

**Caso Clínico**ISSN: 1315 2823  
INDICE REVENCYT: RV0003  
LATINDEX: 18219  
PERIODICA  
IMBIOMED**Osteoblastoma mandibular: reporte imaginológico de caso  
Mandibular osteoblastoma. Imaging case report**Rodríguez Pérez LC<sup>1</sup>, Calderón Ubaqui V<sup>2</sup>, Ruiz García de Chacón V<sup>2</sup>.<sup>1</sup> Estudiante del programa de Especialización en Radiología Oral y Maxilofacial.<sup>2</sup> Docente del Posgrado del Departamento Académico de Medicina y Cirugía Bucomaxilofacial.

Universidad Peruana Cayetano Heredia.

maildeeli@gmail.com

Recibido: 28/10/2014

Aceptado: 18/11/2014

**Resumen**

El Osteoblastoma es un raro tumor benigno formador de hueso, en el cual los osteoblastos rodean al tejido trabecular óseo, formando masas usualmente mayores de 2 cm. Representa menos del 1% de todos los tumores de hueso y afecta principalmente la columna vertebral y sacra de los individuos jóvenes. Se presenta un caso de una paciente de 26 años, que presenta como hallazgo radiográfico, una lesión en cuerpo mandibular izquierdo y con dolor intermitente.

**Palabras clave:** osteoblastoma, radiografía panorámica, tomografía espiral multicorte, mandíbula.

**Summary. Mandibular osteoblastoma. Imaging case report**

The Osteoblastoma is a rare benign tumor with bone formation, in which osteoblasts generally surround trabecular bone tissue, usually forming masses greater than 2 cm. Represents less than 1% of all bone tumors and mainly affects the spine and sacral spine of young individuals. A case of a female patient of 26-year-old, who presents as a radiographic finding, a lesion in the left mandibular body and intermittent pain occurs.

**Key words:** Osteoblastoma, panoramic radiography, multidetector computed tomography, mandible.

## Introducción

El osteoblastoma es un raro tumor benigno formador de hueso, en el cual los osteoblastos rodean al tejido trabecular óseo, formando masas usualmente mayores de 2 cm. Representa menos del 1% de todos los tumores de hueso y afecta principalmente la columna vertebral y sacra de los individuos jóvenes<sup>1</sup>. Menos del 10% de osteoblastomas, se localizan en el cráneo y casi la mitad de estos casos afectan a la mandíbula, sobre todo los segmentos posteriores. El primer caso bien documentado de osteoblastoma de los huesos de la mandíbula, se atribuye a Borello y Sedano en 1967.<sup>2-6</sup>

La nomenclatura osteoblastoma, ha tenido una amplia sinonimia desde su descubrimiento por Jaffey Mayer en 1932, cuando fue nombrado tumor formador de tejido osteoide osteoblástico. Se han propuesto otros nombres, como fibroma osteogénico gigante y osteoma osteoide gigante. En 1956, la lesión fue definitivamente separada de osteoma osteoide y reconocida como una entidad por Jaffey Lichtenstein, en informes separados, bajo el nombre de osteoblastoma benigno. Este es el nombre que ha sido adoptado por la clasificación de la Organización Mundial de la Salud de los tumores óseos y el Instituto de las Fuerzas Armadas de Patología.<sup>2</sup>

El rango de edad de 20-30 años es el más afectado, y la prevalencia es mayor en los hombres con una proporción de 2:1<sup>2</sup>. Gordon y col.<sup>3</sup> mostraron que 59% de los pacientes eran hombres y 41% mujeres. La mandíbula se ve afectada con mayor frecuencia que el maxilar superior (71%<sup>7</sup>, 64%<sup>8</sup>, 361,6%<sup>9</sup>) y las lesiones mandibulares suelen ocurrir en el cuerpo.

El dolor e inflamación en la zona afectada, caracterizan al osteoblastoma benigno de los huesos de la cara; sin embargo, la lesión puede ser descubierta en la rutina clínica - imaginológica, mientras que no presentan ningún signo o síntoma<sup>2</sup>. Cuando el dolor se manifiesta, este se alivia con salicilatos. En la revisión de Gordon y col.<sup>3</sup> no hubo dolor en 75% de los casos.

