

sCasos Clínicos:

FIBROMA OSIFICANTE DE MANDÍBULA - REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Recibido para arbitraje: 11/06/2007

Aceptado para publicación: 22/02/2008

- **Miguel Jaimes** Alumno de Doctorado en Cirugía y Traumatología Buco-Maxilofacial de la Facultad de Odontología de Piracicaba, Universidad Estadual de Campinas - FOP/UNICAMP. Brasil.
- **Anibal Henrique Barbosa Luna** Msc, PhD, en Cirugía y Traumatología Buco-Maxilofacial de la Facultad de Odontología de Piracicaba, Universidad Estadual de Campinas - FOP/UNICAMP. Brasil.
- **Luciana Asprino** Msc, PhD en Cirugía y Traumatología Buco-Maxilofacial de la Facultad de Odontología de Piracicaba, Universidad Estadual de Campinas - FOP/UNICAMP. Brasil.
- **Márcio de Moraes** Msc, PhD, Profesor titular del Área de Cirugía y Traumatología Buco-Maxilofacial de la Facultad de Odontología de Piracicaba, Universidad Estatal de Campinas - FOP/UNICAMP. Brasil.

Dirección de contacto

Miguel Angel Jaimes Pérez

Departamento de Diagnóstico Oral Área de Cirugía Buco-maxilo-facial Av. Limeira, 901, Bairro: Areião CEP: 13414-903. Piracicaba -SP Fone: (19) 92258022 e-mail: miajape@fop.unicamp.br

Resumen

El fibroma osificante es una lesión benigna de crecimiento y tumefacción deformante de evolución lenta que afecta los maxilares, principalmente en la región posterior de la mandíbula. Se manifiesta con mayor predilección en el género femenino, entre la tercera y cuarta décadas de vida. Radiográficamente, la imagen frecuentemente observada, aparece como un área radiolúcida, unilocular, bien definida y delimitada por un halo radiopaco (esclerótico); ocasionalmente puede presentarse como una imagen radiopaca. El tratamiento es quirúrgico y consiste en la enucleación total de la lesión. Este artículo relata un caso de fibroma osificante, discutiendo sus aspectos clínicos a través de la revisión de la literatura.

Palabras clave: Fibroma osificante. Etiología. Diagnóstico. Cirugía

Abstract

Ossifying fibroma is a benign lesion, with slow growth but deforming tumefaction involving the jaws, mainly the posterior region of the mandible. It is more frequent in females among the third and fourth decades of life. Radiologically, it usually appears like a radiolucent unilocular well defined area, limited by a radiopaque (sclerotic) edge; occasionally it appears as a radiopaque image. Its treatment is surgical and consists of the total resection of the lesion. This article reports a case of ossifying fibroma, with discussion of its clinical features through a literature review.

Key Words: Ossifying fibroma. Etiology. Diagnosis. Surgery.

Introducción

El fibroma osificante (FO) fue descrito por Menzel en 1872. Ya en 1927 el término fibroma osificante fue utilizado por primera vez por Montgomery, nomenclatura que fue modificada posteriormene con la clasificación de las lesiones cementiformes una vez que hasta 1948 se pensaba que la displasia fibrosa y

el fibroma osificante eran la misma entidad ó que una era la variante de la otra. (1,2,3,4,5).

En 1971 la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasificó las lesiones cementiformes en las siguientes categorías: Cementoma Benigno, Fibroma Cementificante, Displasia Cementaria Fibrosa Periapical y Cementoma Gigantiforme (6). En 1992 la OMS catalogó los Fibromas Osificantes y Cementificantes sobre una única denominación: Fibroma Cemento-Osificante (7,8). Ya en el año 2005 esta entidad fue nuevamente clasificada por la OMS como Fibroma Osificante (9). El FO es definido como una neoplasia bien delimitada y ocasionalmente encapsulado, compuesto de tejido fibroso que contiene cantidades variables de tejido calcificado, semejante a hueso, cemento o ambos (10).

