

Osteoma de Seno Frontal: ¿Por qué Tratamiento Endoscópico?

Frontal Sinus Osteoma: Why Endoscopic Treatment?

RESUMEN

Los osteomas son tumores óseos benignos, de crecimiento lento, de etiología desconocida, frecuentemente asintomáticos, y sin tendencia a malignizar, que se pueden localizar en los senos paranasales. Los senos más frecuentemente afectados son el seno frontal, seguido de la región frontoetmoidal, el etmoides y más raras veces los senos maxilares y el esfenoidal¹.

Su incidencia se ha estimado en un 0,01 – 0,43 %². Suelen diagnosticarse, entre la segunda y quinta décadas de la vida, generalmente como un hallazgo radiológico silente³, y tienden a ser más frecuentes en varones que en mujeres (2:1). La observación es la conducta terapéutica más frecuente cuando son asintomáticos^{4,5}, pero cuando aparece clínica, la escisión quirúrgica es el tratamiento de elección. La vía de abordaje clásica al seno frontal es la osteoplastia frontal externa.

Presentamos un caso de osteoma del seno frontal izquierdo sintomático y su tratamiento quirúrgico integral por vía endoscópica, realizando una revisión bibliográfica de las controversias que genera el tratamiento de estos tumores: ¿cuando y por que vía tratarlos?.

PALABRAS CLAVE:

Osteoma. Seno Frontal. Tratamiento. Endoscópico.

SUMMARY

Osteomas are slow growing, unknown etiology, usually asymptomatic and benign bony tumors located usually in the sinuses. The most frequent sinus affected is the frontal sinus; follow by frontoethmoidal area, ethmoid, and more rarely the maxillary and sphenoid sinuses.

They have an estimated incidence of 0.01 to 0.43 %. Often clinically asymptomatic, are diagnosed on radiographic examinations as incidentally findings in between the second and fifth decade of life. Are more common in men than in women (2:1). Most frequent logical therapeutic behavior is observation, unless become symptomatic; in those cases surgical excision is the gold standard. Classical surgical approach to the frontal sinus is trough external osteoplastic flap.

We present a case of left frontal sinus osteoma and its fully surgical endoscopic alternative treatment. We perform a literature review of controversies generated by treatment of these tumors: when and what approach use to treat them?

KEY WORDS:

Osteoma. Frontal Sinus. Endoscopic. Treatment.

Caso Clínico

Paciente varón de 35 años con antecedentes personales de cefaleas crónicas frontales localizadas en región interiliar a punta de dedo de años de evolución que acude a nuestra consulta tras hallazgo casual en radiografía de senos pedida por procesos sinusales frontales de repetición donde se evidencia masa de consistencia ósea en seno frontal izquierdo (Fig. 1A). Exploración de fosa nasal y nasofibroscofia normal. En TAC de fosas y senos se observa masa de consistencia ósea de 19x11x16 mm en seno frontal izquierdo (Fig. 1B, C y D). Se realiza abordaje endoscópico tipo Draf III y exéresis tumoral completa (Fig. 2A y B). Actualmente tras 2 años de seguimiento sigue asintomático y presenta un drenaje frontal amplio.

Discusión

Los osteomas suelen presentarse de forma esporádica y como lesión única, pero pueden formar parte del Síndrome

de Gardner (enfermedad hereditaria, autosómica dominante que asocia poliposis intestinal, quistes epidérmicos, fibromatosis y osteomas), en este caso suelen ser múltiples y se localizan con más frecuencia en mandíbula, cráneo y huesos largos.

Pueden plantear problemas de diagnóstico diferencial con otras lesiones óseas como la displasia fibrosa o el fibroma osificante, aunque radiológicamente el osteoma presenta unos bordes mejor definidos que otras lesiones⁴.

La mayoría son asintomáticos pero cuando presentan clínica la manifestación más frecuente de inicio es la cefalea frontal crónica⁴, y a medida que crecen pueden producir: síntomas oculares, dismorfias faciales y complicaciones neurológicas graves si presentan invasión intracraneal⁶.

Los osteomas de senos paranasales tienen tasas de crecimiento de gran variabilidad, así mientras que en algunos casos (aprox. 50%), el tamaño de las lesiones permanece estable, en otros (aprox. 50%), existe un crecimiento lineal

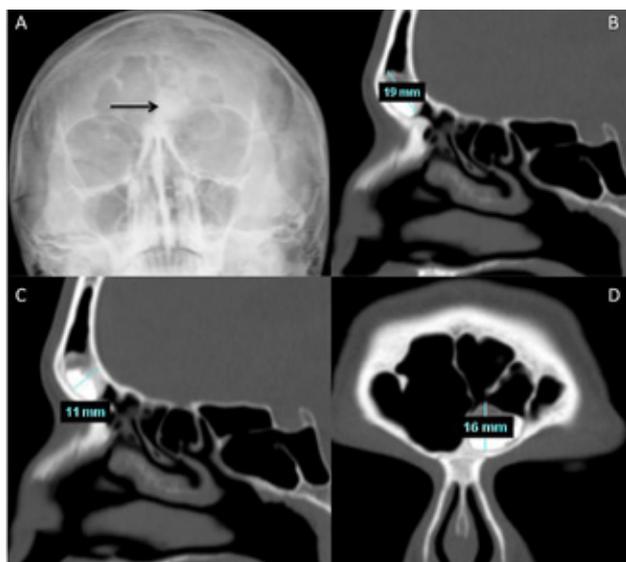


Figura 1: A. Radiografía simple donde se evidencia tumoración ósea en seno frontal izquierdo (flecha). B y C. Cortes sagitales de TAC donde se evidencian las dimensiones del osteoma, su posición con respecto al ductos frontal y su dependencia de la pared posterior. D. Corte coronal de TAC en el que observamos el osteoma en el seno frontal izquierdo, su independencia de la pared anterior y su localización medial a la lamina perpendicular del etmoides.

