

Osteoma gigante biparietal: reporte de caso de localización inusual

Giant Biparietal Osteoma: A Case Report of an Unusual Location

GUSTAVO RÍOS DE LOS SANTOS¹, HAZIEL LAMADRID BEJARANO¹, FÁTIMA DE LA CRUZ PÉREZ¹, CRISTHIAN ROMERO VÁSQUEZ¹, ENRIQUE MOISUPE AGAPITO¹, JAQUELINE VALLEJOS SÁNCHEZ²

RESUMEN

Introducción: Los osteomas craneales son tumores óseos benignos de crecimiento lento, generalmente asintomáticos y diagnosticados de forma incidental. La localización en los huesos parietales es poco frecuente y puede representar un desafío diagnóstico, especialmente cuando las características radiológicas sugieren un comportamiento agresivo. **Métodos:** Se presenta el caso de una paciente de 46 años, sin antecedentes patológicos relevantes, con cefalea holocraneana progresiva de dos años de evolución. La evaluación incluyó examen físico neurológico completo y estudios de imagen mediante tomografía computarizada de cráneo con y sin contraste. **Resultados:** Al examen físico se identificó una tumoración pétreo, fija y no dolorosa en la región biparietal. La tomografía computarizada evidenció una extensa lesión expansiva ósea biparietal que comprometía la tabla interna, diploe y tabla externa, con dimensiones aproximadas de 38 × 84 × 83 mm y reacción periosteal tipo "sol naciente". Debido a sus características imagenológicas, se consideró como diagnóstico presuntivo un tumor óseo benigno, planteándose como principales diagnósticos diferenciales el osteoma gigante y el osteosarcoma. La paciente fue programada para evaluación prequirúrgica y confirmación histopatológica. **Conclusión:** Los osteomas biparietales gigantes constituyen una entidad infrecuente que puede presentar hallazgos radiológicos atípicos capaces de simular lesiones malignas. La correlación clínico-radiológica y la confirmación histopatológica son fundamentales para establecer el diagnóstico definitivo y orientar adecuadamente la conducta terapéutica.

Palabras clave: osteoma, hueso parietal, tumores óseos benignos, cefalea.

ABSTRACT

Introduction: Cranial osteomas are benign, slow-growing bone tumors that are usually asymptomatic and incidentally detected. Parietal bone involvement is uncommon and may represent a diagnostic challenge, particularly when imaging findings suggest aggressive behavior. **Methods:** We report the case of a 46-year-old woman with no significant medical history who presented with a two-year history of progressive holocranial headache. Clinical assessment included a complete neurological examination and cranial computed tomography with and without contrast enhancement. **Results:** Physical examination revealed a hard, fixed, non-tender mass located in the biparietal region. Computed tomography demonstrated a large expansile biparietal bone lesion involving the inner table, diploë, and outer table, measuring approximately 38 × 84 × 83 mm, associated with a sunburst-type periosteal reaction. Based on the imaging findings, a benign bone tumor was suspected, with giant osteoma and osteosarcoma considered the main differential diagnoses. The patient was referred for preoperative evaluation and histopathological confirmation. **Conclusion:** Giant biparietal osteomas are rare lesions that may exhibit atypical radiological features mimicking malignant bone tumors. Careful clinicoradiological correlation and histopathological confirmation are essential to establish the definitive diagnosis and guide appropriate management.

Keywords: osteoma, parietal bone, benign bone tumors, headache.

Gustavo Ríos de los Santos, Haziél Lamadrí Bejarano, Fátima De la Cruz Pérez, Cristhian Romero Vásquez y Enrique Moisupe Agapito: Internos de Medicina, Servicio de Cirugía y Especialidades, Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo; **Dra. Jaqueline Vallejos Sánchez:** Médica Residente Asesora, Servicio de Cirugía y Especialidades, Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo.
Correspondencia: Gustavo Ríos de los Santos. Chiclayo (Perú).
Recibido: 26/III/2026.

INTRODUCCIÓN

Los osteomas son neoplasias óseas benignas caracterizadas por la proliferación de hueso maduro compacto o esponjoso, de crecimiento lento y evolución generalmente asintomática. Se localizan con mayor frecuencia en el complejo craneofacial, particularmente en los senos paranasales y los huesos frontales, mientras que su aparición en la bóveda craneal es considerablemente menos común. Aunque su etiología no ha sido completamente esclarecida, se han propuesto diversos factores implicados en su desarrollo, entre ellos alteraciones genéticas —como las observadas en el síndrome de Gardner—, traumatismos previos y procesos inflamatorios crónicos.