El FO es un tumor que se presenta predominantemente en el género femenino, en la tercera y cuarta décadas de vida. El sitio de preferencia es la mandíbula con un 70% de los casos, siendo que un 24% de las lesiones ocurren en la maxila. Esta tiene afinidad por la región de terceros molares (11,12). Además de su localización en los maxilares, donde es comúnmente encontrado, hay relatos de su localización en los huesos frontal, etmoides, esfenóide, temporal y cavidad orbitaria (7,8,13). En aquellas localizaciones que no se encuentran asociadas a dientes y/o ligamento periodontal, la histogénesis de esta lesión es desconocida. Es posible que células mesenquimales pluripotenciales se puedan diferenciar y producir un material calcificado semejante a hueso o cemento, ó la presencia de células del ligamento periodontal en posición ectópica, puedan determinar la localización poco frecuente de la lesión (8).

Esta lesión presenta crecimiento lento y progresivo, con características clínicas y radiográficas semejantes con otras lesiones que acometen a los maxilares. De esta forma, el diagnostico diferencial puede variar entre lesiones como cementoblastoma, odontoma, osteomielitis crónica esclerosante y ameloblastoma (16).

En el presente trabajo reportamos un caso clínico de una paciente que fue tratada de FO después de 4 años de diagnosticada la lesión, observándose un crecimiento significativo durante ese periodo.

Relato de Caso

Paciente de 30 años de edad, género femenino, fue remitida al Área de Cirugía Buco-Máxilo-Facial de la Facultad de Odontología de Piracicaba (Unicamp), por presentar al examen radiográfico de rutina una imagen radiolúcida compatible con una lesión ósea. La paciente se presentó asintomática y sin quejas específicas, negando antecedentes médicos personales y familiares relevantes.

Al examen clínico se observó aumento de volumen en el fondo vestibular de la región molar inferior derecha, de consistencia dura a la palpación, con ausencia de sintomatología. Los elementos dentarios adyacentes a la lesión se presentaban íntegros y vitales.

Al examen radiográfico, se observó una imagen radiolúcida, redondeada, de aproximadamente 1.5 centímetros de diámetro, bien definida, unilocular, localizada en la región periapical del elemento dental 4.7 con extensión próxima a la porción radicular del elemento dental 4.8 y borde inferior de la mandíbula (figura 1). Sobre anestesia local se realizó la exodoncia del elemento dental 4.8, se recolectó una muestra de tejido representativo que fue remitida al Departamento de Patología Oral de la Facultad de Odontología de Piracicaba para su análisis histopatológico.



Figura 1

Examen radiográfico inicial. Observar la dimensión de la lesión, en la región posterior de la mandíbula del lado derecho.

Al análisis histopatológico, la lesión estaba constituida por abundante tejido fibroso hipercelular, infiltrado focalmente por algunas células inflamatorias, con presencia de múltiples estructuras calcificadas de tipo osteoide con diferentes grados de maduración y otras de aspecto cementoide, ambas de distribución irregular y con diferentes formas y tamaños, con presencia de marcadas líneas reversas de incremento, estableciéndose así el diagnóstico de fibroma cemento-osificante (Figura 2).