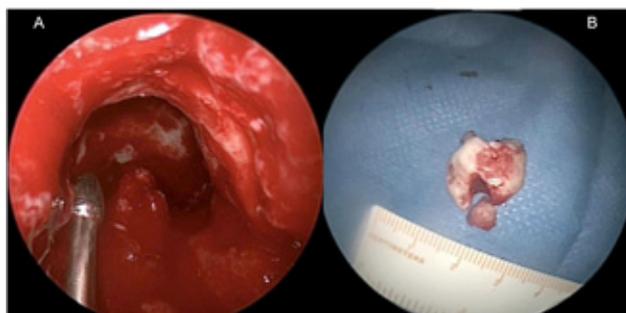


Figura 2: A. Imagen endoscópica intraoperatoria del Draf III finalizado. B. Exéresis completa del osteoma.

medio anual de 1,61 mm/año², sin encontrar factores relacionados con el mismo. Los osteomas con tamaño superior a 30 mm de diámetro mayor son considerados como osteomas gigantes⁷. Por ello existe controversia sobre la actitud terapéutica en los casos silentes, existiendo estudios que preconizan la extirpación quirúrgica del osteoma en fase preclínica dada su tendencia al crecimiento.

Se ha propuesto el uso de isótopos radiactivos para determinar en qué casos de osteomas silentes, presentan una actividad metabólica elevada y por tanto una tendencia a crecer, estando entonces indicada su extirpación⁴.

Otro tema de controversia es la vía de abordaje empleada. Esta suele venir determinado por factores objetivos como el tamaño y la localización del tumor, y subjetivos como son las habilidades quirúrgicas y la experiencia del cirujano. En los osteomas localizados en el seno frontal⁸, la técnica clásicamente utilizada es la osteoplastia frontal.

Sin embargo la cirugía endoscópica nasosinusal es una alternativa segura y efectiva que reduce la morbilidad y tiene ventajas estéticas importantes⁹, pero la localización y

el tamaño de las lesiones limitan notablemente el empleo generalizado de la misma. Por este motivo, algunos autores^{9,10} prefieren la resección endoscópica de los osteomas frontales que no superen los límites del seno y se localicen en la pared postero-inferior del mismo, mediales a la lámina papirácea del etmoides^{9,11}.

Aunque en los últimos años se tiende a evitar las técnicas abiertas, siempre tenemos que tener claro que la vía de abordaje únicamente es la forma de llegar al objetivo de la cirugía, por lo que nunca debemos superponerla al mismo, escindir la enfermedad con la máxima eficacia y la mínima iatrogenia.

Bibliografía

- 1 Namdar I, Edelstein DR, Huo J, Lazar A, Kimmelman CP, Soletic R: Management of osteomas of the paranasal sinuses. *Am J Rhinol* 1998;12:393-398.
- 2 Koivunen P, Lopponen H, Fors AP, Jokinen K: The growth rate of osteomas of the paranasal sinuses. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 1997;22:111-114.
- 3 Earwaker J: Paranasal sinus osteomas: A review of 46 cases. *Skeletal Radiol* 1993;22:417-423.
- 4 Rodríguez Prado N, Llorente Pendas JL, Del Campo Rodríguez A, Puente Verez M, Suarez Nieto C: [paranasal sinus osteomas. Revision of 14 cases]. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2004;55:225-230.
- 5 Smith ME, Calcaterra TC: Frontal sinus osteoma. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1989;98:896-900.
- 6 Bourgeois P, Fichten A, Louis E, Vincent C, Pertuzon B, Assaker R: [frontal sinus osteomas: Neuroophthalmological complications]. *Neurochirurgie* 2002;48:104-108.
- 7 Summers LE, Mascott CR, Tompkins JR, Richardson DE: Frontal sinus osteoma associated with cerebral abscess formation: A case report. *Surg Neurol* 2001;55:235-239.
- 8 Lopez Llamas A, Llorente Pendas JL, Suarez Fente V, Buron Martinez G, Suarez Nieto C: [osteoplastic flap: Our experience]. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2003;54:429-434.
- 9 Schick B, Steigerwald C, el Rahman el Tahan A, Draf W: The role of endonasal surgery in the management of frontoethmoidal osteomas. *Rhinology* 2001;39:66-70.
- 10 Seiden AM, el Hefny YI: Endoscopic trephination for the removal of frontal sinus osteoma. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995;112:607-611.
- 11 Bignami M, Dallan I, Terranova P, Battaglia P, Miceli S, Castelnuovo P: Frontal sinus osteomas: The window of endonasal endoscopic approach. *Rhinology* 2007;45:315-320.

Correspondencia

Dr. Ramón Terré Falcón
Servicio de ORL del Hospital de Barbastro.
Ctra. Nacional 240, s/n.
22300 Barbastro (Huesca)