

## Osteoma periférico gigante del maxilar superior

Bescos Atin MS, Gay Escoda C: Osteoma periférico gigante del maxilar superior. Archivos de Odonto-Estomatología 1989; 5: 299-303.

**Resumen.** Entre los osteomas de la región craneofacial, la localización en el maxilar superior es relativamente rara. Presentamos el caso de un gran osteoma periférico del maxilar superior que, debido a su exuberante crecimiento, impedía la deglución y causaba dificultad respiratoria severa. El interés de este caso residió en la localización infrecuente, el crecimiento exagerado, y la sintomatología atípica acompañante. Basándonos en esta observación, hacemos una revisión de la literatura, comentando la etiopatogenia, frecuencia, localización, diagnóstico e indicaciones del tratamiento quirúrgico de estos tumores.

### Abstract

*Among osteomas of the craniofacial region, osteoma of the maxilla is relatively rare. We report a case of a large peripheric osteoma of the maxilla that caused dysphagia and severe dyspnea due to exuberant growth. The interest of this description is based on the uncommon localization of the tumor and extensive growth causing unusual symptoms. The etiology, pathogenesis, incidence, diagnosis, and surgical treatment of these tumors are commented on.*

**Key Words:** Large peripheric osteoma- Maxilla.

### Introducción

El osteoma puede definirse como una tumoración formada por hueso trabecular y/o compacto que aumenta de tamaño por poseer una capacidad osteogénica propia y exagerada<sup>(8)</sup>. Se trata de tumores óseos benignos, de crecimiento lento, y anatómicamente bien delimitados que, aunque no metastatizan nunca ni infiltran tejidos vecinos, se caracterizan por una tendencia inexorable al crecimiento excéntrico<sup>(18, 25)</sup>.

Estos tumores se desarrollan a partir de las membranas del hueso con capacidad osteogénica, pe-

**M<sup>a</sup> Socorro Bescos Atín<sup>1</sup>  
Cosme Gay Escoda<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Médico Residente de Cirugía Maxilofacial del Hospital General "Vall d'Hebron", Barcelona.

<sup>2</sup>Profesor Titular de Patología Quirúrgica Oral y Maxilofacial, Escuela de Estomatología, Facultad de Medicina, Universidad de Barcelona. Médico Adjunto de Cirugía Maxilofacial del Hospital General "Vall d'Hebron", Barcelona.

**Palabras Clave:** Osteoma periférico gigante- Maxilar superior.

Aceptado para publicación:  
Enero 1989.

### Correspondencia:

Prof. Dr. Cosme Gay Escoda,  
C/ Ganduxer 140,  
08022 Barcelona.

riostio y endostio, lo que permite su clasificación en periféricos o periósticos y centrales o intraóseos<sup>(19, 26)</sup>. Los osteomas de los senos paranasales son una variedad clínica de los periféricos, con un curso clínico parecido al de los osteomas centrales, razón por la que se les individualiza.

Histológicamente se describen dos variantes: una formada por hueso denso, o variante compacta, y otra formada por una médula adiposa o fibrosa, o variante esponjosa o trabecular. Ambos tipos histopatológicos no parecen tener repercusión en cuanto al pronóstico y evolución clínica de la enfermedad<sup>(20, 30)</sup>.

Los osteomas representan los tumores benignos más comunes de los huesos de la cabeza (huesos del cráneo, maxilares y senos paranasales)<sup>(28)</sup>, pudiendo ser politípicos o poliostóticos, tal como se observa en el síndrome de Gardner<sup>(7, 16)</sup>. En nuestra casuística, el carácter poliostótico se observó en el 30% de los casos<sup>(8)</sup>.

