

## Reporte de Caso / Case Report

[10.18004/mem.iics/1812-9528/2026.e24132602](https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2026.e24132602)

### Osteoma periférico del seno maxilar. Reporte de caso

Emilio Ojeda De Mestral<sup>1</sup>, Marcelo Bogado<sup>1</sup>, \*Carlos Rafael Invernizzi Mendoza<sup>2</sup>,  
Rosa María Cardozo Vera<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Previsión Social. Asunción, Paraguay

<sup>2</sup>Universidad Autónoma de Asunción. Asunción, Paraguay

---

**Editor Responsable:** Ramona Florencia del Puerto Rodas<sup>1</sup>. Universidad Nacional de Asunción, Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, San Lorenzo, Paraguay. Email: [colepuerto@hotmail.com](mailto:colepuerto@hotmail.com)

---

**Cómo referenciar este artículo / How to reference this article:**

Ojeda De Mestral E, Bogado M, Invernizzi Mendoza CR, Cardozo Vera RM. Osteoma periférico del seno maxilar. Reporte de caso. Mem Inst Investig Cienc Salud. 2026; 24(1): e24132602. 10.18004/mem.iics/1812-9528/2026. e24132602

---

#### RESUMEN

Los osteomas son tumores benignos de crecimiento lento, constituidos por hueso compacto o esponjoso. Se localizan con mayor frecuencia en la región craneofacial, siendo poco comunes en los senos paranasales. Generalmente son asintomáticos y se diagnostican como hallazgos radiográficos. Su origen no está claramente definido, aunque se han propuesto factores traumáticos, infecciosos y genéticos. El diagnóstico se confirma con estudios de imagen y análisis histopatológico, y el tratamiento más aceptado es la resección quirúrgica cuando existen alteraciones estéticas, funcionales o riesgo de complicaciones. El objetivo del presente trabajo es describir un caso clínico de osteoma periférico del seno maxilar y su abordaje clínico-quirúrgico. Se presenta el caso de una paciente femenina de 27 años, en quien durante una evaluación ortodóntica se detectó incidentalmente una masa ósea en seno maxilar. La tomografía computarizada mostró una lesión bien delimitada, por lo que se realizó su resección mediante abordaje de Caldwell-Luc bajo anestesia general. La exéresis fue completa y sin complicaciones, con adecuada evolución posoperatoria. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico del osteoma, evidenciando tejido óseo maduro con arquitectura cortical y trabecular. Este caso enfatiza la importancia del hallazgo radiográfico oportuno y del uso de la tomografía en la planificación quirúrgica. La resección temprana es segura, previene complicaciones y permite descartar entidades asociadas como el síndrome de Gardner.

**Palabras clave:** Osteoma, Seno maxilar, Neoplasias Benignas, Cirugía oral.

### Peripheral osteoma of the maxillary sinus. Case report

---

#### ABSTRACT

Osteomas are benign tumors characterized by slow growth and composed of compact or cancellous bone. They most commonly occur in the craniofacial region and are uncommon in the paranasal sinuses. They are generally asymptomatic and are usually diagnosed as incidental radiographic findings. Their etiology is not clearly established; however, traumatic, infectious, and genetic factors have been proposed. Diagnosis is confirmed through imaging studies and histopathological analysis, and the most widely accepted treatment is surgical resection when aesthetic or functional alterations are present or when there is a risk of complications. The aim of this study is to describe a clinical case of a peripheral osteoma of the maxillary sinus and its clinical-surgical management. We report the case of a 27-year-old female patient in whom an osseous mass in the maxillary sinus was incidentally detected during an orthodontic evaluation. Computed tomography revealed a well-defined lesion, and surgical resection was performed using a Caldwell-Luc approach under general anesthesia. Complete excision was achieved without complications, with satisfactory postoperative evolution. Histopathological examination confirmed the diagnosis of osteoma, showing mature bone tissue with cortical and trabecular architecture. This case highlights the importance of early radiographic detection and the use of computed tomography for surgical planning. Early resection is a safe procedure that prevents complications and allows exclusion of associated entities such as Gardner syndrome.

**Keywords:** Osteoma, Maxillary sinus, Benign neoplasms, Oral surgery.

---

**Recepción:** 10/12/2025. **Revisión:** 05/01/2026. **Aceptación:** 24/06/2026.

**Autor correspondiente:** Carlos Rafael Invernizzi Mendoza. Universidad Autónoma de Asunción. Paraguay.

Email: [carlosinvernizzi@hotmail.com](mailto:carlosinvernizzi@hotmail.com)



This is an open access article published under a Creative Commons License.