La mayoría de los osteomas son identificados de manera incidental durante estudios de imagen realizados por motivos no relacionados con la lesión. Sin embargo, cuando alcanzan grandes dimensiones o se desarrollan en localizaciones anatómicas críticas, pueden manifestarse clínicamente mediante cefalea, deformidad estética, proptosis, infecciones sinusales recurrentes o síntomas derivados de la compresión de estructuras vecinas. La tomografía computarizada (TC) constituye el método diagnóstico de elección, ya que permite evaluar con precisión la densidad, extensión y relación de la lesión con las estructuras óseas e intracraneales adyacentes. No obstante, algunos osteomas pueden presentar características radiológicas atípicas que

dificultan su diferenciación de otras neoplasias óseas, incluidas lesiones malignas como el osteosarcoma, lo que representa un desafío diagnóstico significativo.

El manejo terapéutico depende de la localización, tamaño y repercusión clínica de la lesión. En pacientes asintomáticos suele recomendarse seguimiento periódico mediante estudios de imagen, mientras que la resección quirúrgica está indicada en casos sintomáticos, de crecimiento progresivo, gran tamaño o repercusión funcional y estética.

Se presenta el caso de una paciente con un osteoma gigante de localización biparietal, una presentación excepcional tanto por su ubicación anatómica como por sus características imagenológicas sugestivas de agresividad. Este caso resalta la importancia de una adecuada correlación clínico-radiológica y de la confirmación histopatológica para establecer el diagnóstico definitivo y orientar el tratamiento más apropiado.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una paciente femenina de 46 años, natural de Cajamarca y residente en la ciudad de Chiclayo, Perú, de ocupación comerciante y con grado de instrucción primaria completa. No refirió

antecedentes patológicos ni quirúrgicos de relevancia, alergias medicamentosas, consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias. Como antecedente familiar de importancia, reportó el fallecimiento de su padre por una neoplasia no especificada.

La paciente acudió al servicio de emergencia por un cuadro clínico de aproximadamente dos años de evolución caracterizado por cefalea holocraneana de inicio insidioso y progresión gradual. Inicialmente los episodios eran intermitentes; sin embargo, en los últimos meses el dolor se volvió continuo, alcanzando una intensidad de 8/10 según la Escala Visual Análoga (EVA). Negó síntomas neurológicos asociados, tales como náuseas, vómitos, alteraciones visuales, convulsiones, déficit motor o trastornos sensitivos. Durante la evaluación inicial se identificó de manera incidental una tumoración en la región biparietal, hallazgo que motivó el inicio del estudio diagnóstico especializado.

Al ingreso presentó signos vitales dentro de parámetros normales: presión arterial de 100/60 mmHg, frecuencia cardíaca de 60 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 17 respiraciones por minuto y temperatura corporal de 36,4 °C. El examen físico evidenció una tumoración de aproximadamente 8 a 9 cm de diámetro localizada en la región biparietal central, de consistencia pétrea, fija a planos profundos, no dolorosa a la palpación y sin signos inflamatorios asociados. La evaluación neurológica fue normal, encontrándose la paciente consciente y orientada en tiempo, espacio y persona, con funciones nerviosas superiores conservadas, pares craneales íntegros

y sin alteraciones motoras, sensitivas o de la coordinación. Asimismo, no se evidenciaron signos meníngeos ni trastornos de la marcha.

Como parte del estudio diagnóstico se realizó una tomografía computarizada de cráneo con contraste, la cual mostró una extensa lesión expansiva localizada en la región biparietal central, comprometiendo la tabla interna, el diploe y la tabla externa. La lesión presentaba crecimiento predominantemente extracraneal, con dimensiones aproximadas de 34 × 80 × 76 mm y patrón fasciculado. Además, producía colapso del espacio aracnoideo e impresión sobre el seno longitudinal superior, sin identificarse otras alteraciones intracraneales relevantes. Debido a estos hallazgos, se recomendó la realización de una biopsia para establecer el diagnóstico definitivo.

