortodóntico y rehabilitador. A los 18 meses la paciente regresa para control clínico y radiográfico (Figura 12 y 13), Se evidencian movimientos mandibulares normales, apertura bucal normal, ausencia de dolor y ruidos articulares, tratamiento ortodóntico en progreso. Radiográficamente no se observan cambios compatibles con recidiva de la lesión.



Figura 10. Imagen Post-operatoria al 1er mes post-operatorio, vista facial y oclusal.



Figura 11. Radiografía Panorámica control 1er mes post operatorio.



Figura 12. Imagen facial y oclusal a los 16 meses post-operatorio. Vista facial y oclusal

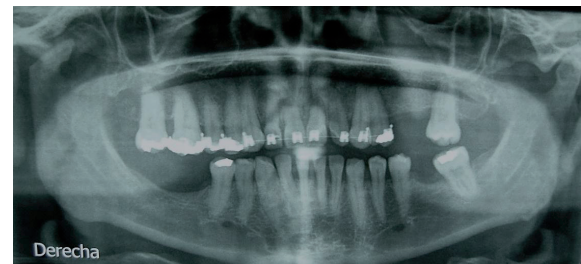


Figura 13. Radiografía panorámica control a los 18 meses post-operatorio.

Discusión

Las asimetrías faciales pueden observarse comúnmente en la consulta, ocasionando principalmente alteraciones funcionales y estéticas. Siendo su etiología diversa que incluye factores genéticos como malformaciones congénitas, microsomía hemifacial; factores ambientales como traumatismos, hormonales, y neoplásicos: osteoma, osteocondroma y condroma. Los tumores no odontógenos benignos como el osteoma condilar, suelen ser lesiones solitarias, a menos que aparezcan asociados al síndrome de Fitzgerald-Gardner, caracterizado por múltiples osteomas, fibromas y quistes en la piel, dientes impactados, odontomas, y poliposis intestinal (1, 2, 3, 4). En este caso se descarta la asociación a este síndrome, pues el osteoma mandibular se presenta aislado y único. Los osteomas afectan principalmente a adultos jóvenes y son tumores específicos del macizo cráneo-facial, que producen desviación de línea media facial hacia el lado no afectado, es decir hacia la izquierda en este caso, resultando en maloclusión como mordida cruzada del lado derecho, limitación progresiva de la apertura bucal, acompañándose de dolor y por lo tanto disfunción de la ATM (8, 9, 10).

Los exámenes radiográficos más adecuados para el diagnóstico de la lesión son: la radiografía panorámica y la tomografía computarizada con reconstrucción 3D, las cuales ofrecen una visión general: del área afectada, de la extensión y la relación con estructuras vecinas como arterias y nervios. (7, 8, 9, 10).

Al examen microscópico los cortes histológicos examinados mostraron: lesión caracterizada por tejido óseo de aspecto reactivo laminar constituido por láminas óseas dispuestas de una manera concéntrica alrededor de canales vasculares. Éstos mostraron abundante hipermia y hemorragia, lo que sugiere crecimiento activo de la lesión. El resultado confirma el

diagnóstico inicial de osteoma condilar, ya que las características histopatológicas evidencian tejido óseo reactivo con espacios medulares con tejido fibro-adiposo y de origen perióstico, pues el endostio se conservaba intacto (8). En estos casos es de suma importancia establecer un diagnóstico diferencial entre osteoma e hiperplasia condilar, debido a la similitud de ambas lesiones, ya que presentan hipermetabolismo del centro de crecimiento del cóndilo afectado. Esto se confirma a través del estudio histopatológico, donde la diferencia está en el tipo de cartílago presente(10).

Las imágenes radiográficas muestran al osteoma como una masa bien circunscrita, con una densidad similar al hueso normal, de aproximadamente 2.5 x 2.0 cm de diámetro. La masa exhibe zonas mixtas, radiopacas y radiolúcidas correspondientes a espacios medulares presentes. Es preciso diferenciar pequeños osteomas con osteítis condensantes, osteomielitis o esclerosis idiopática, ya que de ser así la opción terapéutica cambiaría(8).

