

# Osteoma Periférico del Cóndilo Mandibular de 10 Años de Evolución: Reporte de Caso Clínico

## Peripheral Osteoma of the Mandibular Condyle of 10 Years of Evolution: Clinical Case Report

Recibido: 30/04/2024

Aceptado: 28/06/2024

Parisi GA<sup>1</sup>, Fernandez LO<sup>2</sup>, Arraña FE<sup>2</sup>, Calabro DG<sup>2</sup>, Puia SA<sup>2</sup>

**1 Hospital Donación Francisco Santojanni. Servicio de Odontología y Cirugía Maxilofacial. Buenos Aires, Argentina.**

**2 Universidad de Buenos Aires. Facultad de Odontología. Cátedra de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial I. Buenos Aires, Argentina.**

### RESUMEN

El osteoma es una neoplasia benigna caracterizada por una proliferación de hueso maduro, de naturaleza esponjosa o cortical, limitada casi exclusivamente a los huesos craneofaciales. En general, los osteomas asintomáticos no necesariamente requieren tratamiento. Sin embargo, cuando además se presentan síntomas como trastornos funcionales (limitación de la apertura bucal, maloclusión y desviación mandibular), asimetría facial y dolor, está indicado el tratamiento quirúrgico. El objetivo del presente artículo es la presentación de un caso clínico de osteoma del cóndilo mandibular de 10 años de evolución, y su consecuente tratamiento y evolución.

**Palabras clave:** osteoma, cóndilo mandibular, latero-desviación, resección, maloclusión.

### ABSTRACT

Osteoma is a benign neoplasm characterized by a proliferation of mature bone, spongy or cortical, almost exclusively limited to the craniofacial bones. In general, asymptomatic osteomas do not necessarily require treatment. However, when symptoms such as functional disorders (limitation of mouth opening, malocclusion and mandibular deviation), facial asymmetry and pain are also present, surgical treatment is indicated. The aim of the present article is the presentation of a clinical case of osteoma of the mandibular condyle of 10 years of evolution, and its consequent treatment and evolution.

**Keywords:** osteoma, mandibular condyle, lateral deviation, resection, malocclusion.

### INTRODUCCIÓN

El osteoma es una neoplasia benigna caracterizada por una proliferación de hueso maduro, de naturaleza esponjosa o cortical, limitada casi exclusivamente a los huesos craneofaciales (El-Naggar et al., 2017). Puede ser central cuando se presenta como una lesión en el espacio medular, periférico cuando aparece en la superficie ósea como una masa polipoide o sésil, o extraesquelético cuando aparece en el tejido blando dentro de un músculo (Sayan et al., 2002). Se desconoce la

patogénesis, pero se cree que factores como trauma, infecciones, tracción muscular, entre otros, constituyen factores predisponentes (Horikawa et al., 2012; Bessho et al., 1987; Han et al., 2013). Afectan a la mayoría de los adultos jóvenes entre la 4ta y 6ta década de vida, sin preferencia por sexo. Su aparición es más frecuente en la mandíbula que en el maxilar. Los casos mandibulares se presentan en el ángulo, cóndilo mandibular y regiones molares del cuerpo, siendo frecuentes los casos intraorales en las regiones linguales cercanas a molares y premolares (de Souza et al., 2017).

Cuando el cóndilo mandibular está afectado, los hallazgos comunes son trismus, maloclusión progresiva con desplazamiento de la línea media hacia el lado contralateral, desviación mandibular contralateral y asimetría facial (de Souza et al., 2017; Almeida y de Oliveira Filho, 2011). En el caso de múltiples apariciones maxilares, debe buscarse asociación con pólipos intestinales y quistes epidermoides para descartar el síndrome de Gardner (Koh et al., 2016; Brucoli et al., 2011).

El objetivo del siguiente artículo es la presentación de un caso clínico de osteoma del cóndilo mandibular de 10 años de evolución y su consecuente tratamiento quirúrgico y kinesiológico.

