

preoperatoria en este caso es limitado, pues no se identificó un vaso nutricio. Otros tratamientos descritos como radioterapia, esclerosis o crioterapia no son ampliamente empleados debido a su alta morbilidad, además de que la radioterapia puede inducir la transformación maligna de la tumoración<sup>6</sup>.

## Conclusión

Aunque es una entidad infrecuente, debemos de considerar el hemangioma intraóseo ante una tumoración de lento crecimiento. El tratamiento de elección es quirúrgico, resección con margen y reconstrucción inmediata.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los

pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Yu J, Li L, Duan X. Posttraumatic cavernous hemangioma of the skull. *J Craniofac Surg.* 2014;25:e48-51.
2. Roel H, Jim D, Robert GR. Posttraumatic skull hemangioma: Case report. *J Neurosurg.* 2012;117:1082-8.
3. Relf SJ, Bartley GB, Unni KK. Primary orbital intraosseous hemangioma. *Ophthalmology.* 1991;98:541-7.
4. Moore SL, Chun JK, Mitre SA, Som PM. Intraosseous hemangioma of the zygoma: CT and MR findings. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2001;22:1383-5.
5. Nasser K, Hayashi N, Kurosaki K. Intraosseous hemangioma of the frontal bone. *Neurol Med Chir.* 2007;47:506-8.
6. Kim JH, Park HS, Kang JW. Intraosseous hemangioma as a rare differential diagnosis of intranasal bony tumor. *J Craniofac Surg.* 2013;24:e325-7.
7. Torres-Carranza E, García-Perla A, Infante-Cossio P, Acosta-Feria M, Belmonte-Caro R, Gutiérrez-Pérez JL. Hemangioma intraóseo primario de la órbita: a propósito de dos casos. *Neurocirugía.* 2007;18:320-5.
8. Valentini V, Nicolai G, Lore B. Intraosseous hemangiomas. *J Craniofac Surg.* 2008;19:1459-64.
9. Savastano G, Russo A, Dell'Aquila A. Osseous hemangioma of the zygoma: A case report. *J Oral Maxillofac Surg.* 1997;55:1352-6.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2015.03.001>

# Disostosis cleidocraneal

## Cleidocranial dysostosis

**José Francisco Montes Carmona\***, **Beatriz Albarracín Arjona**,  
**Pablo Manuel Rodríguez Jara**, **Ricardo López Martos**, **Nabil Fakih Gómez**  
**y José María Hernández Guisado**

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España



Este trastorno se caracteriza por tratarse de una rara alteración congénita del esqueleto, asociado a hipoplasia o aplasia clavicular, retardo en el cierre de las fontanelas craneales, con morfología braquiocefálica, retraso de la exfoliación de la dentición temporal, erupción retardada de dientes permanentes, presencia de varios supernumerarios y alteraciones morfológicas del maxilar y mandíbula (figs. 1 y 2)<sup>1</sup>.

La disostosis cleidocraneal (CCD) es un síndrome de muy baja frecuencia, que sigue un patrón de herencia autosómica dominante con expresividad variable y en la que es común la afectación de varios miembros de una misma familia<sup>1,2</sup>.

Martin, Marie y Sainton son los pioneros del diagnóstico de este síndrome, tanto en la descripción como en la exposición de criterios diagnósticos<sup>2,3</sup>.

Véase contenido relacionado en DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2015.03.003>.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [daronmalakian@live.com](mailto:daronmalakian@live.com) (J.F. Montes Carmona).



**Figura 1 – Fotografía intraoral del paciente.**

Múltiples estudios han tratado de esclarecer la causa; para Khalaf et al. sugieren que la etiología es multifactorial, donde se combinan factores genéticos y ambientales<sup>4</sup>.

Diagnóstico diferencial con otras craneosinostosis (escafocefalia, trigonocefalia, etc.) y otros síndromes poliformativos que cursan con dientes supernumerarios y alteraciones óseas maxilares como el síndrome de Gorlin o síndrome de Gardner (se puede realizar análisis genético para decantarnos por uno u otro junto con el cuadro clínico global).

El abordaje terapéutico más efectivo es el tratamiento ortopédico y ortodóncico lo más temprano posible. Cuando el paciente completa el desarrollo puede ser necesaria la

cirugía de piezas dentales incluidas seguido de tratamiento ortodóncico. Si al final del mismo, hay ausencias de piezas dentales puede estar indicado el tratamiento prostodóncico e implantológico<sup>5</sup>.

### Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

### Financiación

Artículo sin financiación.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Toro B, Pérez A, Fierro C. Disostosis cleidocraneal: revisión bibliográfica a propósito de un caso clínico. *J Oral Res.* 2012;1:22-6.
2. Yamamoto H, Sakae T, Davies JE. Cleidocranial displasia: A light microscope, electron microscope, and crystallographic study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1989;68: 195-200.
3. Mustelier Fernández C, Chang Lago M, Almunia Leyva A, Molero Segrera M. Disostosis cleidocraneal. Estudio clínico, radiográfico y genético de una familia. *Rev Cubana Med.* 1999;38:117-22.
4. Khalaf K, Robinson DL, Elcock C, Smith RN, Brook AH. Tooth size in patients with supernumerary teeth and a control group measured by image analysis system. *Arch Oral Biol.* 2005;50:243-8.
5. D'Alessandro G, Tagariello T, Piana G. Craniofacial changes and treatment of the stomatognathic system in subjects with Cleidocranial dysplasia. *Eur J Paediatr Dent.* 2010;11: 39-43.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2015.03.004>



**Figura 2 – Fotografía facial del paciente.**