

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE
"DR. ANTONIO LUACES IRAOLA"
CIEGO DE AVILA

Osteoma Frontal. Presentación de un caso.
Frontal sinus osteoma. Case report.

Sara E. Romeu Yunaka (1), Lourdes García Álvarez (2), Rubén Cabrera Compte (3), Alberto Pérez García (4), Nancy Cruz Almaguer (5).

Resumen

Los tumores óseos extraoculares con repercusión ocular han sido descritos hace muchos años, pero no son afecciones frecuentes; existen variados mecanismos por los que producen sintomatología en el globo ocular, en ocasiones el diagnóstico causal es difícil y prolongado. Se presenta un paciente que debuta con signos y síntomas originados por una tumoración ósea del seno frontal.

Palabras Clave: OSTEOMA/ TUMORACIÓN.

1. Especialista de Primer Grado en Oftalmología. Profesor Asistente
2. Especialista de Primer Grado en Oftalmología. Profesor Instructor.
3. Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Intensivista. Profesor Asistente.
4. Especialista de Primer Grado en Otorrinolaringología. Profesor Asistente.
5. Especialista de Primer grado en Radiología. Profesor Asistente.

INTRODUCCION

Los Osteomas constituyen tumoraciones benignas no inflamatorias de crecimiento lento que se presentan más frecuentes en la tercera década de la vida y en el sexo femenino. Es el tumor óseo más frecuente representando el 2-3 % de las patologías orbitarias (1-3). En cuanto a su patogenia se piensa que se origina primariamente en los senos paranasales, en el periostio y las paredes óseas que median con la cavidad orbitaria. Se piensa que su embriogénesis proviene de la osificación del cartílago fetal, pero no se ha confirmado (4-6).

Su crecimiento es lento y se ha dividido en fases:

- Fase Latente: Cuando el tumor está limitado al seno exclusivamente
- Fase Sintomática: Cuando el crecimiento del tumor ocasiona la aparición de síntomas, neuralgias, cefaleas difusas, sinusitis y celulitis preseptales en algunos casos.
- Fase Invasiva: Al extenderse el Osteoma hacia la cavidad orbitaria va a desplazar el globo ocular hacia abajo en el caso de los Osteomas frontales, hacia fuera en el caso de los Osteomas etmoidales, no obstante, pueden extenderse al endocraneo o hacia la fosa nasal (2, 3-8).

Localización: Los más frecuentes son los Osteomas frontales, siendo su frecuencia el doble de los etmoidales (4). Los Osteomas maxilares y esfenoidales son poco frecuentes (4-7).

Clínica: Raramente aparece en niños.

-Tiempo de evolución lento (de 1 a 7 años)

-El desplazamiento de los globos oculares es lo más característico. Los Osteomas etmoidales pueden simular un hipertelorismo.

-No presentan dolor

-La alteración de la motilidad es mínima y la diplopía inapreciable.

-En el caso de los Osteomas esfenoidales la compresión del nervio óptico por el canal óptico puede traducirse en el fondo de ojo como una atrofia o edema de papila.

- Palpación de una masa dura de consistencia ósea, indolora.
- Neuralgias y cefaleas difusas originadas por pequeñas infecciones en el interior del seno pueden ser los motivos de consulta más frecuentes.
- Trastornos respiratorios por invasión de la fosa nasal.
- La asociación de Osteomas con pólipos intestinales y tumoración cutáneos constituye el Síndrome de Garner (1 – 4).

Clasificación Histopatológica. Fu y Persin los clasifican en tres categorías: (2–4).

Osteomas tipo marfil: Son de consistencia dura, se presentan en la cuarta década, con cefaleas, obstrucción nasal y sinusitis crónica. Histológicamente están compuestos por trabéculas con densas láminas óseas y escaso estroma fibroso entre las trabéculas.

Osteoma Fibroso: Más frecuente en pacientes jóvenes, se piensa que el estadio inicial de los otros tipos se caracterizan por contener más tejido fibroso entre las trabéculas.

Osteoma Maduro: Las trabéculas son más finas. Mayor abundancia de tejido fibroso de moderada celularidad.

Presentación del caso

Paciente masculino de 54 años de edad, piel blanca que acude a nuestro centro por presentar ligero dolor ocular en ojo derecho y diplopía.

APP: n/s

APF: n/s

Examen Físico Oftalmológico: AV – OD:1.0 PO- OD:19

OI: 1.0 OI:19

Anexos: Ligera ptosis palpebral que no llega al área pupilar del OD.

Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival ligera. Miosis ligera del OD.

Medios Refringentes: Transparentes.

Fondo de ojo: Normal

Motilidad Ocular: Ligera limitación a la elevación del músculo Recto superior del OD. OI:

Examen Físico Normal.

Complementarios: Hemograma Completo, Eritrosedimentación, Glicemia y Serología: normales Rx órbita y cráneo: normales.

Rx senos perinasales: se observa una imagen redondeada homogénea, radiopaca a nivel del seno frontal derecho bien definida, no infiltración de partes vecinas.

Chequeo Estomatológico: No focos sépticos.