### CASO CLÍNICO

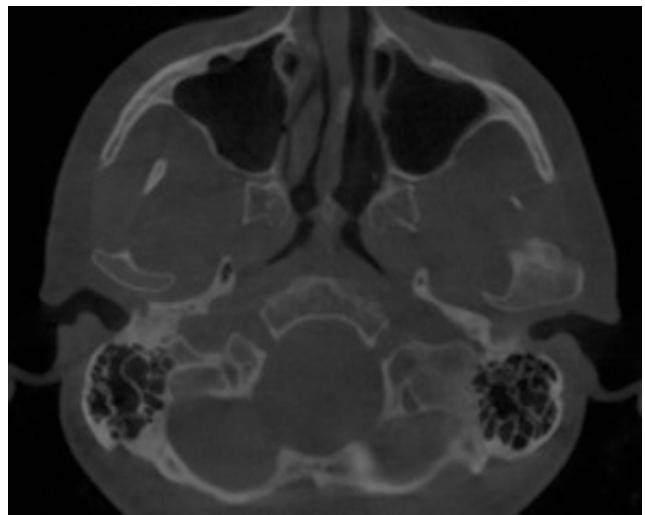
Una paciente femenina de 42 años de edad se presentó en el mes de abril del año 2023 en el servicio de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial del Hospital Francisco Santojanni, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, consultando por dolor preauricular y aumento de volumen de crecimiento lento en región preauricular izquierda de 10 años de evolución. A la inspección clínica se observó trismus, desviación mandibular hacia la izquierda durante la dinámica mandibular, alteración en la oclusión y dolor de intensidad irradiado al cuerpo mandibular y región temporal. A la palpación se evidenció un tumor de consistencia dura, indoloro e inmóvil en la región preauricular. Se evidenció latero-desviación hacia la izquierda tanto en reposo como durante movimientos de apertura y cierre, registrando una apertura máxima de 2 cm y mordida abierta posterior izquierda. La piel de la región preauricular se presentó de aspecto normal y no se palpó adenopatías asociadas (Figura 1).

En la tomografía axial computarizada (TAC) de macizo facial con reconstrucción 3D se evidenció a nivel del cóndilo mandibular izquierdo una imagen hiperdensa de 2 cm x 2 cm que ocupaba la totalidad de la cavidad glenoidea y se extendía lateralmente más allá de sus límites anatómicos a través proyecciones óseas en sentido medial y lateral (Figura 2).

Basados en la anamnesis, el análisis clínico y el análisis tomográfico del paciente se estableció un diagnóstico presuntivo de lesión tumoral ósea benigna. Se propuso el tratamiento quirúrgico de la patología mediante la condilectomía, fijación maxilomandibular elástica y fisio-kinesioterapia. Bajo anestesia general, se colocaron 6 tornillos IMF (3 maxilares y 3 mandibulares). Luego, se realizó una incisión preauricular en la unión de la piel facial con el hélix de la oreja extendida anteriormente



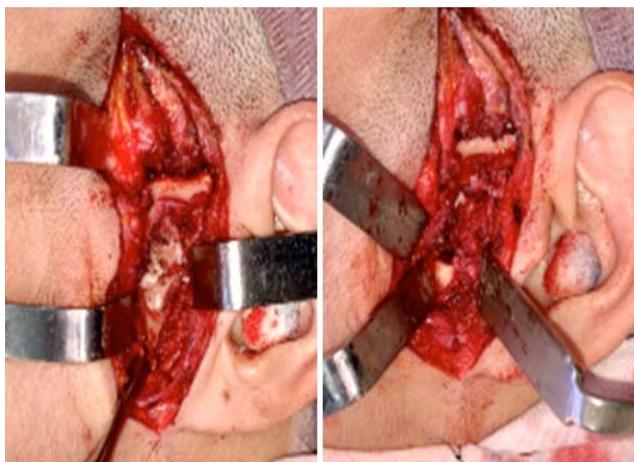
**FIGURA 1.** Imagen preoperatoria de la paciente donde se evidencia aumento de volumen preauricular izquierdo y desviación mandibular hacia la derecha.



**FIGURA 2. A.** Reconstrucción 3D de TAC de macizo facial. **B.** corte coronal donde se evidencia el tumor óseo condilar.