Posteriormente, una tomografía computarizada de cráneo sin contraste evidenció una lesión expansiva ósea biparietal hiperdensa de aproximadamente 38 × 84 × 83 mm, asociada a una reacción perióstica en patrón de "sol naciente" (*sunburst*), hallazgo radiológico que puede observarse tanto en lesiones benignas de crecimiento prolongado como en neoplasias óseas malignas. Adicionalmente, se observó ensanchamiento de la silla turca con contenido hipodenso compatible con silla turca vacía y discreto engrosamiento mucoso de los senos maxilares y del seno esfenoidal izquierdo. La impresión diagnóstica fue la de una lesión expansiva ósea biparietal que requería correlación clínica e histopatológica (Ver figura 1A-B-C-D).

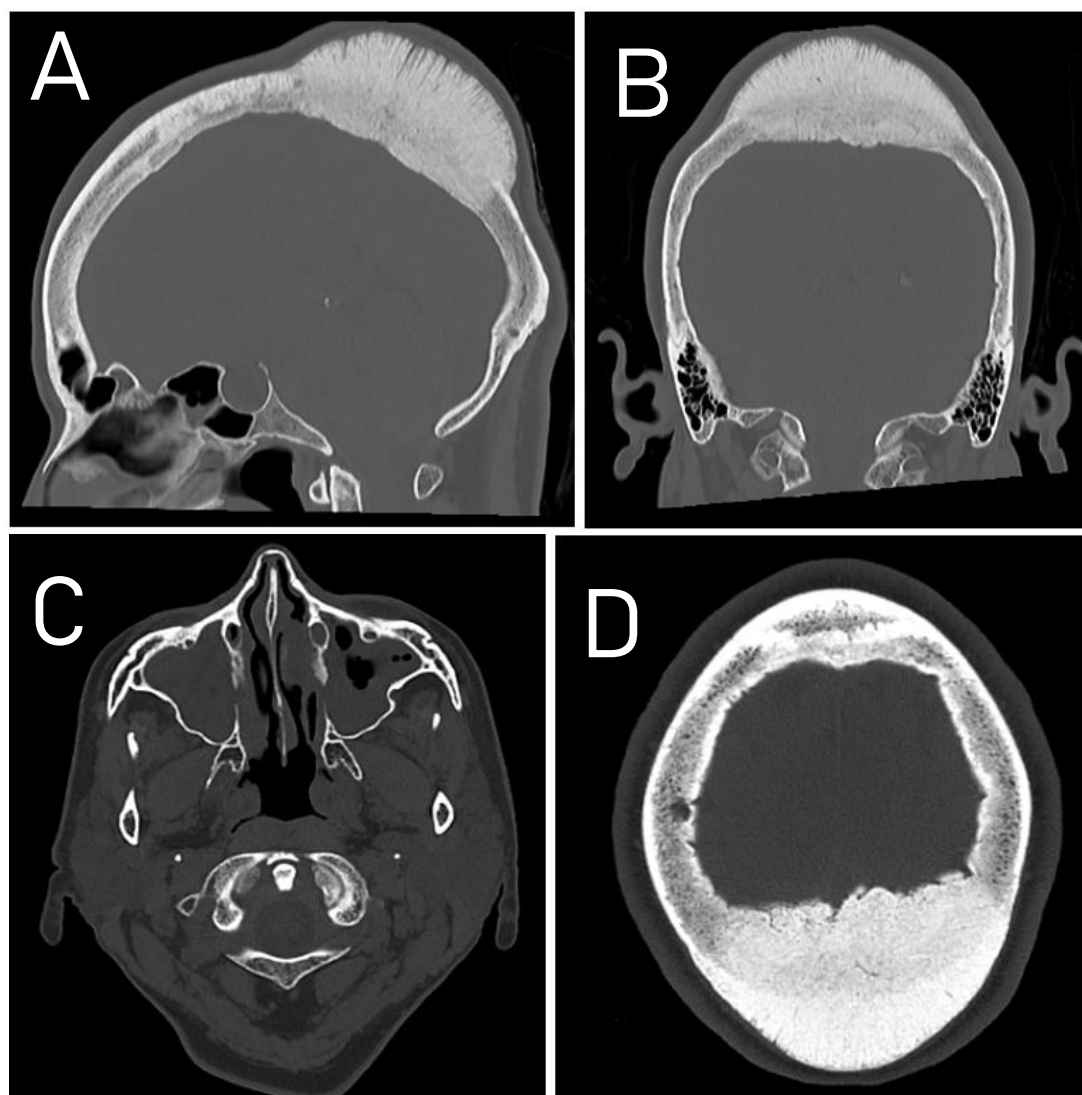


Figura 1. Tomografía computarizada de cráneo sin contraste en ventana ósea. **1-A)** Reconstrucción sagital que muestra una lesión ósea expansiva de alta densidad localizada en la región biparietal, con compromiso de la tabla externa, diploe y tabla interna, predominio de crecimiento extracraneal y patrón trabecular radiado compatible con reacción perióstica en "sol naciente" (*sunburst*). **1-B)** Reconstrucción coronal que evidencia expansión ósea bilateral simétrica de los huesos parietales, con márgenes relativamente bien definidos y preservación parcial de la cortical interna. **1-C)** Corte axial a nivel de la base del cráneo que permite valorar la ausencia de extensión hacia los senos paranasales o estructuras de la base craneal. **1-D)** Corte axial a nivel del vértex que demuestra una lesión hiperdensa de gran tamaño, de contornos lobulados y arquitectura ósea compacta, con disposición trabecular perpendicular a la superficie cortical, hallazgos compatibles con un **osteoma gigante biparietal**. La lesión genera efecto de masa local sobre las estructuras intracraneales adyacentes sin evidencia de invasión parenquimatosa, destacando la discordancia entre su comportamiento clínico benigno y sus características radiológicas sugestivas de agresividad.