Tratamiento: Prednisolona colirio: 1 gota cada 4h OD.

Indometacina (25 mg) 1 tab cada 6h.

Multivit 1 tab. Diaria.

Fisioterapia para la ptosis palpebral y el Músculo Recto Superior del OD.

A los diez días del tratamiento el paciente comienza a mejorar su dolor, diplopía e hiperemia conjuntival y a los quince días comienza a desaparecer lentamente la diplopía.

Se interconsulta el caso con la especialidad de ORL, se decide la observación y la evolución del tumor, teniendo en cuenta que si crece con el tiempo se procedería a la cirugía.

Comentario:

El diagnóstico de esta tumoración está dado por la Radiología, en todos los casos aparece una masa de condensación regular homogénea muy radiopaca excepto en aquellas zonas de fibrosis que aparecen más claras. Pueden ser redondeadas o pediculadas entre el seno y la órbita y pueden extenderse hacia el endocráneo o la fosa nasal.

La Tomografía Computarizada aporta poco al diagnóstico, sólo aporta las relaciones del Osteoma con los tejidos vecinos, así como estudia las estructuras internas de la tumoración antes de la intervención quirúrgica.

Tratamiento:

En pacientes de edad superior a los 40-50 años con Osteomas de localización anterior no es necesaria la intervención quirúrgica y suele ser suficiente la observación periódica de la tumoración, ya que al tener un crecimiento tan lento no es imprescindible la cirugía.

En personas jóvenes y en aquellos casos que dan sintomatología los objetivos del tratamiento están enfocados en:

-La expectativa de vida es muy larga y aunque el crecimiento es lento, terminan por originar exoftalmo, desplazamiento ocular y asimetría facial. -La aparición de síntomas: neuralgias, cefaleas por sinusitis.

-La colaboración con el otorrinolaringólogo es conveniente. Los riesgos de la exéresis total tienen que ser valorados y si tienen problemas puede resecarse parcialmente el Osteoma y liberarlo de la cavidad orbitaria, porque al ser lento el proceso de su crecimiento pasarían muchos años antes de su recidiva.

-La Orbitotomía suele ser superior superointerna, siempre conservando el saco lagrimal. En algunos casos la extensión hacia la fosa nasal puede fresarse por vía nasal y si la invasión es hacia el sistema nervioso central y extensa debe utilizarse la vía neuroquirúrgica. (9 – 12)

ABSTRACT

The osseous extraocular tumors with ocular repercussion have been the described for many years, but they are not frequent affections; there exist varied mechanisms for symptomatology in the ocular globe, sometimes the causative diagnosis is difficult and prolonged. It is the case of a patient who attended the Ophthalmology service of Morón city hospital with ocular signs and symptoms which after being studied, were originated by an osseous tumor of the frontal sine, the patient evolved favorably, the initial symptomatology resolved with medical treatment, no surgical procedure was required.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Paton D, Goldberg MF. Tratamiento de los traumatismos oculares. La Habana: Científico Técnica; 1981.
2. Labrada RY, Flores PD, González HL. Traumatología ocular en niños. Rev Cubana Oftalmol. [serie en Internet]. 2003 [citado 12 diciembre de 2006]; 16(2): [aprox. 4 p]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revista/oft/vol162_03_/oft_04203.htm.
3. Tabilo LS, González V M. Trauma ocular penetrante laboral: seguimiento y resultados visuales. Arch Chil Oftalmol. 2002; 59(1):31-7.
4. Fontes BM, Príncipe AH, Mitne S, Pwa HW, Moraes NSB. Seguimiento ambulatorial de pacientes víctimas de trauma ocular abierto. Rev Bras Oftalmol. 2003; 62(9):632-39.
5. Siqueira BO, Barros FS, Schellini SA. Traumas oculopalpebrais no Hospital das Clínicas–Unesp. J Bras Med. 1998; 74(6):79-82.
6. Weyll M, Silveira RC, Fonseca JN. Trauma ocular abierto: características de casos atendidos no complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos. Arq Bras Oftalmol. 2005; 68(4):505-10.
7. Goncalves F, Raiza ACP, Schellini SA, Padovani CR. Nosologia do trauma palpebral em hospital universitário. Rev Bras Oftalmol. 2003; 62(5):344-49.
8. Goncalves RM, Diniz CM, Alvim HS, Tzelikis PFM, Araújo Júnior AR, Trindade FC. Trauma ocular por accidente de trabalho. Rev Bras Oftalmol. 2003; 62 (3): 199-203.
9. Kanski JJ. Oftalmología Clínica. 4ta ed. Madrid: Harcourt; 2000.
10. Kanski JJ. Clinical Ophthalmology 3th ed. Barcelona: Mosby; 1994.
11. Vaughan D. Oftalmología General. 8va ed. México: Manual Moderno; 1987.
12. Goncalves GO, Magalhaes MM. Tumores Oculares en dos estructuras adyacentes. Arq Bras Oftalmol. 1981 44(5): 167-71.

ANEXOS



Ilustración 1



Ilustración 2



Ilustración 3



Ilustración 4



Ilustración 5