

<https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v68iS1.10136>

¿Hueso en la lengua? Coristoma óseo lingual

Bone in the tongue? Lingual osseous choristoma.

Francisco Javier Álvarez Rubio,¹ Fernando Gabriel Buenrostro Camacho,² Héctor Osvaldo Soto Orozco,² José Alfredo Soto Ortiz³

Resumen

ANTECEDENTES: El término coristoma se refiere a tumores benignos que están constituidos por un tejido histológicamente normal, pero localizados en un sitio que no corresponde a su ubicación natural. Los coristomas en la cavidad oral son poco frecuentes; cuando ocurren, su origen más común es óseo o cartilaginoso.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 27 años, quien tenía en el dorso de la lengua, en el tercio anterior, una neoformación exofítica, hemiovoide, de 1.5 x 2.1 x 1.3 cm, de consistencia firme, móvil y no adherida a planos profundos, recubierta de mucosa rosada y lisa, de bordes precisos. Refirió tenerla desde la niñez y le provocaba incomodidad al masticar y al hablar. Se tomó biopsia por escisión por rasurado, sin complicaciones. El diagnóstico histopatológico fue de coristoma óseo lingual.

CONCLUSIONES: Los coristomas óseos de la cavidad oral predominan particularmente en el dorso lingual, en su tercio posterior, y se consideran análogos mucosos del osteoma cutis; ambos están compuestos de hueso maduro de tipo cortical y trabecular.

PALABRAS CLAVE: Coristoma; neoformación en lengua; electrocirugía.

Abstract

BACKGROUND: The term choristoma refers to benign tumors constituted of a tissue that is histologically normal, but located in a place that does not correspond to its natural presentation. The presence of choristomas in the oral cavity is rare; when they occur, their most common origin is bone or cartilaginous.

CLINICAL CASE: A 27-year-old female patient. On the dorsum of the tongue, at the level of the anterior third, patient presented an exophytic, hemiovoid neoplasm, measuring 1.5 x 2.1 x 1.3 cm, of firm, mobile consistency and not adhered to deep planes, covered with pink and smooth mucosa, with precise limits. Patient reported having it since childhood and it caused discomfort when chewing and speaking. An excisional biopsy was taken by shaving, without complications. The histopathological diagnosis was osseous choristoma of the tongue.

CONCLUSIONS: Osseous choristomas of the oral cavity predominate on the posterior third of the dorsum of the tongue, and are considered mucosal analogues of osteoma cutis; both are composed of mature bone of cortical and trabecular type.

KEYWORDS: Choristoma; Tongue neoplasms; Electrosurgery.

¹ Residente de tercer año de Dermatología.

² Médico pasante de servicio social.

³ Internista, dermatólogo y cirujano dermatólogo.

Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio, Secretaría de Salud Jalisco, Zapopan, Jalisco, México.

Recibido: julio 2024

Aceptado: septiembre 2024

Correspondencia

José Alfredo Soto Ortiz
jalfsoto@yahoo.com.mx

Este artículo debe citarse como:

Álvarez-Rubio FJ, Buenrostro-Camacho FG, Soto-Orozco HO, Soto-Ortiz JA. ¿Hueso en la lengua? Coristoma óseo lingual. Dermatol Rev Mex 2024; 68 (Supl. 1): S89-S93.

ANTECEDENTES

El coristoma se define como el crecimiento de tejido normal heterotópico, es decir, es un tejido histológicamente normal, en su forma y función, pero localizado en un sitio que no corresponde a su ubicación natural. Rara vez se observa en la cavidad oral y, cuando ocurre, su composición más frecuente es ósea o cartilaginosa.¹

El coristoma óseo lingual es un tumor benigno que afecta más comúnmente el dorso de este órgano. Monserrat lo reportó en 1913² con el término “osteoma de la lengua”. En 1971 Krolls y colaboradores³ propusieron el término de “coristoma óseo” y describieron, de una forma más clara, su patogénesis y naturaleza benigna.