La reconstrucción tridimensional (3D) aportó información anatómica complementaria de gran relevancia para la valoración de la lesión. A diferencia de los cortes tomográficos convencionales, esta modalidad permitió apreciar con mayor precisión el volumen tumoral, su extensión biparietal y el marcado crecimiento extracraneal de la masa ósea (Ver figura 2-A, B).

Asimismo, evidenció una exostosis de base amplia, contornos lobulados y superficie irregular, sin signos evidentes de destrucción cortical agresiva ni infiltración de estructuras óseas adyacentes. Estos hallazgos favorecen el diagnóstico de una lesión de comportamiento biológico benigno, compatible con osteoma gigante, y contrastan con la apariencia potencialmente agresiva sugerida por la reacción perióstica tipo *sunburst* observada en la tomografía convencional.

Diversos autores han destacado el valor de las reconstrucciones tridimensionales en la evaluación preoperatoria de tumores craneales, ya que permiten una mejor caracterización morfológica de la lesión, facilitan la planificación quirúrgica y contribuyen a diferenciar procesos

expansivos benignos de lesiones malignas con comportamiento infiltrativo^{6,8}. En el presente caso, la reconstrucción 3D fue particularmente útil para demostrar la naturaleza expansiva y predominantemente exofítica de la lesión, reforzando la correlación clínico-radiológica que orientó inicialmente hacia un osteoma gigante de localización inusual.

Considerando la evolución clínica lentamente progresiva, la ausencia de déficit neurológico y las características imagenológicas observadas, se planteó inicialmente el diagnóstico de un tumor óseo benigno, siendo el osteoma gigante la principal posibilidad diagnóstica. Sin embargo, debido al tamaño de la lesión y a la presencia de una reacción perióstica sugestiva de agresividad, no fue posible descartar completamente otras entidades como el osteosarcoma. Al momento de la elaboración del presente reporte, la paciente se encontraba en evaluación prequirúrgica para la resección de la lesión y la confirmación histopatológica definitiva.