Clínicamente, el crecimiento de estos tumores es muy lento, aunque en épocas de la vida en las que la osteogénesis está fisiológicamente aumentada pueden sufrir un crecimiento exagerado<sup>(1)</sup>. Los osteomas muestran un crecimiento continuo aún después de llegar a la edad adulta<sup>(14)</sup>, lo que permite distinguirlos de otras lesiones óseas maxilares de naturaleza histológica similar (exóstosis, torus) de bajo potencial

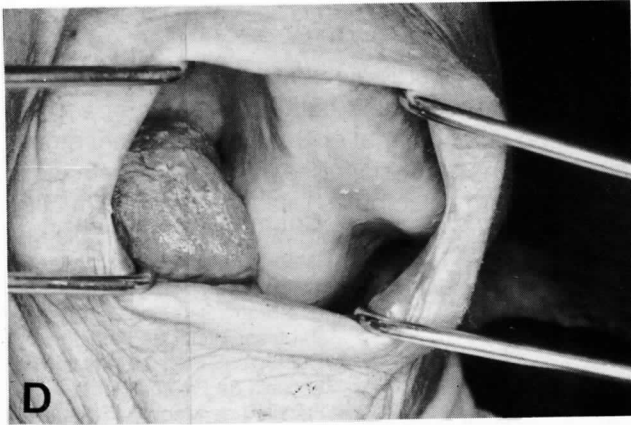


Fig. 1. Vista intraoral de la gran tumoración ósea del maxilar superior.



Fig. 3. Detalle de la ortopantomografía en la que se observan los límites del osteoma. Se ha producido una importante reabsorción del cuerpo y de la rama ascendente mandibular izquierda, debido a la prolongada compresión del osteoma.



Fig. 2. Radiografía anteroposterior de cráneo. Se evidencia una tumoración ósea pediculada de radiopacidad homogénea en la zona incisal izquierda del maxilar superior.

de crecimiento, y que no aumentan de tamaño después de la pubertad<sup>(34, 13)</sup>.

Debido al lento crecimiento de estos tumores, es característico un largo período de latencia hasta que aparecen los primeros síntomas por compresión<sup>(2)</sup>; por este motivo, el diagnóstico se establece muchas veces de forma gratuita<sup>(9)</sup>, estando el paciente asintomático, en el curso de alguna exploración radiológica. Así, la mayoría de autores reconocen que los osteomas aparecen en sujetos con excelente estado de salud<sup>(5)</sup>; sin embargo, cuando el tumor alcanza un volumen considerable, provoca sintomatología al afectar a estructuras vecinas, dando alteraciones estéticas y/o funcionales. En definitiva, los osteomas son asintomáticos o bien producen una clínica muy pobre, con un largo período de latencia, diagnosticándose cuando producen asimetrías faciales<sup>(2, 9, 14, 22)</sup>. Tanto los osteomas periféricos como los centrales pueden limitar la apertura bucal (pseudoanquilo-

sis) -generalmente son osteomas periféricos del cóndilo- o bien interferir con una prótesis, cuando se trata de osteomas centrales de la región alveolar de los maxilares<sup>(24)</sup>. Un caso aparte lo constituyen los osteomas de los senos paranasales, los cuales pueden dar lugar a síntomas neurológicos, oculares y nasales<sup>(8)</sup>.

En este artículo presentamos el caso de un osteoma periférico de maxilar superior que impedía la deglución y causaba dificultad respiratoria grave.

### Descripción del caso

Mujer de 56 años que fue remitida al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital "Vall d'Hebron", en 1970, por presentar una tumoración localizada en el maxilar superior, de etiología no filiada. Entre sus antecedentes, la paciente refería la pérdida sucesiva de todas las piezas dentarias por enfermedad paradontal, 10 años antes. No existía historia de traumatismo ni de proceso inflamatorio en el área. No había antecedentes de quistes cutáneos ni de polipo-

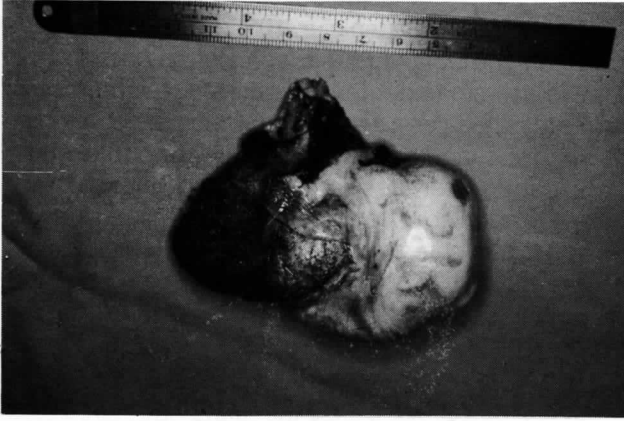


Fig. 4. Aspecto macroscópico de la pieza operatoria.