**FIGURA 3.** Marca preoperatoria de incisión preauricular con extensión temporal o "Palo de Jockey".



**FIGURA 4.** A. Abordaje preauricular. B. resección de tumor condilar.



**FIGURA 5.** Pieza quirúrgica obtenida de la resección tumoral.

hacia la región temporal (en palo de jockey) (Figura 3). Se continuó con la disección por planos, atravesando tejido celular subcutáneo, fascia temporoparietal hasta la fascia temporal superficial, a la cual se le talló un colgajo anterior de 1,5 a 2 cm. Posteriormente, se continuó la disección en profundidad, atravesando la fascia temporal, protegiendo los ramos del nervio facial que atraviesan la región geniana por planos superficiales. Se avanzó adyacente al conducto auditivo interno hasta la raíz del arco cigomático a través del cual se continuó en un plano subperióstico desplazando los tejidos divulsionados anteriormente. Una vez realizadas estas maniobras se expuso la cápsula articular y se incidió a la altura del cóndilo mandibular, que se identificó por el volumen de la patología y mediante inducción manual de maniobras de apertura y cierre mandibular. Se expuso la totalidad del cuello y cabeza tumoral del cóndilo mandibular, se realizó la condilectomía mediante bisturí piezoeléctrico con preservación de disco articular, y la pieza quirúrgica fue enviada al servicio de Anatomía Patológica para su estudio diferido (Figuras 4 y 5). Posteriormente se procedió a realizar la hemostasia del lecho quirúrgico, cierre de la herida mediante sutura reabsorbible para la cápsula articular y tejido celular subcutáneo, sutura con nylon del plano cutáneo, colocación de gomas para fijación intermaxilar, corrección de lateralización mandibular y cierre de mordida abierta posterior izquierda (Figura 6).



**FIGURA 6.** Fijación Intermaxilar post-operatoria.

Se inició tratamiento de fisiokinesioterapia desde el posoperatorio inmediato mediante ejercicios de apertura y cierre y lateralidades utilizando las gomas intermaxilares como guía del movimiento mandibular. Al cabo de 30 días se alcanzó una apertura bucal de 3 cm, indolora y se recuperó la alineación de la línea media mandibular. El estudio anatomopatológico confirmó el Osteoma como diagnóstico de certeza y la única complicación postoperatoria que se presentó fue la paresia de la rama frontal del nervio facial, que se recuperó al segundo mes

de tratamiento kinesiológico. Posterior a los 2 meses de evolución postoperatorios, se realizó una TAC de macizo facial con reconstrucción 3D que evidenció una hipodensidad compatible con la ausencia del cóndilo mandibular izquierdo, el resto de las estructuras óseas vecinas se vieron conservadas y sin signos de patologías asociadas. La paciente continuó bajo control durante 12 meses, durante los cuales evolucionó con una adecuada simetría facial, apertura bucal conservada (3,5 cm), sin desviaciones durante la apertura y cierre bucal, y sin sintomatología dolorosa. En el último control a los 12 meses, se le realizó nueva TAC de macizo facial donde se evidenció ausencia del cóndilo y superficie ósea redondeada y no se observaron signos de recidivas de la patología (Figuras 7, 8 y 9).



**FIGURA 7.** Zona quirúrgica 12 meses postoperatoria.



**FIGURA 8.** Reconstrucción 3D de TAC de macizo facial a los 12 meses postoperatorios.



**FIGURA 9.** Apertura bucal a los 12 meses postoperatorios.

## DISCUSIÓN

Los osteomas pueden ser asintomáticos si las lesiones son pequeñas, solitarias, de crecimiento lento e indoloras, y en estos casos sólo se notan durante los exámenes de rutina. Aunque algunos osteomas pueden causar síntomas según su ubicación y tamaño (de Souza et al., 2017). Como estas lesiones tienen un crecimiento progresivo, pueden causar trismus, limitación de la apertura bucal, maloclusión progresiva con desplazamiento de la línea media hacia el lado no afectado, desviación mandibular contralateral, asimetría facial y ser dolorosas.

Radiográficamente, los osteomas aparecen como masas circunscritas de densidad similar a la del hueso normal. En sus centros, estas masas pueden exhibir una apariencia mixta radiolúcida y radiopaca, dependiendo de la cantidad de tejidos medulares presentes. Los osteomas endoóseos pequeños son difíciles de diferenciar de focos de osteítis condensada, osteomielitis esclerosante crónica focal u osteoesclerosis idiopática (Boffano et al., 2013; Han et al., 2013). Histológicamente, el osteoma se presenta como una masa densa de hueso laminar de apariencia normal con un mínimo de tejido medular (osteoma compacto) o como trabéculas de hueso laminar maduro, con médula fibrosa o grasa intermedia (osteoma esponjoso) (El-Naggar et al., 2017).