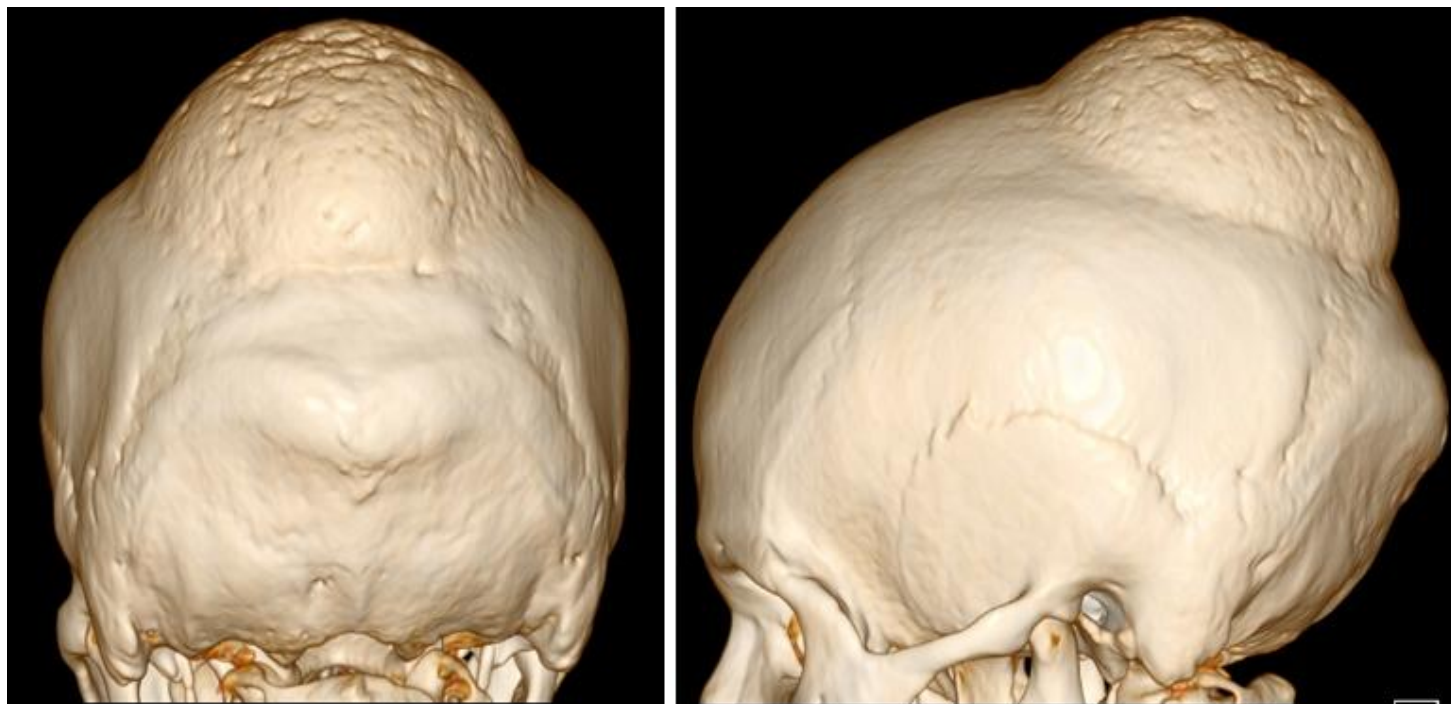


Figura 2. Reconstrucción tridimensional (3D) de tomografía computarizada de cráneo que muestra una voluminosa lesión ósea expansiva localizada en la región biparietal, con predominio sobre la línea media y extensión bilateral. **2-A)** Vista anterior: se observa una prominente exostosis craneal de contornos lobulados, superficie irregular y base amplia de implantación, que produce deformidad evidente de la bóveda craneana. **2-B)** Vista oblicua lateral: se aprecia el marcado crecimiento extracraneal de la lesión, con expansión progresiva de la tabla externa y conservación de una morfología globalmente bien delimitada. La reconstrucción tridimensional permite valorar con precisión la extensión anatómica, el volumen tumoral y su relación con las estructuras óseas adyacentes, hallazgos compatibles con un **osteoma gigante biparietal**, entidad excepcional por su tamaño y localización. La ausencia de destrucción ósea irregular o infiltración de estructuras vecinas favorece un comportamiento biológico benigno, pese a las características radiológicas sugestivas de agresividad observadas en los estudios tomográficos convencionales.

DISCUSIÓN

Los osteomas de la bóveda craneal son neoplasias óseas benignas poco frecuentes, caracterizadas por un crecimiento lento y una evolución generalmente asintomática. Su diagnóstico suele realizarse de forma incidental durante estudios de imagen efectuados por otros motivos, debido a que pueden permanecer clínicamente silentes durante largos periodos. Sin embargo, cuando alcanzan dimensiones considerables o se desarrollan en localizaciones anatómicas inusuales, adquieren relevancia clínica y plantean importantes desafíos diagnósticos y terapéuticos¹.

El presente caso resulta particularmente interesante por varias razones. En primer lugar, la localización biparietal con compromiso del seno longitudinal superior constituye una presentación poco habitual, ya que la mayoría de los osteomas craneales se originan en los huesos frontales o en los senos paranasales, especialmente en las regiones frontal y etmoidal^{1,3}. En segundo lugar, las dimensiones de la lesión, superiores a 8 cm en su eje mayor, permiten clasificarla como un **osteoma gigante**, una entidad excepcionalmente rara descrita en escasos reportes de la literatura⁶. Finalmente, sus características

radiológicas mostraron hallazgos sugestivos de agresividad, lo que amplió el espectro diagnóstico y obligó a considerar lesiones malignas dentro de las posibilidades etiológicas⁷.