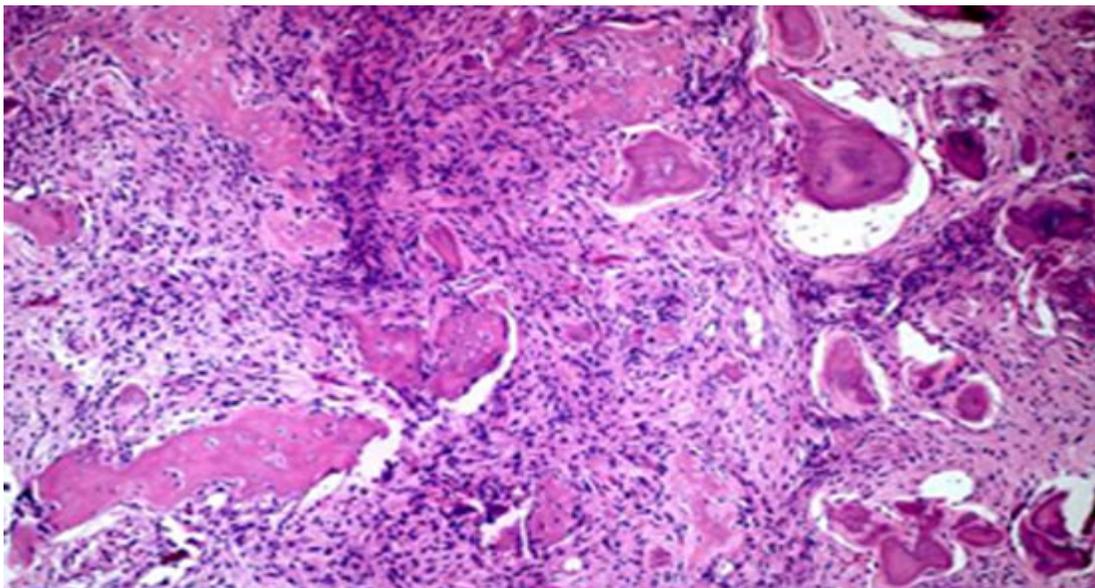


Figura 2

Aspectos histológico del espécimen. Verificar las gotas de cemento dispersas en un estroma de tejido celular fibroso (50x, H-E)

La paciente fue informada sobre la existencia del FO y la necesidad de realizar la exéresis quirúrgica que consistía en la enucleación y el curetaje sobre anestesia local, mostrándose ansiosa y poco colaboradora, negándose rotundamente al tratamiento propuesto. Después de 48 meses la paciente retornó con aumento significativo de la lesión procurando continuidad al tratamiento inicialmente planteado (Figura 3). Debido al crecimiento progresivo de la lesión que duplicó de tamaño en este período, el tratamiento inicial fue modificado sugiriéndole a la paciente la necesidad de la exéresis quirúrgica complementada por una reconstrucción del defecto resultante, confiriendo un refuerzo adicional a la mandíbula.



Figura 3

Examen radiográfico 48 meses después del diagnóstico inicial. Observar dimensión de la lesión aumentada el doble, en la región posterior de la mandíbula.

La paciente fue sometida a la remoción de la lesión sobre anestesia general. Fue empleado injerto óseo autógeno de cresta ilíaca que fue fijado con tornillos a través de la vía transcutánea con una placa de reconstrucción de titanio del sistema 2.4 mm respetando el contorno óseo mandibular, (figura 4) instalada por vía intrabucal, finalizando con la sutura de la mucosa, con hilos reabsorbibles.

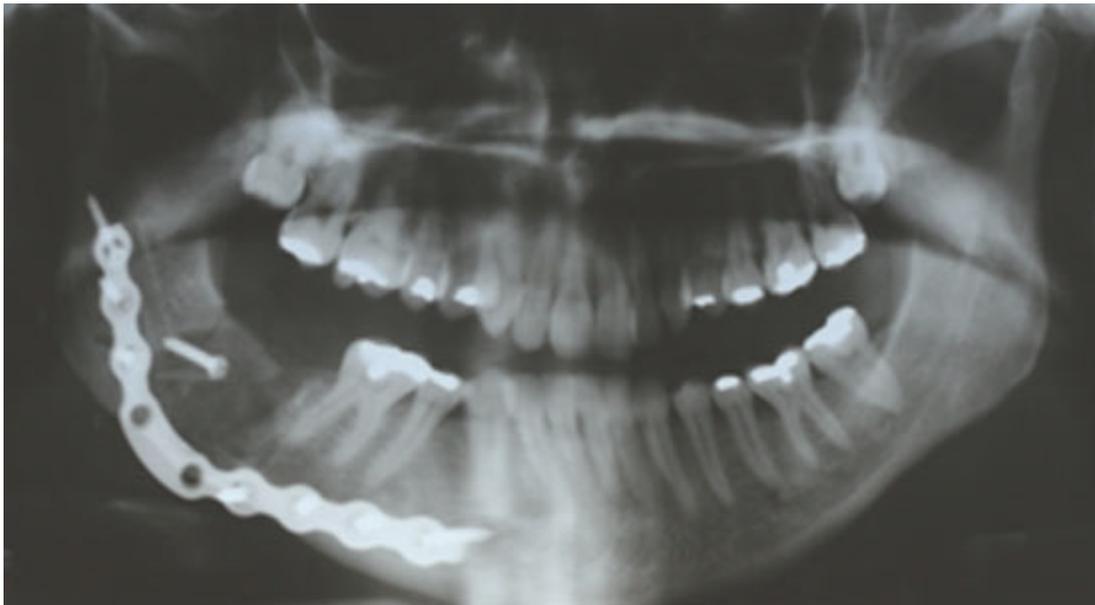


Figura 4

Examen radiográfico con 15 días de post-operatoto, muestra la placa de reconstrucción respetando el contorno óseo mandibular.

