

Sonia Vásquez, Paulina
Bazán, Herna Bugueño &
Rodrigo Carmona

Facultad Ciencias de la Salud.
Universidad de Talca. Talca.

Contacto: Dra. Sonia Vásquez Ibarra.
Avenida Lircay s/n. Facultad Ciencias
de la Salud. Universidad de Talca.
Talca. Teléfono: 71-201623. Email:
svasquez@utalca.cl

Osteoma Lingual: Reporte de un caso.

Lingual Osteoma: Report of a clinical case

Resumen: El osteoma lingual (coristoma óseo lingual) es una alteración del desarrollo poco común, con menos de 100 casos reportados mundialmente. La localización más frecuente de esta lesión es la cara dorsal de la lengua. Su etiología no es completamente clara. Debido a su escasa incidencia, reportamos un nuevo caso, en una paciente de sexo femenino de 12 años de edad. En este artículo también se revisará la epidemiología, histología y patogénesis de esta condición.

Palabras claves: Osteoma lingual, Coristoma, Histología.

Vásquez S, Bazán P, Bugueño H & Carmona R. Osteoma Lingual: Reporte de un caso. J Oral Res 2013; 2(1): 28-30.

Recibido: 19/12/12 | Revisado: 07/01/13 | Aceptado: 16/01/13 | Online: 16/01/13

Introducción

Osteoma se define como un tumor benigno de crecimiento lento, compuesto por una esclerótica densa de tejido óseo bien formado.¹ Esta lesión se presenta de manera poco común en tejidos blandos, teniendo en estos casos una mayor frecuencia en cabeza y cuello, principalmente en la región posterior de la lengua.

El osteoma lingual se describe como tal, por primera vez en el año 1913, existiendo controversia con respecto a la terminología, pues algunos autores consideran a esta lesión un coristoma y no una neoplasia.^{2,3,4,5}

A la fecha se han descrito alrededor de 100 casos, entre los cuales se encuentra un caso reportado en Chile por Esguep *et al.*, en el año 1982.^{6,7}

La patogénesis de esta lesión aún es desconocida. Se han sugerido algunas hipótesis para explicar la formación del osteoma lingual basadas en alteraciones del desarrollo o de tipo reaccional (postraumática).^{3,8}

El propósito de este artículo es presentar un nuevo caso de osteoma lingual y una revisión de la literatura.

Caso clínico

Paciente de género femenino 12 años de edad es derivada a la Clínica Diagnóstico de Patología Oral de la Universidad de Talca. El motivo de consulta es la presencia de un aumento de volumen en la región posterior de la lengua, asintomático, de 12 meses de evolución y que no ha aumentado de tamaño en ese lapso de tiempo. Al examen intraoral se observó una

lesión nodular de 0,5 x 0,5 cm de diámetro mayor, ubicada en la cara dorsal y zona posterior de la lengua, bien circunscrito, superficie lisa, de consistencia dura, base sésil y de un color similar a la mucosa lingual (Figura 1). La paciente no presenta antecedentes sistémicos de relevancia.

Se procedió a realizar la biopsia de la lesión bajo anestesia local perifocal para la remoción total de la lesión. La muestra se fijó inmediatamente en formalina tamponada al 10%. La descripción macroscópica correspondía a una muestra de forma nodular, de superficie lisa y de consistencia dura que mide 0,5 x 0,5 x 0,4 cm. Al corte se observó una masa bien circunscrita de tejido óseo por debajo de la superficie epitelial de revestimiento, la cual se descalcificó para su procesamiento.

Microscópicamente se observó un epitelio estratificado queratinizado, escaso conectivo fibroso subepitelial vascularizado. En el centro de la lesión se apreció tejido óseo laminar con osteocitos en su interior y osteoblastos en la periferia. El tejido óseo en su interior presenta espacios medulares, con tejido conjuntivo laxo y abundante vascularización (Figura 2). Correspondiendo el diagnóstico histopatológico a un Osteoma Lingual.

Discusión

Los osteomas son lesiones raras, que se dan preferentemente en la región de cabeza y cuello. Se presenta como una masa pedunculada de 0,5 a 2,5 cm



Figura 1. Lesión nodular cara dorsal zona posterior de lengua.