Desde el punto de vista imagenológico, los osteomas suelen manifestarse como lesiones hiperdensas, homogéneas, bien delimitadas y de crecimiento expansivo lento. No obstante, en este caso se identificó una reacción perióstica tipo *sunburst* o "sol naciente", patrón radiológico clásicamente asociado a neoplasias malignas de origen óseo, particularmente al osteosarcoma^{7,8}. La presencia de este hallazgo representa un aspecto relevante, ya que puede inducir a interpretaciones erróneas y condicionar decisiones terapéuticas más agresivas de las necesarias. Por ello, resulta fundamental interpretar las imágenes dentro del contexto clínico global y evitar que un hallazgo aislado determine el diagnóstico definitivo.

El diagnóstico diferencial de una lesión ósea expansiva de la bóveda craneal incluye diversas entidades benignas y malignas. Entre las principales posibilidades deben considerarse el osteosarcoma, el osteoblastoma, la displasia fibrosa y las metástasis óseas craneales^{5,9}. La diferenciación entre estas patologías puede ser compleja cuando

existen características radiológicas atípicas, como ocurrió en el presente caso. En consecuencia, la confirmación histopatológica continúa siendo el estándar definitivo para establecer el diagnóstico y orientar adecuadamente el manejo terapéutico.

Un aspecto particularmente llamativo fue la discordancia entre la apariencia radiológica de la lesión y el comportamiento clínico de la paciente. A pesar del gran volumen tumoral y de la presencia de hallazgos sugestivos de agresividad, la paciente no presentó déficit neurológico, alteraciones visuales ni signos de hipertensión endocraneana. Esta evolución clínica favorable sugiere un comportamiento biológico benigno y coincide con lo descrito para los osteomas gigantes, cuyo crecimiento suele ser lento y progresivo, permitiendo la adaptación gradual de las estructuras vecinas^{1, 6}.

La reconstrucción tridimensional (3D) aportó información anatómica complementaria de gran utilidad para la valoración integral de la lesión. Esta modalidad permitió definir con mayor precisión el volumen tumoral, su extensión biparietal y el marcado crecimiento extracranial de la masa ósea. Asimismo, evidenció una exostosis de base amplia, contornos lobulados y superficie irregular, sin signos de destrucción ósea infiltrativa ni invasión de estructuras adyacentes. Estos hallazgos favorecen la interpretación de una lesión expansiva de comportamiento benigno y resaltan el valor de las reconstrucciones tridimensionales en la planificación quirúrgica y en la diferenciación entre procesos benignos y malignos^{6, 8}.

En relación con el tratamiento, las recomendaciones actuales sugieren vigilancia clínica e imagenológica en pacientes con osteomas pequeños

y asintomáticos. Sin embargo, cuando las lesiones son sintomáticas, presentan crecimiento progresivo, generan deformidad estética significativa o alcanzan grandes dimensiones, la resección quirúrgica constituye el tratamiento de elección^{1, 6}. Las opciones terapéuticas incluyen abordajes abiertos mediante craneotomía y, en casos seleccionados, técnicas mínimamente invasivas. La elección del procedimiento depende de la localización anatómica, el tamaño tumoral y la relación de la lesión con estructuras neurovasculares críticas.

En el presente caso se optó inicialmente por una conducta expectante mientras se completaba el estudio diagnóstico. Esta decisión se sustentó en la ausencia de síntomas neurológicos focales severos, en el elevado riesgo quirúrgico derivado de la proximidad de la lesión al seno longitudinal superior y en la necesidad de contar con una confirmación histopatológica antes de planificar una intervención definitiva. Tal enfoque concuerda con lo señalado en la literatura, que enfatiza la individualización del tratamiento y la cuidadosa valoración de los riesgos y beneficios en lesiones craneales complejas⁶.

En conclusión, este caso pone de manifiesto que los osteomas gigantes de localización biparietal pueden presentar características radiológicas inusuales capaces de simular neoplasias malignas. La adecuada correlación entre los hallazgos clínicos e imagenológicos, complementada con la confirmación histopatológica, resulta esencial para evitar errores diagnósticos y establecer la estrategia terapéutica más apropiada para cada paciente^{1, 7, 8}.