En este caso se realizó un abordaje extraoral preauricular para llevar a cabo la condilectomía y la eliminación del tumor, con la finalidad de minimizar el riesgo de lesionar estructuras anatómicas importantes vasculares y nerviosas(11). Dentro de las incisiones quirúrgicas para intervenir el área están: pre-auricular, pre-auricular extendida (hockey-stick), endaural y retroauricular. A pesar de que el acceso a la articulación temporomandibular es relativamente sencillo, existen estructuras nobles como glándula parótida, arteria maxilar interna, vasos temporales superficiales, ramas temporales del nervio facial y nervio aurículo temporal que podrían lesionarse al realizar un incorrecto abordaje. En este caso se escogió la incisión pre-auricular, debido al gran tamaño de la lesión, la cual ameritaba buena visualización de la región condílea y subcondílea, para evitar así complicaciones post-operatorias de tipo senso-

riales, motoras y estéticas (1, 10, 11, 12, 13). Se realizó condilectomía baja, eliminando en su totalidad la tumoración y realizando un remodelado óseo para evitar interferencias con los movimientos fisiológicos mandibulares y con la eminencia articular(1, 10, 11, 12, 13).

El resultado del tratamiento fue exitoso y sin complicaciones. Lográndose reestablecer la funcionalidad y estética maxilofacial posterior a la intervención quirúrgica, alivio y desaparición de la disfunción temporomandibular. Al año y medio no se observan recidivas y tampoco alteraciones clínicas oradiográficas, en la actualidad la paciente se encuentra bajo tratamiento ortodóntico y rehabilitador (8, 9, 10, 11, 12).

Conclusiones

El osteoma condilar es una lesión poco frecuente, usualmente al momento de su diagnóstico va acompañado de alteraciones que impiden el desempeño normal del individuo por las molestias que ocasiona. Las dificultades que presenta el paciente son de tipo doloroso, limitación de la apertura bucal, lo que limita los movimientos masticatorios, la alimentación y el habla. Las complicaciones intra y post-operatorias son pocas o casi nulas cuando se realiza un correcto abordaje y técnica, permitiendo así buena visibilidad y minimizando el riesgo de tales complicaciones. En este caso las secuelas estéticas fueron mínimas y no se produjo lesiones nerviosas. El diagnóstico y tratamiento correcto son de vital importancia, porque así se asegura un buen pronóstico de la enfermedad.

Referencias

1. Miloro M, Ghali G, Larsen P, Waite P. Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 2° Ed. Ontario, Canadá: Editorial BC Decker; 2004.
2. González M, Ruiz I, Fernández J. Tumores Odontogénicos, Tumores Osteogénicos y Lesiones Osteofibrosas de la Cavidad Oral. Tratado de Odontología de Antonio Bascones. 3° Ed. Madrid, España: Ediciones Avances Médico-dentales; 2000.
3. García A. Tumores No Odontogénicos de los maxilares. Tratado de Odontología de Antonio Bascones. 3° Ed. Madrid, España: Ediciones Avances Médico-dentales; 2000.
4. Chiapasco M. Cirugía Oral. Barcelona, España: Ediciones Masson; 2004.
5. Hernández F, Reyes J. Hiperplasia condilar. Rev Med Oral 1999. I (1): 23-27.
6. Marx R, Stern D. Oral and Maxillofacial Pathology: a rationale Diagnosis and Treatment. Miami, USA: Quintessence Publishing Co; 2003.
7. Wang X, Li Z, Yi B, Liang C, Li Y, Wang X. Preliminary study of condilectomy via intraoral approach. Chinese Journal of Stomatology 2012. May 47 (5): 305-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22883829>
8. Hakubun Y, Mamoru W, Takamichi O, Tsukasa S, Sadamitsu H, Takeshi U. Osteoma of mandibular condyle as cause of acute pain and limited-mouth-opening: case report. Bull Tokyo Dent Journal 2007; 48 (4): 193-197.
9. Chong H, Ajura A, Saravanam R, Kok H. Osteoma of the condyle as the cause of limited-mouth opening: a case report. Journal of Oral Science 2004. 46 (1): 51-53. Disponible en: <http://jos.dent.nihon-u.ac.jp/issue/index46-01.htm>
10. Silva M, Pereira V, Dias E, Gimenes C, Francisco M, Cabrini M. Tratamiento de la deformidad facial causada por la hiperplasia condilar: Relato de caso. Acta Odontológica 2010. 48 (3): 1-8. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/3/art15.asp>
11. Zang X, Wang X, Wu J. Surgical treatment of condylar osteoma. Chinese Journal of Stomatology 1999. Nov 32(6):331-4. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11189302>
12. Carrera M, Pereira J, Santos J, Vasconcellos R. Osteoma periférico en la mandíbula: presentación de caso. Acta Odontológica 2009. 47 (2): 1-11. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/2/art17.asp>
13. Ellis E, Zide M. Surgical approaches to the facial skeleton. PA, USA: Williams & Wilkins; 1995.