## INTRODUCCIÓN

Los osteomas son tumores benignos, estos están compuestos de hueso esponjoso o compacto, que generalmente se encuentran en el esqueleto craneofacial siendo su ubicación más habitual en mandíbula, y menos recurrentes en los senos paranasales, seno frontal, maxilar, etmoidal y esfenoidal. Estos tumores tienden a presentarse en hombres de mediana edad y suelen medir entre 0,2 y 3 cm, y pocas veces se encuentran en otros huesos del cuerpo<sup>(1-3)</sup>.

En el examen radiográfico la lesión presenta márgenes bien definidos, contornos regulares, proyecciones óseas, densas, similares al hueso normal subyacente<sup>(4)</sup>. En la mayoría de los casos, estos tumores permanecen asintomáticos y se desarrollan lentamente; sin embargo, en la literatura se han reportado síntomas nasales como hinchazón, dolor, obstrucción nasal y rinorrea debido a complicaciones de sinusitis o presión causada por el desarrollo del osteoma<sup>(5-6)</sup>.

Generalmente son diagnosticados cuando alcanzan un tamaño considerable con complicaciones concomitantes o como hallazgo radiográfico realizado por otro motivo<sup>(5)</sup>.

Los osteomas pueden clasificarse según su localización en centrales (endósticos), periféricos (periostales) y extraesqueléticos. Asimismo, desde el punto de vista histológico, se dividen en osteoma compacto (eburneo), osteoma esponjoso y osteoma mixto. En los senos paranasales, los osteomas suelen corresponder a formas periféricas de predominio compacto<sup>(7)</sup>.

La etiología de esta lesión se desconoce, pero puede estar relacionada con infección, traumatismo, radiaciones ionizantes, influencias hormonales y genéticas. La edad más común en el que puede ocurrir es en adultos jóvenes, pero puede ocurrir en cualquier edad y no presenta una clara predilección por sexo. Generalmente ocurren de forma aislada, excepto cuando se asocian con el síndrome de Gardner, donde se presenta en aproximadamente el 90% de estos pacientes<sup>(5,6)</sup>.

Para obtener el correcto diagnóstico de esta patología, deberán revisarse características radiográficas, tomográficas, manifestaciones clínicas, tiempo de evolución y datos demográficos del paciente que permitan establecer el diagnóstico diferencial<sup>(1)</sup>.

El tratamiento de los osteomas ya sea sintomático o asintomático sigue siendo controvertido; sin embargo, la resección quirúrgica es el manejo más aceptado en casos seleccionados, debido a la asimetría que pueda causar, modificando así la estética. Así también la sintomatología que pueda ocasionar, dificultad al deglutir, obstrucción de las vías aéreas, y el riesgo a que desarrolle tamaños considerablemente grandes y pueda alcanzar áreas como la órbita siendo más difícil su remoción, a pesar de que esta recurrencia es rara<sup>(6,8)</sup>.

El objetivo del presente trabajo es describir un caso clínico de osteoma periférico del seno maxilar y su abordaje clínico-quirúrgico.

## RELATO DEL CASO

Paciente de sexo femenino, de 27 años de edad, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de relevancia, ASA I, sin hábitos nocivos conocidos, ni alergias, acudió a consulta odontológica con fines ortodónticos. No refería antecedentes de traumatismo facial, infecciones sinusales recurrentes ni cirugías previas en la región maxilofacial (Figura 1). Como parte de la evaluación inicial, se solicitó una radiografía panorámica, en la cual se observó una imagen radiopaca de contornos regulares proyectada sobre el seno maxilar. La paciente fue derivada al servicio de cirugía oral y maxilofacial, donde se indicó una tomografía computarizada facial.



**Figura 1:** Radiografía Panorámica.

En el examen clínico extraoral no se observaron asimetrías faciales ni signos inflamatorios. El examen intraoral fue normal, sin aumento de volumen, dolor a la palpación ni alteraciones funcionales.

