

Osteocondroma de apófisis coronoides

Julio Villanueva ^{1,2}, Andrea González ^{1,2}, Marco Cornejo ^{1,3}, Cristián Núñez ^{1,2}, Susana Encina ^{1,2}

(1) Servicio de Cirugía Máxilo Facial. Hospital Clínico San Borja Arriarán

(2) Departamento de Cirugía Máxilo Facial. Facultad de Odontología. Universidad de Chile

(3) Departamento de Radiología. Facultad de Odontología. Universidad de Chile

Correspondencia:

Dr. Julio Villanueva Maffei

Santa María 571, Recoleta

Chile

E-mail: javm@vtr.net

Recibido: 23-05-2004

Aceptado: 16-10-2005

Indexed in:

-Index Medicus / MEDLINE / PubMed
-EMBASE, Excerpta Medica
-Índice Médico Español
-IBECS

Villanueva J, González A, Cornejo M, Núñez C, Encina S. Osteochondroma of the coronoid proces. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2006;11: E289-91.

© Medicina Oral S. L. C.I.F. B 96689336 - ISSN 1698-6946

RESUMEN

El osteocondroma es la neoplasia benigna más común del esqueleto. En la cabeza se ha descrito su localización en base de cráneo, cara posterior del maxilar, senos maxilares, y en diferentes áreas de la mandíbula, como cóndilo, rama, cuerpo y región sinfisiaria, siendo los osteocondromas coronoideos de baja frecuencia.

Presentamos una revisión de la literatura y el informe de un nuevo caso. Una mujer de 44 años que consulta por limitación de la apertura bucal y deformidad en la mejilla izquierda, de límites difusos, consistencia ósea, indolora y cubierta por piel de aspecto normal. No presentaba patología en la articulación témporomandibular.

En la radiografía panorámica se evidencia un tumor coronoideo localizado en la zona de unión del arco cigomático y el hueso malar.

Se realizó la coronoidectomía bajo anestesia general, recuperándose inmediatamente la apertura bucal hasta 43 mm. El postoperatorio se desarrolló sin complicaciones.

El estudio histopatológico reveló hueso esponjoso normal sobre el cual se encontró cartilago hialino. El diagnóstico fue osteocondroma.

Los aspectos clínicos y patológicos, su tratamiento y diagnóstico diferencial son discutidos.

Palabras clave: Osteocondroma, condroma, enfermedad de Jacob.

ABSTRACT

Osteochondroma is the most common benign neoplasia of the skeleton. In the head it was been described in cranial base, posterior maxillary surface, maxillary sinus, and different mandibular areas like condyle, ramus, body and symphysis. Osteochondroma of the coronoid process are rare.

We present a review of the literature and the report of the cas of a 44 years old female patient presenting limited mouth opening and swelling of the left cheek, with diffuse limits, bony consistency, painless, and covered of normal skin. No temporomandibular joint disease was present.

In panoramic radiographs was evident a coronoid tumor localized in the union of zigomatic arch and bone.

Under general anaesthesia coronoidectomy was made, recovering mouth opening until 43 mm. The post-operative period was performed without complications.

Histopathological examinations revealed normal trabecular bone covered with hyaline cartilage. The histopathological diagnosis was osteochondroma.

Clinical and pathological aspects, treatment and differential diagnosis with other lesions are discussed.

Key words: Osteochondroma, chondroma, Jacob's disease.

INTRODUCCION

El osteocondroma es la neoplasia benigna más común del esqueleto (1). Es más frecuente en huesos largos, por su su patrón de crecimiento endocondral. En la cabeza se ha descrito en base de cráneo, maxilar, senos maxilares, y en cóndilo, rama, cuerpo y región sinfisaria mandibular, siendo el proceso coronoideo una localización poco frecuente (2). Este tumor benigno crece lentamente, siendo sus signos característicos la apertura bucal limitada y deformidad facial. En su diagnóstico es útil la radiografía panorámica y la tomografía axial computada (TAC), para visualizar la relación que existe entre el arco cigomático y la apófisis coronoides (3). Histológicamente, la mayoría de las lesiones muestran hueso en crecimiento rodeado por cartílago. Sólo existen 15 casos de osteocondroma coronoideo descritos en la literatura consultada (4,5) lo que demuestra su baja incidencia.

El objetivo de este artículo es presentar un nuevo caso de osteocondroma coronoideo, cuyo signo clínico característico fue la deformidad facial. Se discute la metodología diagnóstica y su tratamiento.