Radiográficamente el osteoblastoma puede aparecer como una imagen radiolúcida que puede

ser bien o mal definida. La esclerosis reactiva que rodea la lesión no es una característica frecuente. Algunas lesiones presentan una placa calcificada en el área radiolúcida, y algunas pueden mostrar una considerable calcificación.<sup>10</sup>

## Reporte del caso clínico

Paciente de sexo femenino de 26 años de edad, raza mestiza, acudió con motivo de consulta "me dijeron que tengo un tumor benigno en la mandíbula<sup>2</sup>. Previamente la paciente fue a un odontólogo particular para tratamiento de ortodoncia, donde le indicaron una radiografía panorámica, evidenciándose la lesión antes mencionada.

Clínicamente se evidenció aumento de volumen en la mandíbula a nivel de premolares inferiores izquierdas, de aproximadamente de 2x2x1.5cm, produciendo el borramiento del fondo de surco vestibular y ligera expansión de las corticales óseas tanto vestibular como lingual. A la palpación crepitaba, no se evidenció cambio de coloración de la mucosa a ese nivel. Presentó dolor intermitente diurno. No se evidenció desplazamiento de unidades dentales y las mismas mostraban vitalidad pulpar. No presentó antecedentes medicamentosos de relevancia para el caso.

A la evaluación de la radiografía panorámica, se observó una imagen mixta unilocular proyectada en parasínfisis y cuerpo mandibular izquierdo, con extensión en sentido mesio distal desde distal del ápice del incisivo lateral inferior izquierdo, hasta el ápice del primero premolar inferior izquierdo y en sentido caudal-cefálico, desde la basal mandibular hasta el tercio apical radicular del canino y primer premolar inferior izquierdo, con límites definidos, bordes parcialmente corticalizados y forma redondeada. En cuanto a la configuración interna, presenta focos de calcificación de conformación puntiforme, al igual que un cambio de densidad dentro de la lesión (fig. 1).

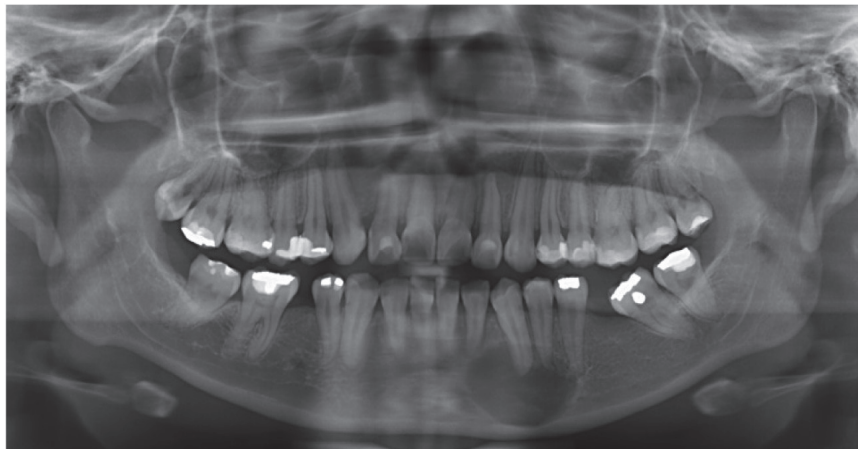


Fig. 1: Imagen mixta unilocular.

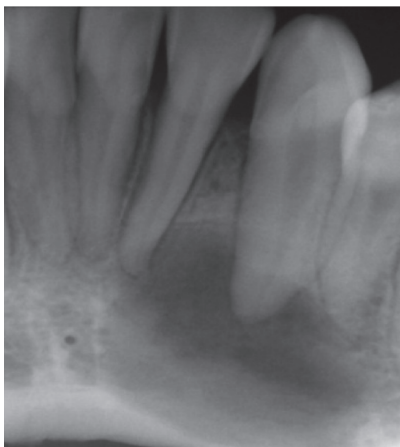


Fig. 2: Calcificaciones internas puntiformes.