El diagnóstico diferencial de esta lesión incluye otras patologías óseas, como exostosis, osteoblastoma, osteoma osteoide, displasia fibrosa, fibroma osificante central, odontoma complejo, cementoblastoma y osteítis condensante. Los osteomas osteoides y los osteoblastomas comparten características altamente vasculares con la presencia de tejido osteoide y son más frecuentemente dolorosos y crecen más rápidamente que los osteomas periféricos. Las exostosis son hamartomas, con predilección por la porción lingual de la mandíbula y la línea media del paladar duro en el hueso alveolar. Tienen un crecimiento limitado, a diferencia de los osteomas. Los

fibromas osificantes centrales se presentan con bordes delgados y bien definidos, separados por un borde radiolúcido que rodea el hueso de bordes escleróticos. Los odontomas complejos se presentan como una masa radiopaca endóstica muy densa (Heitz et al., 2017; Bessho et al., 1987; Han et al., 2013).

El tratamiento de los osteomas se determina según el examen clínico y radiológico, la extensión de la lesión y las posibles complicaciones para el paciente. En general, los osteomas asintomáticos no necesariamente requieren tratamiento. Sin embargo, cuando además se presentan síntomas como trastornos funcionales (limitación de la apertura bucal, maloclusión y desviación mandibular), asimetría facial y dolor, está indicado el tratamiento quirúrgico (Nojima et al., 2014). El tratamiento óptimo de los osteomas consiste en la extirpación quirúrgica completa en la base donde se une con el hueso cortical, sin comprometer las estructuras adyacentes (Sayan et al., 2002).

La reconstrucción de la articulación temporomandibular (ATM) es un procedimiento quirúrgico complejo que implica una mejora de la forma y función mandibular, y una reducción del dolor y la discapacidad (Xu et al., 2017). Sin embargo, presenta una serie de complicaciones postoperatorias mayores que la resección condilar simple y rehabilitación kinésica como son: doble abordaje quirúrgico, posible infección de la prótesis, daño a la cavidad glenoidea y endocráneo, menor movilidad articular, anquilosis y dolor crónico postoperatorio (Hoffman y Puig, 2015)

No hay duda de que es importante realizar fisioterapia en el caso de pacientes con trastornos temporomandibulares. Parece crucial la estandarización de la denominación y los métodos fisioterapéuticos utilizados en el tratamiento de pacientes con disfunciones de la ATM y la creación de protocolos de tratamiento integrales. Para el tratamiento de este caso, preferimos la escisión quirúrgica con conservación de disco articular y sin reconstrucción de ATM. Esta opción quirúrgica menos invasiva asociada a una importante y activa terapia no invasiva de rehabilitación funcional tuvo resultados favorables para el paciente, reduciendo el dolor, recuperando la función, estética y posición mandibular adecuada, reduciendo tanto los costos para el paciente o el sistema de salud como la posibilidad de complicaciones postoperatorias.

## CONCLUSIÓN

Los osteomas de cóndilo mandibular son lesiones muy raras e infrecuentes. Su diagnóstico inicial puede obtenerse mediante un hallazgo radiográfico, así como también por sintomatología referida por el paciente. La cirugía con escisión completa de la lesión es el tratamiento más adecuado, con bajas tasas de recurrencia si es eliminado correctamente. Cuando se encuentra en la ATM, el tratamiento kinesiológico desde el postoperatorio inmediato es fundamental para evitar trastornos asociados a la ausencia de función por el bloqueo intermaxilar.