Fig. 5. Imagen del estudio histológico: osteoma compacto.

sis intestinal. La paciente refería, como única sintomatología, una pequeña molestia a la deglución.

A la exploración intraoral se constataron la ausencia de piezas dentarias y la presencia de una tumoración de consistencia dura, lisa e indolora a la palpación, en la zona incisal del maxilar superior, lado izquierdo. La tumoración presentaba una base amplia, de forma ovoide, y de tamaño aproximado 2 x 2 cm. La radiografía panorámica mostró una tumoración sesil de maxilar superior, que por su densidad radiológica confirmaba el diagnóstico de osteoma periférico de maxilar superior. Los familiares y la propia paciente rechazaron la propuesta de exéresis quirúrgica de la tumoración ósea.

En 1986, la paciente fue remitida al Servicio de Urgencias del mismo hospital por presentar un cuadro agudo de obstrucción respiratoria.

En la exploración intraoral se observó la presencia de una gran tumoración de maxilar superior, en el lado izquierdo, que protuía hacia el vestíbulo, ocupando la entrada de la cavidad oral (Fig. 1). Se efectuaron los estudios radiológicos pertinentes: radiografía de cráneo y ortopantomografía (Figs. 2 y 3), evidenciándose una gran tumoración intraoral redondeada, radiopaca, de base amplia implantada en el maxilar superior izquierdo, que por su gran tamaño incluso había producido reabsorción ósea a nivel de las ramas horizontales y ascendente del maxilar inferior del mismo lado.

La paciente fue intervenida bajo anestesia general, con intubación nasotraqueal con fibroscopio, por imposibilidad de visualizar la tráquea por vía oral.

Mediante abordaje intraoral se realizaron: incisión de la mucosa oral vestibular y palatina correspondiente a la zona del 15 al 25, disección mucoperióstica hasta liberar el pedículo de la tumoración, y sección con escoplo y martillo de dicho pedículo. Dado el tamaño de la pieza ósea resecada, fue muy difícil la

extracción de la misma a través del orificio de la boca. Se concluyó la intervención fresando y remodelando la base ósea. La Fig. 4 muestra la pieza operatoria, de aproximadamente 4 x 9 cm de diámetro. El informe histológico corroboró el diagnóstico clínico-radiológico de osteoma (Fig. 5).

## Discusión

Actualmente, tanto el concepto como la etiopatogenia del osteoma se encuentran sujetos a controversia. Así, para algunos autores sería más correcto hablar de crecimiento osteogénico benigno que de tumoración, olvidando de esta forma su aspecto neoplásico<sup>(8)</sup>. Sin embargo, la casi totalidad de autores coinciden en considerar al osteoma como una neoplasia.

La etiopatogenia es objeto de discrepancia<sup>(6, 12, 27)</sup>, invocándose diversas hipótesis: embriológica, traumática, inflamatoria, metaplásica, por calcificación de pólipos sinusales, hereditaria, debida a alteraciones metabólicas del calcio, y muscular. Clásicamente, algunos autores<sup>(13)</sup> han considerado que los osteomas se originaban de restos cartilaginosos embrionarios o de periostio embrionario persistente, que podrían ser estimulados por procesos traumáticos e infecciosos.