Localización	Frecuencia relativa	Manifestaciones clínicas más frecuentes	Hallazgos radiológicos característicos	Comentarios
Frontal	Muy frecuente (≈50–60%)	Asintomático, cefalea, deformidad estética	Lesión hiperdensa bien delimitada en hueso frontal	Localización más común de los osteomas craneales.
Etmoidal	Frecuente (≈20–30%)	Obstrucción nasal, sinusitis recurrente, cefalea	Lesión densa con compromiso de celdillas etmoidales	Puede extenderse hacia la órbita o cavidad nasal.
Maxilar	Poco frecuente	Dolor facial, deformidad facial	Masa hiperdensa expansiva localizada	Habitualmente hallazgo incidental.
Esfenoidal	Raro	Alteraciones visuales, cefalea, neuropatías craneales	Lesión densa próxima a estructuras neurovasculares	Mayor riesgo de complicaciones por compresión.
Occipital	Muy raro	Masa palpable, cefalea occipital	Lesión esclerótica localizada en hueso occipital	Escasos casos reportados.
Base de cráneo	Infrecuente	Déficits neurológicos, alteraciones visuales o auditivas	Lesión compleja con posible compromiso neurovascular	Puede requerir abordajes quirúrgicos especializados.
Parietal	Raro (<5% de los osteomas craneales)	Masa palpable, cefalea, deformidad craneal	Lesión expansiva hiperdensa; ocasionalmente puede simular agresividad radiológica	Localización observada en el presente caso.
Biparietal gigante	Excepcional	Cefalea crónica, masa craneal voluminosa, deformidad estética	Lesión expansiva de gran tamaño con compromiso de tabla interna, diploe y tabla externa; puede presentar reacción perióstica atípica tipo <i>sunburst</i>	Presentación extremadamente infrecuente, con pocos casos descritos en la literatura.

Tabla 1. Localización de los osteomas craneales y sus principales características clínicas.
Fuente: Adaptado de Tarsitano et al.¹, Papargyriou et al.³, Santos et al.², Yudoyono et al.⁶, Gökçe y Beyhan⁷ y Tawashi et al.⁸.

CONCLUSIONES

Los osteomas gigantes de localización biparietal constituyen una entidad clínica excepcional dentro de las neoplasias óseas benignas del cráneo. Su baja frecuencia y la posibilidad de presentar características radiológicas atípicas pueden dificultar el diagnóstico inicial y generar confusión con lesiones óseas de comportamiento maligno.

La presencia de una reacción perióstica tipo *sunburst*, tradicionalmente asociada a neoplasias agresivas como el osteosarcoma, no debe considerarse un hallazgo patognomónico de malignidad. Su interpretación requiere una valoración integral que incluya la evolución clínica, los hallazgos del examen físico y las características observadas en los estudios de imagen.

Este caso pone de manifiesto la importancia de una adecuada correlación clínico-radiológica en el abordaje de las lesiones expansivas de la bóveda craneal. La discordancia entre el comportamiento clínico benigno de la paciente y la aparente agresividad radiológica de la lesión resaltó la necesidad de un análisis diagnóstico cuidadoso para evitar errores de interpretación y conductas terapéuticas inapropiadas.

Asimismo, la confirmación histopatológica continúa siendo el estándar de referencia para establecer el diagnóstico definitivo en lesiones óseas con características atípicas o sospecha de agresividad. Su realización resulta indispensable para diferenciar con certeza los osteomas de otras entidades benignas y malignas incluidas en el diagnóstico diferencial.

Finalmente, el manejo de estos pacientes debe individualizarse considerando el tamaño tumoral, la sintomatología, la localización anatómica, la relación con estructuras neurovasculares críticas y el riesgo quirúrgico asociado. Una evaluación multidisciplinaria permite optimizar la toma de decisiones y seleccionar la estrategia terapéutica más adecuada para cada caso.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan su sincero agradecimiento al personal médico, de enfermería y técnico del Servicio de Cirugía y Especialidades del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo por su compromiso permanente con la atención integral de los pacientes y por las facilidades brindadas para la recopilación de la información clínica utilizada en la elaboración del presente reporte de caso.

Asimismo, agradecen al Servicio de Diagnóstico por Imágenes por su valiosa colaboración en la realización e interpretación de los estudios tomográficos, los cuales fueron fundamentales para la caracterización de la lesión y el planteamiento de los diagnósticos diferenciales.

De igual manera, reconocen el apoyo del personal asistencial y administrativo involucrado en el seguimiento clínico de la paciente y en la coordinación de las evaluaciones especializadas necesarias para su manejo integral.