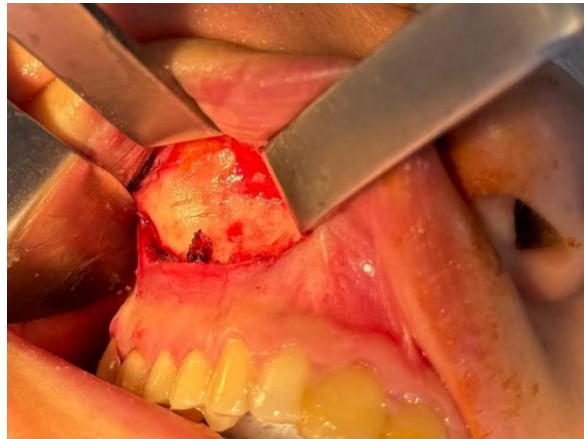
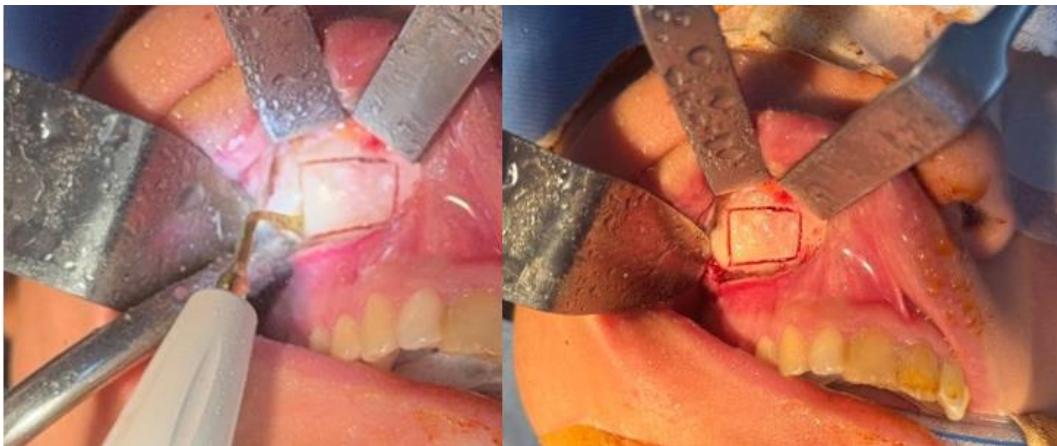
En la tomografía se observó una estructura ósea hiperdensa, bien delimitada, de aproximadamente 15 mm en su eje mayor, con inserción pediculada en la pared ósea lateral del seno maxilar, protruyendo hacia la cavidad sinusal, con proximidad a las raíces dentarias de los premolares y molares (Figura 2).



**Figura 2:** Tomografía.

Tras discutir con la paciente las opciones terapéuticas y considerando la localización intraantral de la lesión, la posibilidad de crecimiento progresivo, el temor de la paciente por el diagnóstico y la necesidad de confirmación histopatológica, se decidió realizar la resección quirúrgica. Se optó por realizar el procedimiento de biopsia excisional de masa ósea en seno maxilar mediante abordaje de Caldwell-Luc, bajo anestesia general con intubación orotraqueal, el procedimiento se realizó en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social (IPS), el costo de la cirugía estuvo cubierto por el seguro de la paciente. La paciente firmó un consentimiento informado para realizarse la cirugía, donde se detallaban todas las implicancias del caso y se autorizaba la utilización de las imágenes con fines académicos.

Se utilizó clorhidrato de bupivacaína 5 mg/ml con epinefrina, para la anestesia local y el control de la hemostasia. Se realizó una incisión horizontal en fondo de vestíbulo desde región canina hasta la zona del primer molar, luego el despegamiento mucoperióstico para exponer la pared anterior del seno maxilar (Figuras 3 y 4). Se realizó osteotomía en la pared anterior del seno con utilización de piezótomo para crear una ventana ósea de acceso con mínima agresión a tejidos circundantes (Figura 5).

**Figura 3:** Vista Intra Oral**Figura 4:** Acceso a la lesión**Figura 5:** Osteotomía con piezótomo

Teniendo la visualización directa de la masa ósea dentro del seno maxilar, se procedió al desprendimiento cuidadoso de la lesión de sus inserciones óseas con instrumental fino, logrando la extracción completa de la masa en bloque, procurando no fragmentarla para facilitar su análisis anatomopatológico. Posteriormente se realizó el control del lecho quirúrgico, revisión de la cavidad para descartar restos de la lesión, lavado con solución estéril y hemostasia meticulosa; tras la exéresis de la lesión, el colgajo fue reposicionado y suturado con suturas reabsorbibles de poliglactina 910 (Vicryl® 3-0 y 4-0) en puntos simples interrumpidos, logrando una adecuada estabilidad del colgajo y cierre primario de la herida quirúrgica (Figura 6).