Otros autores encuentran una relación frecuente con un traumatismo anterior -20% de los casos, según Rawlins<sup>(29)</sup> y 28,5% según Samy<sup>(31)</sup>. Sin embargo, parece que en muchos casos es difícil constatar este hallazgo, o establecer una relación causa-efecto. La etiopatogenia todavía es imprecisa, aunque se cree que el osteoma es el resultado de una hiperactividad osteogénica localizada y latente, que se manifiesta por un estímulo endocrino, como la pubertad, o por otro tipo de estímulo, bien sea traumático o inflamatorio<sup>(28)</sup>. Así, en épocas de la vida en las que la osteogé-

nesis está fisiológicamente aumentada, el osteoma podría sufrir un crecimiento exagerado <sup>(1)</sup>.

Debido a la existencia de una capacidad osteogénica aumentada, se puede establecer el diagnóstico diferencial entre los osteomas y las lesiones óseas histológicamente similares que o no poseen esta capacidad, o bien la poseen en grado mínimo (torus, exóstosis, enóstosis, etc.) <sup>(15, 20)</sup>. Parece ser que, a diferencia de estas lesiones óseas que no aumentan de volumen después de la pubertad <sup>(34, 13)</sup>, los osteomas mostrarían un crecimiento continuo.

En una serie anterior de 86 pacientes con osteoma de la región cráneo facial <sup>(8)</sup>, la media de edad fue de aproximadamente 50 años, con un predominio claro en el sexo masculino, en proporción cercana a 2:1 (56 hombres y 30 mujeres). Estos datos concuerdan con los de otros autores <sup>(4, 10, 11, 17, 35, 36)</sup>. Sin embargo, en otras casuísticas la media de edad es menor, con predominio de la segunda a la cuarta década <sup>(25, 28)</sup>.

En cuanto al tipo de variante y a la localización del tumor, encontramos un predominio claro de la variante periférica pura (49%); de entre los tumores de este tipo, el 73% estaban localizados en el reborde mandibular. Seguían, en frecuencia, la localización condílea (5%) y la de maxilar superior (2%).

En la variante de los osteomas centrales, la localización más frecuente fue también la mandibular (52%), seguida del tercio medio facial (7%).

En relación con los osteomas de los senos paranasales (24,4%), la localización más frecuente fue el seno frontal (57%), siendo la afectación maxilar y la etmoidal poco frecuentes.

Según algunos autores <sup>(32)</sup>, la localización de los osteomas periféricos en la mandíbula es predominante a nivel del reborde mandibular y del cóndilo, siendo menos frecuente la localización intraoral. Intraoralmente, los osteomas se localizan predominantemente en la cara lingual de premolares y molares, habiéndose descrito algún caso a nivel de la superficie lingual de la parte anterior de la mandíbula, en relación con la apófisis geni <sup>(14)</sup>.

En nuestra casuística, la localización de los osteomas periféricos puros en el maxilar superior fue de dos casos sobre 42 (4,7%), por lo que podemos decir que es relativamente poco frecuente. Esta es la localización del caso que aportamos en este artículo.

La clínica de este tipo de tumores es escasa. La sintomatología depende, en general, de tres factores: localización, dimensión y variante clínica del tumor.

Es característico un largo período de latencia, con ausencia de dolor, hasta que aparecen los primeros síntomas por compresión. Por ello, el diagnóstico se establece muchas veces de forma fortuita <sup>(9)</sup>. En nuestra casuística <sup>(8)</sup>, la proporción de casos diagnosticados fortuitamente correspondió, por orden de frecuencia, a: osteomas periféricos (5%), osteomas

centrales (20%), y osteomas de senos paranasales (45%). Globalmente, sólo un 10% de los osteomas de la región cráneo facial producen sintomatología.

Los osteomas periféricos puros pueden producir asimetrías faciales y pseudoanquilosis cuando afectan al cóndilo mandibular, limitando la apertura oral y provocando laterodesviación mandibular con crecimiento progénico unilateral y sintomatología oral, sobre todo en pacientes edéntulos, al interferir con una prótesis.

Se han descrito síntomas más raros, como defectos visuales y pérdida de equilibrio, asociados a crecimientos próximos al seno carotídeo y a la arteria carótida interna <sup>(21)</sup>.