## REFERENCIAS

- Almeida, L. E., y de Oliveira Filho, M. A. (2011). Giant mandibular condyle osteoma. *The Journal of Craniofacial Surgery*, 22(3), 1147–1149. <https://doi.org/10.1097/SCS.0b013e318210baee>
- Bessho, K., Murakami, K., Iizuka, T., y Ono, T. (1987). Osteoma in mandibular condyle. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 16(3), 372–375. [https://doi.org/10.1016/s0901-5027\(87\)80162-5](https://doi.org/10.1016/s0901-5027(87)80162-5)
- Boffano, P., Galesio, C., Rocca, F., y Berrone, S. (2013). Radiographic superimposition and mandibular peripheral osteoma: the importance of clinical and CT findings. *The Journal of Craniofacial Surgery*, 24(2), e141–e142. <https://doi.org/10.1097/SCS.0b013e31827c7e87>
- Brucoli, M., Giarda, M., y Benecch, A. (2011). Gardner syndrome: presurgical planning and surgical management of craniomaxillofacial osteomas. *The Journal of Craniofacial Surgery*, 22(3), 946–948. <https://doi.org/10.1097/SCS.0b013e31821028a6>
- El-Naggar, A. K., Chan, J. K. C., Grandis, J. R., Takata, T., y Slookweg P. J. (2017). *WHO classification of head and neck tumours* (4ta ed.). IARC.
- Han, S. H., Kwon, H., y Jung, S. N. (2013). Peripheral osteoma on the buccal aspect of mandible angle: a review of radiopaque masses and differential diagnosis. *The Journal of Craniofacial Surgery*, 24(5), 1842–1844. <https://doi.org/10.1097/scs.0b013e318275ec28>
- Heitz, C., Conci, R. A., Tomazi, F. H. S., Louzada, G. P., Guarenti, M. M., y Fritscher, G. G. (2018). Giant peripheral temporomandibular osteoma with immediate reconstruction of mandible. *The Journal of Craniofacial Surgery*, 29(2), e146–e149. <https://doi.org/10.1097/SCS.0000000000003970>
- Hoffman, D., y Puig, L. (2015). Complications of TMJ surgery. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*, 27(1), 109–124. <https://doi.org/10.1016/j.coms.2014.09.008>
- Horikawa, F. K., Freitas, R. R., Maciel, F. A., y Gonçalves, A. J. (2012). Peripheral osteoma of the maxillofacial region: a study of 10 cases. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 78(5), 38–43. <https://doi.org/10.5935/1808-8694.20120006>
- Koh, K. J., Park, H. N., y Kim, K. A. (2016). Gardner syndrome associated with multiple osteomas, intestinal polyposis, and epidermoid cysts. *Imaging Science in Dentistry*, 46(4), 267–272. <https://doi.org/10.5624/isd.2016.46.4.267>

Nojima, K., Niizuma-Kosaka, F., Nishii, Y., Sueishi, K., Yamakura, D., Ikumoto, H., Ohata, H., y Inoue, T. (2014). Multidisciplinary treatment of peripheral osteoma arising from mandibular condyle in patient presenting with facial asymmetry. *The Bulletin of Tokyo Dental College*, 55(1), 39–47. <https://doi.org/10.2209/tdcpublication.55.39>

Sayan, N. B., Uçok, C., Karasu, H. A., y Günhan, O. (2002). Peripheral osteoma of the oral and maxillofacial region: a study of 35 new cases. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 60(11), 1299–1301. <https://doi.org/10.1053/joms.2002.35727>

de Souza, N. T., Cavalcante, R. C. L., de Albuquerque Cavalcante, M. A., Hespanhol, W., de Oliveira, M. R., Jr, de Carvalho Ferreira, D., de Carvalho Coutinho, T. M., y Gonçalves, L. S. (2017). An unusual osteoma in the mandibular condyle and the successful replacement of the temporomandibular joint with a custom-made prosthesis: a case report. *BMC Research Notes*, 10(1), 727. <https://doi.org/10.1186/s13104-017-3060-4>

Xu, X., Ma, H., y Jin, S. (2018). One-Stage Treatment of Giant Condylar Osteoma: Alloplastic Total Temporomandibular Joint Replacement Aided by Digital Templates. *The Journal of Craniofacial Surgery*, 29(3), 636–639. <https://doi.org/10.1097/SCS.0000000000004097>

## CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

## Dirección para correspondencia

Cátedra de Cirugía y Traumatología Bucocomaxilofacial I  
Facultad de Odontología  
Universidad de Buenos Aires  
Marcelo T. de Alvear 2142  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, C1122A  
[leandrofernandez1510@hotmail.com](mailto:leandrofernandez1510@hotmail.com)

La Revista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires se encuentra bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0