**Figura 6:** Exéresis y limpieza del lecho quirúrgico.

Se realizó la extubación y el traslado a sala de recuperación, con indicación de antibiótico profiláctico, analgésicos, antiinflamatorios y medidas posoperatorias.

Se indicó medicación posoperatoria consistente en amoxicilina/ácido clavulánico (875 mg + 125 mg) cada 12 horas durante 7 días como profilaxis antibiótica, dexametasona 8 mg cada 12 horas durante 3 días para el control del edema e inflamación, y ketorolac 20 mg cada 8 horas durante 3 días como analgésico. Además, se indicó omeprazol 20 mg como protección gástrica.

La paciente evolucionó favorablemente, sin complicaciones postoperatorias con controles clínicos a los 7, 15 y 60 días (Figuras 7 y 8).



**Figura 7:** Control a los 15 días.



**Figura 8:** Control a los 60 días

#### *Anatomía Patológica:*

La muestra de la lesión fue enviada en formol al 10% para estudio histopatológico. En el mismo se observó en cuanto al aspecto macroscópico de la lesión, un fragmento de tejido óseo de 1,5 cm de diámetro, nodular, beige rosado, consistencia sólida dura relacionado con una lámina de tejido óseo a través de un

pedículo de 0,5 cm de longitud. Superficie de corte beige amarillento, heterogéneo. Inclusión parcial posterior a proceso de descalcificación. No se observaron atipias ni mucosa sinusal asociada. El diagnóstico al cual se llegó fue de una proliferación de tejido óseo maduro con arquitectura de tipo cortical y trabecular focal, bien delimitada: Osteoma periférico del seno maxilar.

## DISCUSIÓN

Una de las principales características del osteoma periférico del seno maxilar es su crecimiento lento, con una proliferación de tejido óseo compacto o esponjoso. En un alto porcentaje de los casos, cuando se localiza en la región maxilofacial, suele presentarse de forma única y generalmente es asintomático; sin embargo, puede producir asimetría facial dependiendo de su tamaño y localización<sup>(8)</sup>.

No obstante, en un estudio realizado por Arslan y colaboradores, la mayoría de los pacientes fueron sintomáticos, presentando principalmente cefalea frontal, seguida de tumefacción frontal, obstrucción nasal, sinusitis crónica y rinorrea<sup>(9)</sup>. En el presente caso clínico, la paciente no presentó asimetría facial ni sintomatología dolorosa, siendo el hallazgo completamente incidental tras la realización de una radiografía panorámica<sup>(10)</sup>.

La etiología de los osteomas continúa siendo motivo de controversia. Se han propuesto diversas teorías para explicar su origen, entre las que se incluyen la teoría del desarrollo, la traumática y la infecciosa. La teoría del desarrollo plantea que estas lesiones podrían originarse a partir de restos de cartílago o de células madre óseas presentes en el hueso. Por otro lado, las teorías traumática e infecciosa sugieren que un proceso inflamatorio crónico podría inducir la formación de tejido óseo<sup>(10-13)</sup>.

En este sentido, la teoría inflamatoria propone que la estimulación de los osteoblastos del mucoperiostio, secundaria a la inflamación persistente, desencadena procesos de calcificación progresiva que finalmente conducen a la formación del osteoma<sup>(10)</sup>.

No obstante, hasta el momento ninguna de las teorías propuestas logra explicar de manera concluyente su mecanismo de desarrollo, por lo que se requieren estudios adicionales para una mejor comprensión de su etiopatogenia<sup>(10)</sup>.

En el presente caso clínico, la paciente no refirió antecedentes de trauma ni infecciones previas que pudieran relacionarse con el origen de la lesión.

Los estudios complementarios con imágenes digitales son fundamentales para la elección del abordaje quirúrgico ideal de esta patología, en este caso la tomografía axial computarizada permitió observar los límites precisos y bien definidos de la lesión, así como la relación de la misma otras estructuras anatómicas relevantes, lo que termina facilitando su abordaje<sup>(13)</sup>.

La tomografía computarizada es considerada el estándar de oro para la evaluación de osteomas de senos paranasales, ya que permite determinar con precisión su tamaño, inserción y con estructuras adyacentes, lo cual resulta fundamental para la planificación quirúrgica<sup>(13)</sup>.