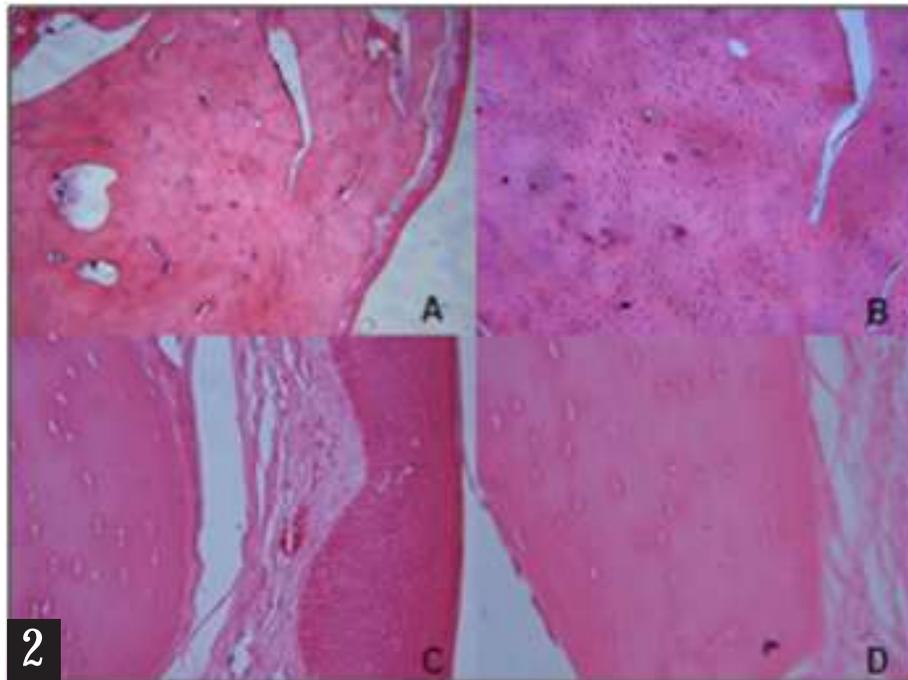


Figura 2. Microscopia Osteoma Lingual (HE A-B 40x, C-D 100x).

de tamaño, ubicada habitualmente en el tercio posterior de la cara dorsal de la lengua. Se han encontrado entre los 5 y 73 años de edad, pero se reporta más frecuentemente en la tercera y cuarta década de la vida.⁹ En cuanto a su prevalencia, ocurren más frecuente en mujeres, con una proporción entre mujeres y hombres

de 3,25 a 1,00.¹ por una cápsula delgada de tejido conectivo fibroso, cubierto con epitelio escamoso estratificado normal.^{4,7}

El origen del osteoma lingual es incierto, pero se han propuesto tres mecanismos patogénicos: una reacción postraumática, una malformación del desarrollo y por último una calcificación del remanente

de 3,25 a 1,00.¹

En la mayoría de los pacientes son asintomáticos, pero en algunas ocasiones pueden experimentar una sensación de cuerpo extraño en la garganta (25,8%), disfagia (6,9%), náuseas (5,1%), e irritación (3,4%).^{10,11}

En este caso, los diagnósticos clínicos variaban de lesiones reactivas como el fibroma irritativo, tumores de glándulas salivales, papiloma, y alteraciones del desarrollo como el quiste tirogloso o la presencia de tejido tiroideo a nivel lingual. La tiroides lingual es una anomalía rara en el área del foramen ciego de la lengua. Aparece como una masa o nódulo que puede alcanzar varios centímetros. En el 70% de los casos es el único tejido tiroideo funcional, por lo que la mayoría de los pacientes presenta hipotiroidismo.¹² El quiste del conducto tirogloso se suele diagnosticar en la infancia y normalmente aparece en la línea media del cuello o dentro de la boca en la porción posterior de la lengua, está formado por remanentes epiteliales del conducto tirogloso que no han involucionado.¹³ Entre las neoplasias que hay que descartar tenemos neoplasias benignas como el osteocondroma y neoplasias malignas como los sarcomas y el carcinoma espinocelular.⁸

Histológicamente, el osteoma lingual se observa como una lesión bien circunscrita y se compone de tejido óseo compacto maduro con sistemas de Havers, el cual está rodeado

tiroideo.⁸ La primera hipótesis de una reacción postraumática sugiere que el tercio posterior de la lengua es un centro de osificación reactivo, ya que es susceptible al trauma y la irritación causada por la ingestión. Se produce una metaplasia ósea debido a una lesión previa que puede ser un hematoma o una inflamación crónica.¹⁰ Esta teoría no explica porque los osteomas linguales están compuestos de hueso maduro en lugar de un patrón inflamatorio óseo irregular, que se espera encontrar en una lesión traumática. La segunda hipótesis de una malformación del desarrollo, fue propuesta por Monserrat. Se cree que los osteomas linguales son restos osificados del arco branquial debido a su proximidad con el agujero ciego. Durante el desarrollo embrionario múltiples células mesenquimáticas pueden ser atrapadas en esta región y por algún estímulo producir un osteoma.^{7,11} La tercera teoría implica la calcificación de un remanente tiroideo. Ésta explica la relación anatómica entre los osteomas, el agujero ciego y su mayor predilección en las mujeres. El agujero ciego es el sitio donde la tiroides desciende hacia el cuello. Los restos de tejido tiroideo que no han descendido pueden conducir al desarrollo de esta lesión ósea.^{14,15} Por otra parte, las mujeres frecuentemente tienen embriológicamente desplazados los restos tiroideos linguales y el tejido tiroideo intralaringeal.^{15,16}