En el control clínico y radiográfico pos-operatorio fue observada reparación normal de los tejidos, sin evidencia de recidiva al cabo de 18 meses de ser realizada la cirugía (figura 5)



Figura 5

Examen radiográfico con 18 meses de post-operatorio. Sin evidencia de recidiva.

Discusión

El FO es una lesión benigna, bien delimitada y encapsulada compuesta de tejido fibroso que contiene cantidades variables de material mineralizado, hueso cemento o ambos, presentando una mayor incidencia entre la tercera y cuarta décadas de la vida, pudiendo aparecer en edades tempranas.

En una revisión de 30 casos publicados de FO, relataron una media de edad entre los pacientes de 25 años de edad (15). Por su parte (Eversole, 1985 & Sciubba, 1989) establecieron que el FO tiene una predilección por el género femenino, en discordancia con estos autores otros estudios relatan no existir una predilección por ningún género (11). En relación al lugar de preferencia encontramos que en la mandíbula se presenta en un 75% de los casos entre la tercera y cuarta décadas de la vida, siendo que un 24% de las lesiones ocurren en la maxila (15). Estos datos coinciden con el caso clínico reportado, ya que se trató de un paciente de género femenino, de 30 años de edad y la lesión se encontraba en la región posterior de la mandíbula.

Realizar un análisis minucioso de los exámenes radiográficos nos puede ayudar a obtener más información acerca de la lesión, ya que el FO se puede presentar radiográficamente de tres maneras distintas de acuerdo con su grado de maduración. Inicialmente la lesión aparece como una imagen radiolúcida, que se torna progresivamente radiopaca con la mineralización del estroma, eventualmente las áreas radiopacas pueden unirse, cuando la lesión es bastante madura.

Es importante resaltar que, a pesar del acompañamiento radiográfico de la progresión de la lesión por 4.8 meses la imagen permaneció radiolúcida sin evidencia de radiopacidad que pudiera sugerir la mineralización del estroma y por ende la total madurez de la lesión. Entre tanto, presentó un crecimiento de 1.5 centímetros de diámetro, duplicando su tamaño inicial observado, representando un aumento significativo.

En relación al tratamiento del FO, las resecciones parciales y marginales no son indicadas en la literatura como vía de tratamiento inicial. Han relatado que con la enucleación o el curetaje como primera elección de tratamiento, los rangos de recurrencia varían entre el 0% y el 28% (4). Si tras el seguimiento se observa la recurrencia de la lesión es obligatorio efectuar la excisión conservadora pues estos autores no son partidarios de hacer la excisión quirúrgica radical, ya que las recurrencias son raras, debe realizarse posteriormente un seguimiento radiográfico y clínico a largo plazo (7,18). Por su parte Montgomery (1927) relata que la resección en bloque estará indicada para los casos en los que se presente recurrencia.

Al momento del diagnóstico, el tratamiento de primera elección consistiría en la enucleación y el curetaje sobre anestesia local. Sin embargo la remoción del FO posterior a su crecimiento lento y progresivo resultó en un procedimiento más extenso, requiriendo de maniobras que reforzarían la estructura mandibular, como el injerto autógeno y la instalación de una placa de reconstrucción de titanio (19).

El pronóstico de los pacientes que presentan FO es favorable, siendo la recidiva de esta lesión posterior a la exéresis quirúrgica infrecuente. A pesar de esta lesión presentar bajo índice de recidiva se sugiere realizar un seguimiento clínico radiográfico a largo plazo evitándose pasar por desapercibido un posible reaparecimiento que comprometa áreas adyacentes a la lesión. En el caso presentado se realizó un seguimiento de 18 meses, no observándose recurrencia clínica, radiográfica.