En general, los problemas ocasionados por la aparición de una tumoración ósea de estas características son raros. Esto se debe a que el córtex de los maxilares es resistente a la presión. No obstante, en el caso que hemos descrito, se trataba de un osteoma periférico de maxilar superior que impedía la deglución y causaba dificultad respiratoria grave debido al gran crecimiento que alcanzó al ser dejado a su libre evolución.

El diagnóstico de estos tumores es fundamentalmente clínico <sup>(3)</sup>, en base a los datos de la anamnesis y de la exploración clínica.

Cuando se trata de un osteoma periférico, el tumor presenta unos límites bien definidos, superficie lisa y forma más o menos esférica, pudiendo ser sesil o pediculado. Cuando el osteoma es central, los límites no suelen ser tan precisos, la superficie es más bien rugosa, y el hueso afecto se presenta abombado.

El diagnóstico se ha de confirmar por radiología simple <sup>(28)</sup>. La radiología constituye un procedimiento diagnóstico de gran ayuda. La imagen típica del osteoma es la de una masa radiopaca, redondeada, sin límites netos, cuya densidad varía según se trate de la variante histológica esponjosa o compacta <sup>(8)</sup>. La cortical del hueso está respetada <sup>(28)</sup>. En determinadas proyecciones, el osteoma periférico se puede superponer al córtex del hueso, al que puede estar fijado por un pedículo muy ancho (forma clásica en seta) <sup>(8)</sup>. La tomografía ayudará a determinar la extensión total de la tumoración y la posible afectación de estructuras próximas.

El resto de exámenes paraclínicos no aporta ningún otro dato de interés <sup>(23)</sup>. Sin embargo, el diagnóstico definitivo será confirmado por el estudio histológico.

El tratamiento de los osteomas es únicamente quirúrgico. Las indicaciones de este tratamiento dependen, fundamentalmente, de tres factores <sup>(25)</sup>: volumen del osteoma, carácter evolutivo, y aparición de complicaciones.

Es importante tener en cuenta que el osteoma es un tumor benigno pero que, sin embargo, posee una

tendencia inexorable al desarrollo excéntrico. Además, siempre que se resequen la cortical y el periostio adyacente al tumor, el osteoma no recidiva después de su ablación<sup>(33)</sup>.

Por lo tanto, en nuestra opinión, que concuerda con la de otros autores<sup>(25, 28)</sup>, el diagnóstico de osteoma impone, en principio, una indicación quirúrgica clara, pero, debido al crecimiento habitualmente lento de estos tumores, dicha indicación dependerá de los tres factores anteriormente indicados (volumen, evolución y aparición de complicaciones).

La intervención quirúrgica, en el caso de los osteomas periféricos que producen asimetría facial y sintomatología oral, suele ser fácil y sin complicaciones, siendo más compleja en el caso de que esté afectada la articulación temporomandibular.

En conclusión, la actitud quirúrgica general en el caso de osteomas periféricos implica la exéresis o bien la exéresis y la reconstrucción, siempre que sea necesaria<sup>(13)</sup>. El pronóstico depende de la posibilidad de realizar una exéresis completa, que asegurará la curación. No se han descrito casos de malignización de estos tumores.