La eliminación quirúrgica es considerada como el pilar del tratamiento de un osteoma lingual. Se debe tener cuidado al momento de extraer la lesión, ya que

se debe realizar un margen limitado a fin de preservar la función de la lengua.¹

Además de la controversia en relación a la etiología, existe otra con la terminología correcta para esta lesión. Krolls y colaboradores creen que el término coristoma es más apropiado que el de osteoma lingual, ya que se define como una masa de tumor formado por células normales en una ubicación anormal. Ellos argumentan que los osteomas son benignos y se originan en el tejido osteogénico y no se ha demostrado que los osteomas linguales sean de origen osteogénico.^{17,18,19} A pesar del debate sobre sus características patológicas, los términos de osteoma o coristoma lingual se utilizan indistintamente en la literatura médica.

Conclusión

El osteoma lingual es una lesión benigna, poco frecuente, ubicada principalmente en el tercio posterior de la lengua cercana al agujero ciego. Se presenta habitualmente como una lesión nodular, de preferencia en pacientes de género femenino. Si bien su etiología no es completamente clara se ha propuesto que pueden ser lesiones de origen reactivo, con origen en una malformación del desarrollo o como una osificación de tejidos embriológicos tiroideos.⁸

El tratamiento de elección para el osteoma lingual es la excisión quirúrgica, debido a que los pacientes sometidos a este procedimiento tienen un excelente pronóstico, sin reportarse casos de recidiva.¹⁹

Abstract: Lingual osteoma (lingual osseous choristoma) is a rare condition, with fewer than 100 cases reported. The most common location of this lesion is the dorsal surface of the tongue. Because of its low incidence, we present a new case that occurred in a 12 years old woman. This article also review the epidemiology, histology and pathogenesis of this condition. Keywords: Lingual Osteoma, Choristoma, Histology.

Referencias.

- 1.- Liu SC, Su WF, Nieh S, Lin DS, Chu YH. Lingual Osteoma. J Med Sci 2010;30(3):97-99.
- 2.- Monserrat M. Osteome de la langue. Bull Soc Anat 1913; 88: 283-288.
- 3.- Benamer M, Elmangoush A. Lingual Osseous Choristoma Case report and review of literature. Libyan J Med 2007 Mar 1,2(1):46-48.
- 4.- Vered M. Lingual osteoma: A debatable entity. J Oral Maxillofac Surg 1998 Jan;56(1):9-13.
- 5.- Naik VR, Faiziah W, Musa Y. Choristoma of the base of the tongue. Indian Journal of pathology and microbiology 2009; 52(1).
- 6.- Esguep A, Espinoza E, Díaz G. Lingual osteoma. J Oral Med. 1982 Jan-Mar;37(1):27-9.
- 7.- Andressakis D, Pavlakis A, Chrymalli E, Rapidis A. Infected lingual osseous

- choristoma. Report of a case and review of the literature. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2008; 1; 13 (10): E627-32.
- 8.- Liu J. Lingual osteoma: case report and literature review. Singapore Med J 2011; 52(10): e198-200.
- 9.- Yang S.W, Chen C.Y, Lin C.Y. Lingual osteoma: case report. Chang Gung Med J 2000; 23(8): 498-502.
- 10.- Supiyaphun P. Lingual osseous choristoma: a study of eight cases and review of the literature. Ear Nose Throat J 1998; 77(4): 316-318.
- 11.- Jahnke V, Daly J.F. Osteoma of the tongue. J Laryngol Otol 1968; 82(3): 273-275.
- 12.- Amr B, Monib S. Lingual thyroid: A case report. Int J Surg Case Rep. 2011;2(8):313-5.
- 13.- Neville BW, Damm DD, Allen CM. Oral and Maxillofacial Pathology; Saunders Elsevier,3rd Edition;2009;35-36,507-523.

- 14.- Cataldo E, Shklar G, Meyer I. Osteoma of the tongue. Arch Otolaryngol 1967; 85: 202-206.
- 15.- Gaitán L, Quezada D, Ruíz R. Coristoma óseo de los tejidos blandos bucales. Presentación de un caso. Med Oral 2003; 8: 220-223.
- 16.- Markaki S, Gearty J, Markakis P. Osteoma of the tongue. Br J Oral Maxillofac Surg 1987; 25(1): 79-82.
- 17.- Krolls S.O, Jacoway J.R, Alexander W.N. Osseous choristomas (osteomas) of intraoral soft tissues. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1971; 32(4): 588-595.
- 18.- Lee F, Dennis L. Lingual osteoma: case report and literature review. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2009; 135(3): 308-310.
- 19.- Piattelli A, Fioroni M, Orsini G, Rubini C. Osteochondromatous Choristoma of Tongue: Report of a Case. J Oral Maxillofac Surg 2000; 58: 1320-1322.