CASO CLINICO

Paciente mujer, 44 años, derivado a nuestra unidad por aumento de volumen en la región cigomática y limitación progresiva de la apertura bucal de 10 meses de evolución. La historia médica no era relevante. El examen físico extraoral muestra asimetría facial por aumento de volumen en la mejilla izquierda (Figura 1), de límites difusos, consistencia ósea, indoloro, con piel de aspecto normal. La apertura bucal era 30 mm. La articulación temporomandibular (ATM) era normal a la palpación, sin ruidos o dolor en apertura. En la ortopantomografía observamos una apófisis coronoides izquierda de mayor tamaño (Figura 2). La hipótesis diagnóstica fue tumor coronoideo.



Fig. 1. Asimetría facial por aumento de volumen en la mejilla izquierda.



Fig. 2. Apófisis coronoides izquierda de mayor tamaño .

Se realizó una incisión por sobre el borde anterior de la rama mandibular, desinsertando todas las inserciones del músculo temporal. Alrededor del aumento de volumen se encontró una pseudocápsula fibrosa, que fue liberada. Se efectuó la coronoidectomía. La apertura bucal se recuperó inmediatamente hasta 43 mm. El postoperatorio se desarrolló sin complicaciones, y la paciente fue dada de alta a las 48 horas.

El estudio histopatológico informó la presencia fibras, hueso de neoformación y tejido cartilaginoso hialino (Figura 3). El diagnóstico fue osteocondroma. Los controles posteriores se desarrollaron sin problemas. El alta definitiva fue dada a los 10 meses, con remodelación casi completa de la deformidad de la mejilla.

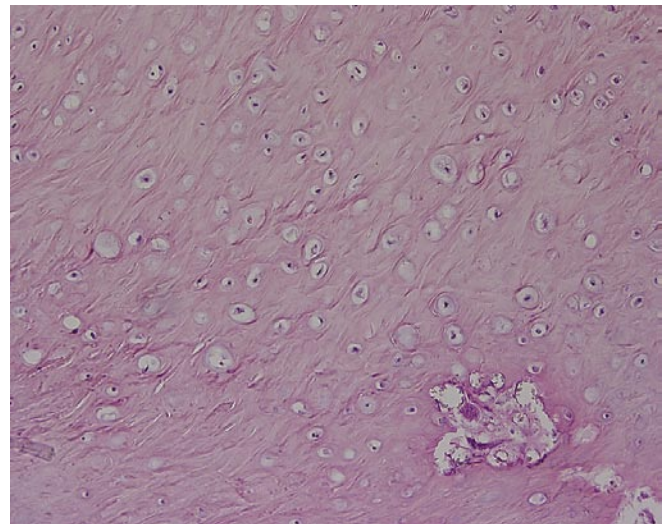


Fig. 3. Estudio histológico: presencia de fibras, hueso de neoformación y tejido cartilaginoso hialino

DISCUSION

El osteocondroma es poco frecuente. La limitación de la apertura bucal consecutiva a éste se asocia a patología disfuncional de la ATM, como lo muestra la literatura consultada (6). El osteocondroma solitario es una lesión exofítica de hueso que presenta cantidades variables de tejido cartilaginoso, cuyo aspecto clínico simula un cóndilo mandibular (2). En algunas ocasiones los tejidos cartilaginoso y óseo presentan crecimiento activo, mientras en otras éste está disminuido. Por esta variabilidad, esta lesión ha recibido diferentes denominaciones como exostosis osteocondrosarcoma u osteocondroma. La deformidad de estructuras vecinas, especialmente a nivel facial, ha sido informada en un 60% de los casos. Para explicar su etiología se han planteado diversas teorías. Weinmann y Sicher (7) plantean que la continua actividad de los tendones insertos en la coronoides estimulan un crecimiento hiperplásico de células embrionarias con potencial condrogénico. Litchtenstein (1) sugiere que todo periostio tiene la pluripotencialidad de producir cartílago y tejido óseo. Otras causas se han atribuido al trauma y alteraciones funcionales en la forma y estructura de la coronoides. Sin embargo, no se ha concluido si el osteocondroma es una neoplasia (8-11) o desarrollo óseo reparativo (8,9).

Independiente de la etiología, el objetivo del tratamiento será recuperar rangos de apertura bucal aceptables. En casos de limitación de la apertura atribuible a la apófisis coronoides, el paciente refiere molestias en esta zona más que la región de la ATM. A continuación se realiza la evaluación de la dinámica mandibular (12).