Finalmente, los autores agradecen al Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo por promover las actividades de docencia e investigación clínica, contribuyendo al fortalecimiento de la formación académica y a la generación de evidencia científica orientada a mejorar la atención de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tarsitano A, Ricotta F, Spinnato P, Chiesa AM, Di Carlo M, Parmeggiani A, et al. Craniofacial osteomas: from diagnosis to therapy. *J Clin Med*. 2021;10(23):5584. doi:10.3390/jcm10235584.
2. Santos MS, Almeida S, Neves JF, Faro A. Benign but inconveniently located. *Clin Case Rep*. 2025;13(4). doi:10.1002/ccr3.70382.
3. Papargyriou GE, Oostra A, Georgalas C. Benign bony lesions of paranasal sinuses and skull base: from osteoma to fibrous dysplasia. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2024;32(2):81-88. doi:10.1097/MOO.0000000000000955.
4. Mehri A, Seilanian-Toosi F, Samini F, Akhondian J, Khooei AR, Hashemi N. Parietal bone osteoid osteoma: a rare cause of button sequestrum sign in pediatrics. *Clin Case Rep*. 2022;10(10). doi:10.1002/ccr3.6416.
5. Peña González I, Llorente Pendás S, Rodríguez Recio C, Junquera Gutiérrez LM, Vicente Rodríguez JC. Craniofacial osteomas: report of 3 cases and literature review. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac*. 2006;28(5):301-306.
6. Yudoyono F, Sidabutar R, Dahlan RH, Gill AS, Ompusunggu SE, Arifin MZ. Surgical management of giant cranial osteomas. *Asian J Neurosurg*. 2017;12(3):408-411. doi:10.4103/1793-5482.154873.
7. Gökçe E, Beyhan M. Review of imaging modalities and radiological findings of calvarial lesions. *World J Radiol*. 2025;17(6):107776. doi:10.4329/wjrv.17.i6.107776.
8. Tawashi Y, Tawashi K, Ahmad O, et al. Giant osteoma of the frontoparietal bone caused by trauma 18 years earlier: a case report. *J Med Case Rep*. 2024;18:48. doi:10.1186/s13256-024-04373-x.
9. Li Y, Wang B, Feng C, Cheng G, Luo Z. The CT and MRI features of benign calvarium and skull base osteoblastoma. *Br J Radiol*. 2024;97(1156):779-786. doi:10.1093/bjr/tqae027.
10. Mendes GA, de Souza JM, Farias TP, Silva LF, Oliveira RS. Giant cranial osteomas: clinical presentation, imaging findings and surgical outcomes. *World Neurosurg*. 2023;176. doi:10.1016/j.wneu.2023.04.032.
11. Liu JK, Patel J, Eloy JA. Contemporary management of craniofacial osteomas. *Neurosurg Clin N Am*. 2022;33(3):327-338. doi:10.1016/j.nec.2022.02.004.
12. Alvi MA, Kerezoudis P, Wahood W, et al. Surgical outcomes and complications of calvarial benign bone tumors: a systematic review. *World Neurosurg*. 2021;149:325-334. doi:10.1016/j.wneu.2021.01.094.
13. Nourbakhsh A, Rahmiani A, Ghodsi SM. Calvarial osteomas: radiological features and surgical indications. *Acta Neurochir (Wien)*. 2021;163(9):2489-2497. doi:10.1007/s00701-021-04875-3.
14. Ginat DT, Meyers SP. Imaging features of skull vault lesions: diagnostic approach and differential diagnosis. *Radiographics*. 2022;42(5):1385-1404. doi:10.1148/rg.220022.
15. Chauhan NS, Gupta AK, Kumar R. Benign osseous lesions of the skull: imaging spectrum and clinical relevance. *Insights Imaging*. 2023;14(1):91. doi:10.1186/s13244-023-01422-7.

Documento elaborado con fines académicos y de actualización científica para el personal de salud del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo. Su contenido no sustituye el juicio clínico ni las guías institucionales vigentes para la toma de decisiones médicas.

La información contenida en el presente reporte ha sido anonimizada para preservar la confidencialidad del paciente, conforme a los principios éticos y normativas institucionales vigentes. Este material está destinado exclusivamente a actividades académicas, docentes y de capacitación del personal del Hospital Regional Docente Las Mercedes.

Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo, Perú
Repositorio Institucional CASUS Mercedes
Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación (UADI)
Uso exclusivo para actividades académicas y educativas del personal de salud.