Se considera un tumor raro, con menos de 100 casos reportados en la bibliografía. En una revisión sistemática, que abarcó de 1971 a 2020, los autores encontraron 69 pacientes;⁴ después de esa fecha, en la base de datos Medline se han reportado otros 12 casos. Debido a su poca frecuencia, nos parece de interés comunicar este caso, lo que permitirá aumentar el abanico de diagnósticos diferenciales a considerar en tumores de la cavidad oral.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 27 años, originaria y residente de Jalisco, México; de ocupación pescadora, sin antecedentes heredofamiliares ni personales de importancia. Inició su padecimiento desde la niñez, refirió tener un “granito” en el dorso de la lengua, que mostró crecimiento lento y progresivo, no doloroso, pero que dificultaba la masticación y la fonación de ciertas palabras. Negó antecedente de eventos traumáticos en la zona y tratamientos previos.

A la exploración física, en el dorso de la lengua, en su tercio anterior línea media, se observó una neoformación exofítica, hemiovoide, con

tamaño de 1.5 x 2.1 x 1.3 cm, de consistencia firme, móvil y no adherida a planos profundos, recubierta de mucosa rosada y lisa, de bordes precisos (**Figura 1**). Ante la sospecha de un fibroma lingual, se hizo una escisión por rasurado con electrocirugía (**Figura 2**), bajo anestesia local con lidocaína al 2% más epinefrina, sin complicaciones en el posoperatorio inmediato.

El estudio histopatológico reportó tejido óseo bien diferenciado, recubierto por epitelio escamoso parcialmente queratinizado, con lo que se estableció el diagnóstico de coristoma óseo lingual (**Figura 3**). A 12 meses de seguimiento no hubo recurrencia y sólo se apreciaba una zona levemente deprimida y rosada en el dorso de la lengua (**Figura 4**), sin alteraciones sensitivas, gustativas o mecánicas.

DISCUSIÓN

Los coristomas de la cavidad oral son tumores benignos raros. En más del 50% de los casos están formados por tejido óseo bien diferenciado, aunque se han informado casos de coristomas constituidos por tejido gastrointestinal, glial periférico o condroide. Se observan con mayor

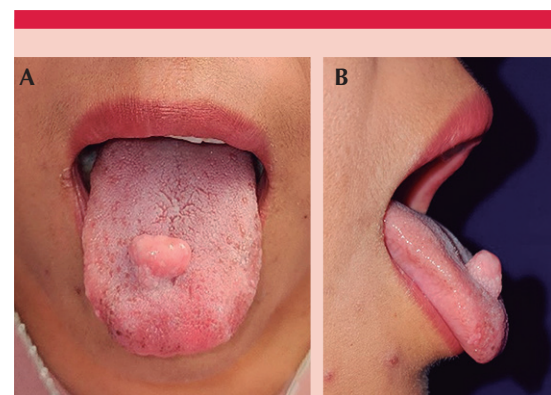


Figura 1. Neoformación exofítica, recubierta de mucosa lisa y rosada, firme y no adherida a planos profundos, localizada en el tercio anterior de la lengua.



Figura 2. Resultado inmediato posterior a la escisión por rasurado con electrocirugía.

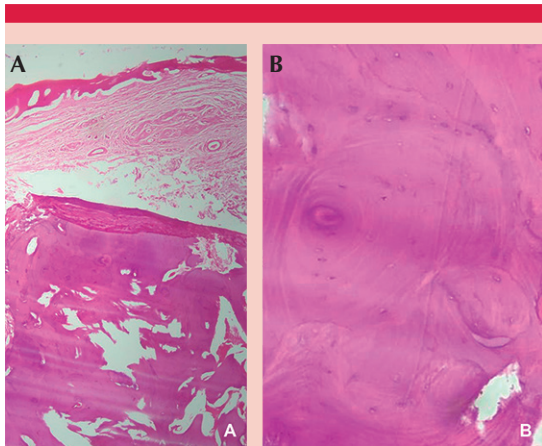


Figura 3. Biopsia escisional teñida con hematoxilina-eosina. **A.** Tejido óseo bien diferenciado, recubierto por epitelio escamoso parcialmente queratinizado (10X). **B.** A mayor aumento, se aprecia el sistema de Havers con osteocitos en su interior (40X).