Como complemento al examen clínico se debe realizar un estudio imagenológico con radiografías panorámicas, que permiten llegar fácilmente al diagnóstico de esta patología. Si bien la radiografía de Waters es muy útil en mostrar la hiperplasia coronóidea y su relación con el cigoma, las reconstrucciones tridimensionales son esenciales para completar el diagnóstico, determinar el tamaño del tumor, las relaciones con estructuras vecinas y planificar la cirugía (2, 3,6).

Hasta 1961, casi todos los tumores reportados fueron resecaados vía cigomático facial, con o sin separación del arco cigomático. Empleando este acceso quirúrgico las ramas del nervio facial están en riesgo de daño, además de quedar una cicatriz antiestética inaceptable (3).

El abordaje intraoral es el más utilizado, por ser seguro, y permitir la remoción completa del tumor, siempre que la apertura bucal lo permita. Su ventaja es proporcionar un acceso directo a la lesión, sin dañar el nervio facial y dejar alteraciones estéticas (3,6).

Otra alternativa son los abordajes extraorales, como las incisiones submandibulares o colgajos coronales (6,13). Las desventajas del abordaje submandibular son el riesgo de daño al nervio mandibular y la cicatriz submandibular. Cuando la coronoides es muy grande y queda atrapada sobre el arco cigomático, la extirpación debe ser realizada mediante un abordaje coronal, el cual tiene como ventajas la mejor visualización y una cicatriz aceptable en la línea

del pelo; además, cuando se requieren reconstrucciones de la articulación, se pueden realizar colgajos de músculo temporal durante el mismo procedimiento (3,6).

En cuanto al tratamiento, existe consenso en que la única alternativa terapéutica se basa en la remoción quirúrgica sin reconstrucción, a diferencia de los osteocondromas de cóndilo mandibular, que sí requieren reconstrucción. En la mayoría de los casos la coronoidectomía no presenta recurrencia (6).

El caso presentado corresponde a las características de los osteocondromas de apófisis coronoides. Sin embargo, existen diferencias que merecen atención: nuestra paciente consulta a los 44 años, edad poco frecuente para este tipo de lesiones, y sin patología articular. No podemos precisar la etiología de esta neoplasia, pero sí es posible afirmar que presentaba un crecimiento muy activo, a diferencia de la mayoría de los casos presentados en la literatura.

En consideración a las características radiográficas del caso presentado se optó por un abordaje intraoral, que nos proporcionó un campo adecuado para la coronoidectomía. Esto concuerda con la literatura, donde se utilizó este acceso en la mayoría de los casos informados (2,3).

BIBLIOGRAFIA

- Litchtenstein L. Bone tumors. St. Louis: CV Mosby; 1977. p. 17-29.
- Kerscher A, Piette E, Tideman H, Wu PC. Osteochondroma of the coronoid process of the mandible: report of a case and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993;75: 559-64.
- Hernández-Alfaro F, Escudero O, Marco V. Joint formation between an osteochondroma of the coronoid process and the zygomatic arch (Jacob disease): report of case and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 2000;58:227-32.
- Allan IM, Reid WH. Unilateral exostosis of the coronoid process of the mandible. *Br J Oral Surg* 1967;5:20-4.
- Cooper JC, Finch LD. Coronoid osteochondroma presenting as a coronozygomatic ankylosis: a case report. *Br Dent J* 1974;137:99-102.
- Ufuk E, Alp A, Defne O, Orhan C, Misten D. Osteochondroma of the coronoid process (Jacob's disease). *J Oral Maxillofac Surg* 2002;60:1354-6.
- Weinmann JP, Sicher H, eds. Bone and bones: fundamentals of bone biology. St. Louis: CV Mosby; 1995. p. 88-126.
- Shackelford RT, Brown WH. Restricted jaw motion due to osteochondroma of the coronoid process. *J Bone Joint Surg* 1949;31:107-14.
- Antoni AA, Brown A, Johnson JH. Osteochondroma of the coronoid process of the mandible: report of case. *J Oral Surg* 1958;16:514-7.
- Meyer RA. Osteochondroma of coronoid process of mandible: report of case. *J Oral Surg* 1972;30:297-300.
- Totsuka Y, Fukada H, Iizuka T, Shindoh M, Amemiya A. Osteochondroma of the coronoid process of the mandible; review of a case showing histological evidence of neoplasia. *J Craniomaxillofac Surg* 1990;18:27-32.
- Brady FA, Sapp JP, Christensen RE. Extracondylar osteochondromas of the jaws. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1978;46:658-68.
- Jacob O. Une cause rare de contraction permanente des machaires. *Bull et Mem de la Société Anatomique de Paris* 1889;8: 917.