

Osteoma del seno maxilar. A propósito de un caso en 10 años

Osteoma of the maxillary sinus. Case presentation in 10 years

Dr.C Jorge Santana Álvarez

Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente Octavio de la Concepción y de la Pedraja Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se presenta una paciente con un osteoma del seno maxilar. Dada su infrecuencia en nuestro medio y los escasos reportes encontrados en la literatura médica mundial es que se presenta este caso. Se describen las características clínicas, radiológicas e histopatológicas de los osteomas y los hallazgos recogidos en nuestra paciente. Finalmente se describe la conducta terapéutica idónea en estos casos.

DeCS: OSTEOMA/diagnóstico/terapia/SENO MAXILAR.

ABSTRACT

A patient carrier of a maxillary sinus osteoma is presented, showing its infrequency in our milieu and few reports found in the world medical literature. Clinical, radiological, histopathological characteristics of osteomas are described and the findings collected in our patient. Finally, therapeutic behavior adopted in these cases is shown

DeCS: OSTEOMA/diagnosis/therapy/MAXILLARY SINUS.

INTRODUCCIÓN

Los osteomas son tumoraciones que se desarrollan en la vías aéreas superiores, comúnmente en los senos paranasales. Las localizaciones más frecuentes en orden descendiente son: frontoetmoidales, maxilares y excepcionalmente en el seno esfenoidal (1-5).

Los osteomas pueden formarse por proliferación endóstica o perióstica del hueso y se pueden confundir con la reacción ósea de una irritación o inflamación crónica (1,4).

Lo más típico es que el tumor se presente como un bulto indoloro que se expande con lentitud y aunque su potencial de crecimiento es irregular, radiológicamente se observa bien circunscrito (1).

Patología

Desde el punto de vista histológico son neoformaciones de tejido óseo sin ninguna característica de malignidad; su crecimiento es ilimitado, no respeta en su expansión los tejidos circundantes (tabiques óseos, meníngeos, cápsula orbitaria, etc) puede provocar complicaciones, lo que lo define clínicamente como un tumor maligno (2,4,6).

Histológicamente pueden clasificarse como osteoma esponjoso, compacto y ebúrneos, aunque para algunos autores pueden ser mixtos, constituyen el tejido compacto una cubierta alrededor del esponjoso (2).

Pueden verse asociaciones incluidas en la masa tumoral, tejido fibroso, angiomatoso, y cartilaginoso que dan nacimiento a los fibroosteomas y osteocondromas (2).

Clínicamente los osteomas transcurren por dos períodos: un primer período o de latencia donde el osteoma evoluciona intracavitariamente y sólo es descubierto por un estudio radiológico fortuito, y un segundo período de exteriorización, cuyo desarrollo progresivo provoca molestias dolorosas muy variables en cuanto a su carácter, ritmo – horario, pudiendo llegar a provocar insuficiencia respiratoria unilateral, anosmia o epífora (2).

El examen radiológico proporciona la clave del diagnóstico, revelando la forma, el volumen y la extensión del osteoma, que aparece muy opaco en los estudios. Puede observarse una masa tumoral de opacidad mayor que la de las estructuras óseas circundantes, aunque no homogénea y que en los lugares donde no alcanzan los límites del seno se halla separado de los mismos por una banda clara correspondiente a la cavidad sinusal restante normal. Con una toma de perfil puede precisarse el tamaño y reconocerse la erosión de la pared anterior o posterior del

seno. En ocasiones el osteoma está acompañado por cambios osteoblásticos en las paredes laterales del seno con erosiones por infección (2-4).

Tratamiento

La evolución de los osteomas es lenta, pero todo osteoma con trastornos endosinuales o cefalea debe ser operado (3).

Si existen síntomas locales se debe hacer una incisión local con técnicas conservadoras que no sean mutilantes. De no existir síntomas, la incisión debe postergarse hasta que las radiografías indiquen crecimiento activo en un período de uno a dos años de evolución (1-4).

Cuando el tratamiento es quirúrgico, la vía de abordaje depende de la localización: paralateronasal en la localización etmoidal, Cadwell-Luc para el seno maxilar y abordaje ciliar en el caso de osteomas frontales. También estaría la vía endoscópica o vía combinada (3,6).

OBSERVACIÓN

Caso clínico:

Paciente femenina de 23 años de edad, que acude a nuestro servicio porque viene notando desde hace varios años, determinada asimetría de la hemicara izquierda con obstrucción nasal y dolor en la fosa canina homolateral (ver fig 1).

Al examen físico se comprueba la presencia de simetría facial con deformidad en la región malar izquierda y, borramiento del surco nasogeniano de ese lado y consistencia firme en toda el área hacia la línea media, cornete inferior y medio contactante con el septum nasal.

En los exámenes imagenológicos se pudo apreciar:

- En la radiografía de senos paranasales, una opacidad del seno maxilar izquierdo con desplazamiento hacia la línea media de la pared lateral de la fosa nasal izquierda (fig 2).
- En la sinusografía, vista anteroposterior: presencia de contraste ocupa la pared lateral externa del seno maxilar observándose ausencia del contraste en la región anterior del techo (fig 4).

A la paciente se le diagnosticó un osteoma del seno maxilar izquierdo con manifestaciones compresivas de la rama maxilar superior del trigémino y desplazamiento de la pared lateral de la fosa nasal.