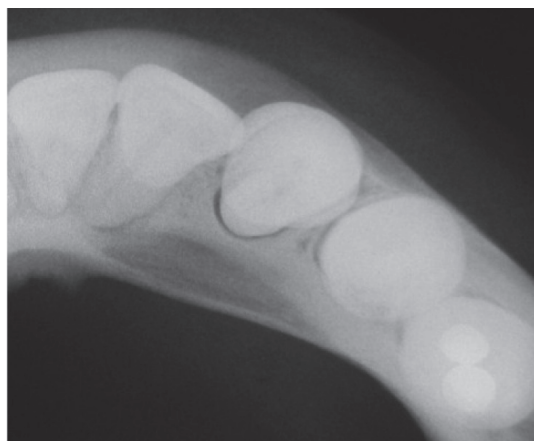


Fig. 3: Expansión de ambas corticales óseas.

A la evaluación de las radiografías periapicales y oclusal, se evidenció la presencia de calcificaciones internas puntiformes, ensanchamiento del espacio para el ligamento periodontal del incisivo lateral, canino y primer premolar inferior izquierdo, borramiento parcial de la cortical alveolar del incisivo lateral y canino inferior izquierdo (fig. 2), así como la expansión de ambas corticales óseas (fig.3).

A la evaluación de la tomografía espiral multicorte, se observó una imagen isodensa con un aumento de la densidad hacia la porción mesial de la lesión, alternándose con áreas ligeramente hipodensas (diferentes grados de calcificación interna). Se pudo estudiar además la expansión de ambas tablas óseas y la solución de continuidad en la tabla ósea vestibular, compatible con la biopsia previa. (fig. 4)

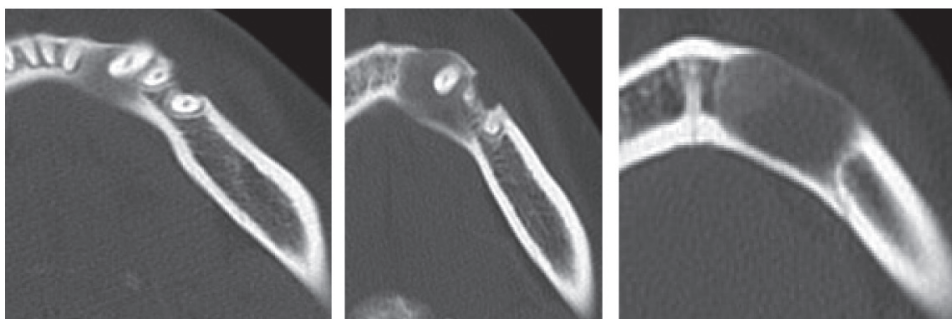


Fig. 4: Imagen isodensa con diferentes grados de calcificación interna.

Analizando todas las características imaginológicas antes mencionadas, se llegó a los diagnósticos diferenciales de fibroma osificante versus quiste óseo simple. El diagnóstico anatomopatológico final fue osteoblastoma benigno.

Se realizó la enucleación de la lesión con osteotomía periférica y endodoncias de las piezas involucradas en la lesión.

## Discusión

El osteoblastoma fue descrito por primera vez por Lichtenstein en 1956, como un tumor benigno de derivación osteoblástica, parecido al osteoma osteoide. El osteoblastoma comprende 3% de todos los tumores benignos óseos, es más común en hombres jóvenes, presentándose mayormente en la columna vertebral y huesos largos.<sup>4</sup>

Se puede presentar en un rango de edad desde los 5 hasta los 69 años<sup>5</sup>, con una edad promedio de 20.97 años. La paciente se aproxima a este promedio. En un reporte de caso y revisión de la literatura en el 2009 presentada por Giannico y col.<sup>5</sup>, se halló predominio hacia el sexo masculino (61.2%).

En cuanto a la localización del osteoblastoma es más frecuente en la mandíbula (59.4%), seguido por la maxila 30.4%, cóndilo 4.3%, proceso coronoides 4.3% y región subcondilar 1.4%<sup>5</sup>. En el caso aquí reportado coincide con la literatura, presentándose en la mandíbula a nivel de parasínfisis y cuerpo mandibular.

Giannico y col.<sup>5</sup> presentaron las características radiográficas de esta patología, en donde encontraron que 16 lesiones fueron radiopacas (23.1%), 17 radiolúcidas (24.6%), 24 casos mixta (34.8%) con áreas radiolúcidas entremezcladas con unas radiopacas. Se observó un patrón de vidrio esmerilado en 4 pacientes (5.7%) y 6 casos carecían de descripción de apariencia radiográfica 8.6%. En cuanto a las características de los límites, 25 casos fueron no específicos (36.2%), 33 casos fueron definidos (47.8%), un paciente mal definidos (1.4%) y 10 pacientes pobremente definidos (14.4%). La lesión abordada en esta investigación, se presentó como una

imagen mixta, que en su interior tuvo imágenes radiopacas puntiformes, dándole diferentes grados de calcificación, de forma redondeada, de límites definidos y bordes corticalizados, lo que coincide con las diferentes presentaciones que podrían darse según la literatura.