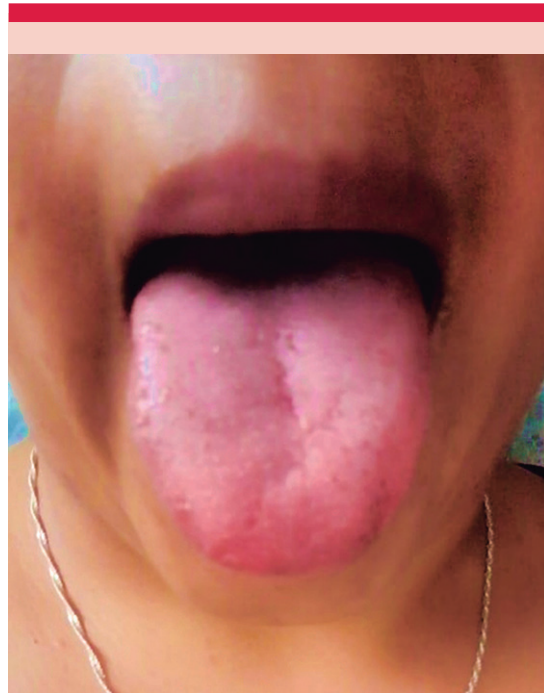


Figura 4. Evolución a 12 meses de seguimiento, sin recidivas.

frecuencia en la lengua, seguida de la mucosa vestibular, alveolar o labial.^{1,4-8}

La prevalencia de los coristomas óseos linguales es mayor entre la tercera y la cuarta décadas de la vida y predominan en el sexo femenino con una relación 4:1.^{4,9} Las lesiones se manifiestan con mayor frecuencia en la línea media del dorso de la lengua, principalmente en su tercio posterior, cerca del agujero ciego y de las papilas circunvaladas (59% de los pacientes), mientras el tercio anterior se afecta en el 41%,⁴ como sucedió en este caso. Otras localizaciones reportadas incluyen las caras laterales de la lengua.^{5,9}

En términos clínicos, se manifiestan como neoformaciones cubiertas de una mucosa lisa, rosada, de base estrecha o pediculada, firme y no adherida a tejidos profundos, que muestran

crecimiento de alivio espontáneo. Por lo general, son asintomáticas, pero cuando se reportan molestias éstas incluyen: náuseas o sensación de cuerpo extraño (68%), disfagia (29%), inflamación de la lengua (15%), dolor local (8%) y disfonía (5%). Otros síntomas, raramente reportados, son: dificultad respiratoria, restricción del movimiento de la lengua e irritación.^{4,5,10} Consideramos que estos síntomas se relacionan con la localización de los tumores en el tercio posterior de la lengua; de ahí que la paciente del caso no los haya padecido, por el contrario, su molestia sólo era al hablar y al masticar.

Se conoce muy poco de la patogenia del coristoma óseo lingual, pero se han postulado varias hipótesis: 1) malformaciones embriológicas que originan implantación lingual de restos embrionarios de los arcos branquiales, que dan origen a estructuras óseas como el yunque, el martillo y el hueso hioides; 2) procesos traumáticos e irritativos que favorecen el depósito de calcio; sin embargo, esta teoría no explica por qué este tumor muestra hueso completamente diferenciado, y 3) restos de tejido tiroideo intraglosal no descendido que induce lesiones óseas proliferativas.^{5,10,11}

Desde el punto de vista clínico, el diagnóstico diferencial suele ser complejo y dependerá de la localización de las lesiones y de su morfología; incluye: tumores de glándulas salivales, tiroides lingual, schwannoma, rabdomiosarcoma, leiomiomas, fibromas, lipomas, hemangiomas, tumores neurales, tumores de células gigantes, neoplasias condroides traumáticas, mucocelo y granulomas piógenos.^{5,10,11,12}

El diagnóstico definitivo lo proporciona el estudio histopatológico, en el que se observa hueso laminar normal, con osteocitos, sistemas de Havers bien desarrollados y médula ósea grasa. Es raro observar osteoblastos y osteoclastos.^{4,5,9}