Se realizó antromía del seno maxilar, observándose en el transoperatorio osteoma pendiente de la pared anterior, por lo que durante la trepanación fue necesario resecar intracavitariamente el osteoma hasta la cortical, que alcanzaba

prácticamente la pared posterior del seno, dejando una pequeña cavidad libre entre el osteoma y la pared posterior del seno.

El informe anatomopatológico coincide con el diagnóstico prequirúrgico: osteoma mixto del seno maxilar, con cubierta compacta y tejido esponjoso en su interior.

DISCUSIÓN

Los osteomas descritos en la literatura mundial, en la mayoría de los casos pasan inadvertidos dados los escasos síntomas que manifiestan, como ocurrió en nuestra paciente, la que después de varios años comenzó a referir algunos síntomas como obstrucción nasal y deformidad, coincidiendo nuestros hallazgos con los de Portman, Cummings y Zavala quien describe un caso en 1996 con similares características al descrito por nosotros (3-5).

Aunque la localización más frecuente de estas tumoraciones son los senos frontales y resulta infrecuente la de los senos maxilares, nuestro caso constituyó un hallazgo y primero en el registro de morbilidad de 10 años en nuestro servicio. La infrecuencia de esta localización coincide con los criterios de Cummings y Portman, quienes describen la misma frecuencia (3,4).

Desde el punto de vista clínico la extensión de estos tumores produce una serie de complicaciones tales como: obstrucciones, desplazamientos, se describen también la meningoencefalitis y celulitis orbitaria, en dependencia de la localización de que se trate, según Attane y Sente. En nuestro caso, las únicas manifestaciones clínicas descritas por la paciente fueron la obstrucción nasal y el dolor en la fosa nasogeniana, síntomas propios de la localización maxilar y muestra de que la tumoración ha alcanzado cierto volumen. No se recogieron los antecedentes de diplopía o exoftalmia, pero como se observa la paciente presentaba asimetría facial, manifestación estética que motivó que la misma acudiera por primera vez al facultativo (7,8).

En realidad la imagenología nos permitió hacer el diagnóstico definitivo que se complementó con el estudio sinusográfico, que posibilitó conocer la localización intrasinusal exacta del osteoma, observándose tal y como describe Thompson una banda clara correspondiente a la cavidad sinusal, separada de los límites del osteoma (2).

Tal y como expresan Portman, Cummings, Paparella y todos los autores clásicos en la literatura, la vía de abordaje utilizada en estos casos es la gingivolabial, ya que permite un acceso amplio al antro del seno y una cirugía con resultados estéticos (1,3,4).

Desde el punto de vista histológico nuestro caso resultó ser mixto, aunque como señala Thompson, estas tumoraciones pueden ser esponjosas, compactas y ebúrneas

CONCLUSIONES

- El osteoma del seno maxilar es una tumoración infrecuente, poco descrita en la literatura mundial.
- Las manifestaciones clínicas observadas en este tumor son la obstrucción nasal y el dolor como signo de compresión .
- El examen físico ocasionalmente puede demostrar deformidad facial homolateral y desplazamiento de la fosa nasal correspondiente, de acuerdo con el estadio en el que se encuentre el tumor.
- La radiología continúa siendo conjuntamente con la tomografía los estudios de elección en estos casos, a pesar de que en el nuestro no fue necesaria la utilización de esta última, pues la radiología posibilitó claramente el diagnóstico.
- La vía de abordaje idónea para los osteomas con esta localización es la gingivolabial

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Paparella MM; Shumevich D. A. Otorrinolaringología. 2ed. La Habana: Científico Técnica; 1983.p.2075.
2. Thompson VE, Bertelli JA, Robbio Campos JP; Zubizrreta J. Clínica Otorrinolaringología 2 ed. La Habana: Científico Técnica;1975.p.14:274-76.
3. Portman M. Otorrinolaringología 1ed. La Habana: 1984.p. 8; 246.
4. Cummings CW; Fredichson JM; Harker LA; Krawse CJ; Schuller DE Otolaryngology Head Neck and Surgery. 2ed. United States of America Mosby: Year Book. 1993.
5. Zavala Habib JA; Grobeinsen Roudy B. Osteoma del seno maxilar: Informe de un caso y revisión de la literatura. Asoc. Med. Hosp ABC 1996; 41(1):25-8, Ilus.
6. Eldestein Mamdar I, Huo J; Lazar A.; Kimmelran CP, Soletic R. Management of osteomas. Am J Rhinol 1998;12(6):353-8.
7. Sente M; Topolar R; Peic Gauran K; Aleksov G. Frontal sinus osteoma as a cause of purulent meningitis. Med Pregl 1999;52(3-5):169-72.
8. Attane F; Tammier C; Vayr R. Pneumocephalus Complicating osteoma of the frontal sinus. Rev Neurol (Paris) 1996;152(4):279-82.

9. Mansour A.M; Salti H; Uwaydat S; Dakroub R; Bashsour Z. Ethmoid sinus osteoma presenting as epiphora and orbital cellulitis: Case report and literatura review. Surv Ophthalmol 1999;43(5):413-26.

Dr CM. Especialista de II Grado en Otorrinolaringología. Investigador agregado.
Profesor Asistente. Jefe de Servicio ORL. Hospital Militar.

Recibido:12 de junio de 2000

Aprobado:20 de marzo de 2001