## Bibliografía

- Bhaskar, S. N.: Patología bucal. Buenos Aires. El Ateneo, 1976.
- Briascó, I.: L'ostéome du sinus ethmoidal. Considérations cliniques. 3rd Congress European Association of Maxillo-facial Surgery. London, 1976.
- Bourdial, J.: Ostéome de la mastoïde - Artériographie. Ann Otol (Paris) 1963; 80: 997-1001.
- Calhoun, N.R.: Multiple osteomas of the mandible. J. Oral Surg. 1957; 13: 325.
- Causse, P.: Les tumeurs osseuses dysgénétiques ou ostéomes du sinus frontal. Thèse Méd. Montpellier, 1934: 43.
- Fetissof, A. G.: Pathogenesis of osteomas of the nasal accessory sinuses. Ann Otol 1929; 38: 404.
- Gardner, E. J.; Richards, R. C.: Multiple cutaneous and subcutaneous lesions occurring simultaneously with hereditary polyposis and osteomatosis. Am J Hum Genet 1953; 5: 139.
- Gay Escoda, C.: Osteomas de la región craneofacial; revisión a propósito de 86 casos. Rev Iberoamer Cir Oral Maxilofac 1986; 23: 197-209.
- Gay Escoda, C.: Osteomas de la región máxilofacial. V Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía Máxilofacial. Sevilla, 1978.
- Gaylord, D. N.; Noren, G. D.; Riche, W. C.: Huge osteoma of the mandible, report of case. J Oral Surg 1978; 36: 375-9.
- Giannouloupous, A.; Iatrou, J.: Osteoma of the ethmoid and lacrimal bone. Maxilofac Surg 1979; 7: 154-7.
- Gorlin-Goldman, J.: Patología oral Thoma. Barcelona: Salvat Editores, S.A. 1973.
- Green, H. E.; Bowerman, J. E.: Osteoma of the mandible. Br J Oral Surg 1974; 12: 225-8.
- 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.
- Jesserer, H.: Enfermedades óseas. Barcelona: Toray, 1974.
- Kanzler, G. y Kiefer, L.: El síndrome de Gardner. Med Klin 1975; 165.
- Knecht, C. D., Green, J. A.: Osteoma of the zygomatic arch in a cat. J Am Vet Med Assoc 1977; 171: 1077-8.
- Labbe, D.; Compere, J. F.; Sautreuil, B., Hies, P.: Ostéomes ethmoidofrontaux. Rev Stomatol Chir Maxillofac 1987; 5: 302-5.
- Lichtenstein, L.: Bone tumors. St. Louis: Mosby Co., 1972.
- Lucas, R. B.: Pathology of tumours of the oral tissues. Edinburgh and London: Churchill Livingstone, 1972.
- Mac Lennan, W. P.; Brown, R. D.: Osteoma of the mandible. Br J Oral Surg 1974; 12: 219-24.
- Mehl H. G.: Symptomatic osteoma of the mandible. Oral Surg 1955; 8: 808.
- Muraoka, M.: A report of a case of giant osteoma of the temporal bone. Jap J Plast Reconstr Surg 1982; 25: 62-6.
- Nersel, R.: Osteomas of the oral cavity. J Oral Surg 1956; 14: 61-70.
- Pech, A. et al.: Les ostéomes des sinus. Voies d'abord et techniques d'exérese. Ann Oto-Laryng (Paris) 1983; 100: 29-37.
- Pindborg, J. J.: Tumours of the jaws benign and malignant oral pathology. New York: McGraw Hill Book Co., 1965.
- Quesada, P.: Osteomas gigantes etmoidosinuales. ORL 1975; 2: 285-91.
- Quesada, P.; Navarrete, M. L. y Pumarola, F.: Osteoma del hueso temporal. ORL Dips 1987; 3: 160-4.
- Rawlings, A. G.: Osteoma of the maxillary sinus. Ann Oto-Rhinol Laryngol 1938; 47: 735.
- Robbins, S. L.: Patología estructural y funcional. Madrid: Interamericana, 1975.
- Samy, L. y Mostafa, H.: Osteoma of the nose and paranasal sinuses with a report of twenty-one cases. J Laryngol Otol 1971; 85: 449-69.
- Schneider, L. C.; Dolinsky, H. B. y Gradjesk, J. E.: Solitary peripheral osteoma of the jaw. Oral Surg 1980; 38: 452-5.
- Seltzer, A. P.: Removal of a mastoid osteoma. Ann Otol 1954; 63: 204-6.
- Shafer, W. G.; Hine, M. K. y Levy, B. M.: A textbook, of oral pathology. 4th ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1975: 151.
- Stafne-Gibilisco, L.: Diagnóstico radiológico en odontología. Buenos Aires: Panamericana, 1978.
- Vida, L.; Ceuca, G. y Szabo, V.: Several cases of osteoma of the paranasal sinuses. Rev Chir (Otorinolaringol) 1977; 22: 33-40.