El diagnóstico diferencial del osteoma incluye entidades como condroma, osteosarcoma, odontoma, fibroma osificante, displasia fibrosa, enfermedad de Paget y síndrome de Gardner<sup>(11,12)</sup>. El diagnóstico oportuno y la escisión del osteoma previene complicaciones futuras, y en el caso de que esté presente algún tipo de sintomatología, las reduce de manera importante. No obstante, es fundamental realizar un control posoperatorio oportuno.

En el presente caso, se indicó a la paciente una interconsulta médica para descartar síndrome de Gardner como parte del protocolo, este síndrome se caracteriza por pólipos intestinales y manifestaciones extraintestinales, como osteomas múltiples y tumores de tejidos blandos, siendo los osteomas una de las manifestaciones sindrómicas tempranas. El examen clínico oral y radiográfico de estos pacientes puede desempeñar un papel fundamental en el diagnóstico, especialmente si se considera la mayor probabilidad de transformación maligna debido a la displasia de los pólipos, con una edad media de diagnóstico de 40 años<sup>(14-16)</sup>.

Existen autores que defiende la resección quirúrgica del osteoma solo cuando se presentan anomalías faciales, dolor, parestesia o disfunción<sup>(17-19)</sup>, sin embargo,

aunque existe controversia respecto a la indicación quirúrgica en osteomas asintomáticos, la resección puede considerarse en función de la localización intraantral, el potencial riesgo obstructivo, la posibilidad de crecimiento y la necesidad de confirmación diagnóstica. En todos los casos, la decisión debe ser individualizada y consensuada con el paciente<sup>(1,3-7,13)</sup>.

## CONCLUSIÓN

El osteoma periférico del seno maxilar es una lesión poco frecuente, habitualmente asintomática y de diagnóstico radiográfico incidental. La tomografía computarizada es esencial para su correcta caracterización y planificación terapéutica. La resección quirúrgica, cuando está indicada, constituye un procedimiento seguro y eficaz, con baja tasa de complicaciones y excelente pronóstico.

## Contribución de los autores

Emilio Ojeda De Mestral y Marcelo Bogado participaron en la conceptualización, diseño y abordaje del caso clínico, supervisión del documento final.

Carlos Rafael Invernizzi Mendoza y Rosa María Cardozo Vera colaboraron en la conceptualización, redacción del borrador, revisión y edición del documento final.

Todos los autores aprobaron la versión final del manuscrito.

**Financiamiento:** El estudio no contó con financiación externa.

**Conflicto de interés:** Los autores declaran no tener conflictos de interés.

## Disponibilidad de datos

Disponibilidad de datos previa solicitud: Los conjuntos de datos generados y/o analizados durante el estudio están disponibles previa solicitud al autor correspondiente: Carlos Rafael Invernizzi Mendoza. Correo electrónico: [carlosinvernizzi@hotmail.com](mailto:carlosinvernizzi@hotmail.com)

## Revisión por pares

Este artículo fue evaluado mediante un proceso de revisión por pares doble ciego, conforme a la política de transparencia editorial de la revista. Los comentarios de los evaluadores y su identidad no están disponibles para esta publicación. Las observaciones y sugerencias fueron consideradas por los autores, quienes realizaron las modificaciones necesarias hasta llegar a la versión final publicada. Este procedimiento tiene como objetivo garantizar la integridad científica del artículo.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Peñaherrera KP, Carlosama FEQ, Bustamante AG. Osteoma de hueso compacto en maxilar superior. *Odontología*. 2022; 24(2): 24-9. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8578564>
2. Alister JP, Cartes B, Uribe F, Carmine E, Almeida A, Olate S. Resection of fronto-naso-maxillary osteoma: anatomic challenge assisted with stereolithography and piezoelectric system. *Int J Morphol*. 2017; 35(2): 745-50. [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95022017000200057](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022017000200057).
3. Kalfarentzos E, Arapi I, Triantafyllou V, Tosios KI, Christopoulos P. An unusual giant osteoma of the maxillary sinus: case report. *SN Compr Clin Med*. 2020; 2: 685-8. doi: 10.1007/s42399-020-00278-0.
4. Taketomi T, Imayama K, Nakamura K, Kusukawa J. An isolated laminar osteoma arising in the maxillary sinus. *Am J Case Rep*. 2023; 24: e938904. doi:10.12659/AJCR.938904.
5. Suassuna TM, Abreu NMR, do Nascimento VL, Aguiar ÁP, Sampaio FC, Júnior JWN. Osteoma extenso em seio maxilar: relato de caso. *Arch Health Investig [Internet]*. 2020;9(4). <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/4703>.
6. Patiño-Suárez K, Bravo-Escobar GA, Guzmán-Sánchez M, Brito-Vera JP, Figueroa-Ángel V. Osteoma de senos paranasales con invasión orbitaria: manejo multidisciplinario. *An Otorrinolaringol Mex*. 2018 Oct; 63(4): 173. [http://revisionporpares.com/index.php/AORL/issue/download/194/pdf\\_10#page=46](http://revisionporpares.com/index.php/AORL/issue/download/194/pdf_10#page=46)
7. Coimbra IMA, Durães RT, Leite LC. Osteoma de seio maxilar invadindo órbita: relato de caso. *Braz J Health Rev [Internet]*. 2024; 7(3): e69657.