El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica simple con bisturí, pero también se ha reportado el uso del láser de dióxido de carbono o de la electrocirugía,^{5,9} como en este caso. Debido a la compleja anatomía de la lengua, cuando las lesiones se encuentran en su tercio posterior, es aconsejable que la extirpación la lleve a cabo un otorrinolaringólogo.^{4,13} Su pronóstico es bueno y no se han informado recurrencias ni transformación maligna en los artículos publicados.^{4,5,9}

El coristoma óseo lingual debe considerarse entre los diagnósticos diferenciales de las neoformaciones del tercio posterior del dorso de la lengua, sobre todo en las lesiones firmes, cubiertas por mucosa lisa y no adheridas a planos profundos. En este caso el coristoma se originó en el tercio anterior, una localización considerada infrecuente, pero que permitió el tratamiento con electrocirugía, que fue satisfactorio con curación del padecimiento.

CONCLUSIONES

Los coristomas óseos de la cavidad oral predominan particularmente en el dorso lingual, en su tercio posterior y se consideran análogos mucosos del osteoma cutis; ambos están compuestos de hueso maduro de tipo cortical y trabecular.

REFERENCIAS

1. Lee KH, Roland PS. Heterotopias, teratoma, and choristoma. In: Kountakis SE, editors. Encyclopedia of otolaryngology, head and neck surgery. Berlin: Springer eBooks, 2013; 1179-1183. https://doi.org/10.1007/978-3-642-23499-6_642
2. Monserrat M. Osteome de la langue. Bull Soc Anat 1913; 88: 282-283.
3. Krolls SO, Jacoway JR, Alexander WN. Osseous choristomas (osteomas) of intraoral soft tissues. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1971; 32: 588-595. doi:10.1016/0030-4220(71)90324-0
4. Shareef ZJ, Shareef SJ, Kerndt CC, Di Ponio A, et al. Lingual osseous choristoma: A comprehensive systematic review

- of lesion presentation, histology, and morphology. *Spartan Med Res J* 2020; 5: 17543. doi:10.51894/001c.17543
5. Almujaivel N, Alabbas K, Alshareef W, AlMakoshi L, et al. Tongue osseous choristoma in an adolescent female: A case report. *Cureus* 2022; 14: e32275. doi:10.7759/cureus.32275
 6. Ombres CM, Lestadi I, Putra J. Lingual choristoma with gastric epithelium revisited. *Head Neck Pathol* 2022; 16: 503-506. doi:10.1007/s12105-021-01362-0
 7. Wu X, Cheng XL, Kang MY, Zhao JW, et al. Intradural extramedullary spinal choristoma: A case report. *Medicine (Baltimore)* 2023; 102: e36672. doi:10.1097/MD.00000000000036672
 8. Semwal S, Joshi D, Gupta V, Kapoor N. Cartilaginous choristoma of tongue: A rare case report. *J Oral Maxillofac Pathol* 2019; 23 (Suppl 1): 40-42. doi:10.4103/jomfp.JOMFP_24_18
 9. Turan Ş, Pınarbaşı MÖ, Açıklan M, Özudoğru E, et al. Lingual osseous choristoma. *Turk Arch Otorhinolaryngol* 2016; 54: 86-88. doi:10.5152/tao.2016.1448
 10. Gkouveris I, Kapranos N, Mitrou GG. Lingual osseous choristoma: Case report and literature review of this rare entity. *J Clin Exp Dent* 2023; 15: e79-e81. doi:10.4317/jced.5922
 11. Iizaka K, Ishibashi-Kanno N, Fukuzawa S, Bukawa H, et al. Osseous choristoma of the tongue: A case report. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 2022; 74 (3): 5936-5939. doi:10.1007/s12070-021-02548-2
 12. Martínez-Artal P, Villanueva-Alcojol L, González-Ballester D, Fernández-Sánchez-Arévalo C. Coristoma óseo lingual. Nuevo caso de una entidad extremadamente infrecuente. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac* 2022; 44 (3): 119-121. <https://dx.doi.org/10.20986/recom.2022.1383/2022>
 13. Reamy BV, Derby R, Bunt CW. Common tongue conditions in primary care. *Am Fam Physician* 2010; 81: 627-364.