Cabe recalcar que el osteoblastoma puede ser un hallazgo radiográfico<sup>2</sup>, como fue en este caso, ya que el mismo puede no presentar síntomas, ni signos clínicos en etapas iniciales.

En cuanto a los diagnósticos diferenciales de esta patología, podrían ser desde fibroma osificante<sup>8</sup> en etapas iniciales, donde no pueden ser evidentes focos radiopacos característicos; cementoblastoma en etapas iniciales, ya que en esta etapa puede ser que no sea evidente el halo radiolúcido ni la reabsorción radicular<sup>9</sup>. El quiste óseo simple, también podría ser un diagnóstico diferencial, ya que el mismo es radiolúcido y de forma redondeada, características muy parecidas a la lesión reportada, con la diferencia que este no reabsorbe raíces.<sup>10</sup>

## Referencias

1. Barnes L, Eveson J, Reichart P, Sidransky D. World Health Organization classification of tumours. Pathology and genetics of tumours of the head and neck, Lyon, IARC; 2005.
2. Kaur H, Verma S, Jawanda MK, Sharma A. Aggressive osteoblastoma of the mandible: A diagnostic dilemma. Dent Res J. 2012; 9:334-7.
3. Gordon SC, MacIntosh RB, Wesley RKO. A review of osteoblastoma and case report of metachronous osteoblastoma and unicystic ameloblastoma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2001; 91: 570-575.
4. Kubota Y, Mitsukawa N, Arikawa R, Akita S, Satoh K. Fronto parietal osteoblastoma with secondary aneurysmal bone cyst: A case report. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery. 2013; 66:270-273.
5. Giannico G, Holt G, Homlar K, Johnson J, Pinnt Jeffrey, Bridge J. Osteoblastoma characterized by a three-way translocation: report a case and review of the literature. Cancer



- Genetics and Cytogenetics. 2009; 195:168-171.
6. Alvares AL, Giaño MS, Casati L, Negraño R, Sant'Ana E. Osteoblastoma of the mandible: systematic review of the literature and report of a case. DMFR. 2005; 34:1-8.
  7. Liu Y, You M, Wang H, Yang Z, Miao J, Shimizutani K, et al. Ossifying fibromas of the jaw bone: 20 cases. Dentomaxillofac Radiol. 2010; 39: 57-63.
  8. Kalburge V, Kulkarni M, Kini Y. Cementoblastoma Affecting Mandibular First Molar. A Case Report. Pravara Med Rev. 2010; 2(4):33-37.
  9. Chrcanovic BR, López R, Freire-Maia B. Quiste óseo simple: reporte de un caso y revisión de la literatura. Av Odontostomatol. 2011; 27 (4): 207-213.
  10. Waldron CA. Patología ósea. In: Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patología Oral e Maxilofacial Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999, pp 462-463.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN TRASTORNOS CRÁNEOMANDIBULARES  
(UNICRAM)

*La Unidad de Investigación en Trastornos CráneoMandibulares, está orientada al diagnóstico y rehabilitación de pacientes adultos afectados con dichos trastornos. UNICRAM cuenta con una serie de recursos accesibles y disponibles a la comunidad de investigadores, interesados en fortalecer en la práctica el conocimiento y la intervención de los problemas de salud bucal, particularmente los relacionados con el área oclusal, que afectan a los sectores sociales más desfavorecidos y vulnerables de nuestro país.*

**Líneas de investigación:** *Rehabilitación Funcional del Sistema Masticatorio, Biología Humana, Demografía y Salud Comunitaria.*

**Información:** Universidad de Carabobo. Facultad de Odontología. Área anexa a la Clínica de Oclusión, Pabellón 11. Campus Universitario-Bárbula. Municipio Naguanagua. Apartado Postal 2005. Facultad de Odontología. UC.

**Teléfonos:** 0241-867.0074 / 867.3935 / 867.4103