- <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/69657>
8. Licéaga-Escalera C, Del Bosque-Méndez J, Aldape-Barrios B, Montoya-Pérez L, Morelos-Patiño E, González-Olmedo V. Osteoma gigante en mandíbula: reporte de caso. *Rev Estomatol Herediana* [Internet]. 2013; 23(4): 206-9. <https://www.redalyc.org/pdf/4215/421539379006.pdf>
  9. Arslan HH, Tasli H, Cebeci S, Gerek M. The management of the paranasal sinus osteomas. *J Craniofac Surg*. 2017; 28(3): 741-5. doi:10.1097/SCS.0000000000003397
  10. Espinosa Fernández J, Rodríguez Luna R, Ortiz Cruz AB, Amezcua Solórzano JA. Osteoma mandibular periférico. *Rev Mex Cir Bucal Maxilofac*. 2017; 13(2): 60-4. <https://www.medigraphic.com/pdfs/ci rugiabucal/cb-2017/cb172e.pdf>
  11. Durão AR, Chilvarquer I, Hayek JE, Provenzano M, Kendall MR. Osteoma of the zygomatic arch and mandible: report of two cases. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac*. 2012; 53(2): 103-7. 10.1016/j.rpemd.2012.02.006
  12. Gondo RM, Costa MDMA, Batista JD, Melo PEC, Silva CM. Osteoma periférico em corpo mandibular: relato de caso. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac*. 2008; 8(1): 23-8. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-873478>
  13. Irimia IM, Gata A, Puscas IM, Covaliu BF, Albu S. Endoscopic excision of rare large maxillary sinus osteoma: a case report and literature review. *Surgeries*. 2023; 4: 317-24. doi: 10.3390/surgeries4030032.
  14. Mafra RP, Vasconcelos RG, Queiroz LMG, Vasconcelos MG. Osteoma maxilar: relato de caso. *Rev Bras Cienc Saude*. 2014; 18(1): 49-54. doi:10.4034/RBCS.2014.18.01.07. <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/15250>
  15. Shinas S, Siriani F, Zisis V, et al. Peripheral osteoma of the maxillary sinus in a patient planned for sinus augmentation. *Cureus*. 2025 Sep 29; 17(9): e93482. doi: 10.7759/cureus.93482.
  16. Prabhuji M, Kishore H, Sethna G, Moghe A. Peripheral osteoma of the hard palate. *J Indian Soc Periodontol*. 2012; 16: 134-7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22628981/>
  17. Ahn SY, Ahn CH, Cho KS. Giant osteoma of the mandible causing breathing problem. *Korean J Oral Maxillofac Radiol*. 2006; 36: 217-20. <https://koreascience.kr/article/JAKO200606142043314.pdf>
  18. Boros LF, Carneiro MIS, Boros LH, Boros LF, Boros PAS. Osteoma compacto central de mandíbula: relato de caso clínico. *Odontol. Clín.-Cient.* (Online) 2011; 10(1): 89-93.: [http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-38882011000100017](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38882011000100017)
  19. Martorelli SB de F, Cavalcanti PHAH, Albuquerque R, Guerra EC, Marinho EVS, Martorelli FO. Osteoma exofítico de ângulo mandibular: relato de caso clínico. *Odontologia Clín-Científ Recife*. 2007; 6(2): 183-6. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-509923>