Conclusiones

El fibroma osificante:

1. Se presenta con mayor predilección en el género femenino entre la tercera y cuarta décadas de la vida.

2. Pueden verse afectado los huesos cráneo faciales.
3. El pronóstico de los pacientes con FO es favorable.

Es importante realizar un adecuado examen clínico, radiográfico e histopatológico de las patologías con diagnóstico presuntivo de lesión fibro-ósea que aparezca en el territorio craneofacial.

Referencias

1. Montgomery A.H.: Ossifying fibroma of the jaw. Arch Surg. (1927); 15: 30-44.
2. Huebner G.R, Brenneise C.V, Ballenger J.: Central ossifying fibroma of the anterior maxilla report of the case. J Am Dent Assoc. (1998); 116(4): 507-10.
3. Walter J.M, Terry B.C, Small E.W, Matteson S.R, Howell R.M.: Aggressive ossifying fibroma of the maxilla review of the literature and report of case. J Oral Surg. (1979); 37(4): 276-86.
4. Sciubba J.J, Younai F.: Ossifying fibroma of the mandible and maxilla: review of 18 cases J Oral Pathol Med. (1989); 18(6): 315-21.
5. Regezi J.A, Derr D.A, Courtney R.M.: Odontogenic tumors, analysis of 706 cases. J Oral Surg. (1978); 36(10): 771-8.
6. Krausen A.S, Pullon P.A, Gulmen S, Schneck, N.C, Ogura J.H: Cementomas - aggressive or innocuous neoplasms ?. Arch Otolaryngo Chicago. (1977); 03(6): 349-354.
7. Kramer I.R.H, Pindborg J.J, Shear M.: Histologic typing of odontogenic tumours, 2nd.ed, New York Springer-Verlag/World Health Organization. (1992).
8. Macdonald-Jankowski.: Cemento-Ossifying Fibromas in the jaws of Hon Kong Chinese. Dentomaxillofac Radiol Oxford. (1998); 27(5): 298-304.
9. Barnes L, Eveson JW, Reichart PA, Sidransky D, EDS. World Health Organization classification of tumours pathology and genetics of tumours of the head and neck. Lyon: IARC; 2005.
10. Neville B.W, Damm D.D, Allen C.M, Bouquot J.E.: Oral and Maxillofacial Pathology, Philadelphia 2nd ed, Saunders. (2002).
11. Su L, Weathers D.R, Waldron C.A.: Distinguishing features of focal cement osseous dysplasia and cement ossifying fibromas II. A clinical and radiologic spectrum of 316 cases. Oral Surg Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol Endod. (1997); 84(5): 540-9.
12. Sverzut C.E, Luna A.H.B, Souza T.A.B.P, Xavier S.P.: Fibroma cemento-ossificante do maxilar. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. (2002); 1 (6) :81-86.
13. Mohammadi-Araghi .H, Haery C.: Fibro osseous lesions of craniofacial bones, the role o of imaging. Radiol Clin.(1993); 31(1): 121-34.
14. Rados, Pantelis.B.: Discriminação histológica entre displasia fibroma monostatica, fibroma ossificante e fibroma cementificante. Histological discrimination between monostatic fibrous

- dysplasia ossifying fibroma and cementifying fibroma. Rev Fac Odontol. (1987); 28: 48-59.
15. Slootweg P.J, Muller H.: Differential diagnosis of fibro osseous jaw lesions. A histological investigation on 30 cases. J Cranio Max Fac Surg (1990); 18(5):210-4.
 16. Fanibunda K., Reed M.F.: Cemento-Ossifying fibroma of the mandible. Dentomaxillofac Radiol Oxford. (1997); 26(4):246-248.
 17. Eversole L.R, Leider A.S, Nelson K.: Ossifying Fibroma a clinicopathologic study of sixty-four cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol St Louis. (1985); 60(5):505-511.
 18. Shafer W.G, Levy B.H: Tratado de Patología Bucal. 2ª edición. México D.F. Nueva Editorial Interamericana. (1986).
 19. Sakode S, Shiba R, Irino S.I: Immediate reconstruction of the mandible in a patient with ossifying fibroma by replantation of the resected segment after freezing. J Oral Maxillofac Surg. (1992); 50(5):521-4.