

Casos Clínicos:

FIBROMA OSIFICANTE PERIFÉRICO EN EL MAXILAR. ¿LESION REACTIVA O NEOPLASIA VERDADERA? REPORTE DE UN CASO

Recibido para arbitraje: 04/06/2008

Aceptado para publicación: 19/05/2009

- **González de P. Mary Carmen.** Prof. Asociado de la Cátedra de Anatomía humana, y del postgrado de cirugía bucal de la Facultad de Odontología UCV. Coordinadora de la Unidad de Especialidades odontológicas del Hospital ortopédico Infantil
- **Grimaldo-Carjevschi Moses.** Residente de la Maestría en Medicina Estomatológica, Facultad de Odontología UCV, Pasante de la Maestría de Medicina Estomatológica en el Hospital Ortopédico Infantil.

RESUMEN

Se reporta el caso de un paciente joven que presentó la recurrencia de un fibroma osificante periférico en maxilar superior, que a pesar de ser descrito en la mucosa gingival, éste se encontraba socavando una mediana cavidad en el hueso con rechazo de las raíces de los dientes vecinos. Se realizó la eliminación quirúrgica del mismo por medio de curetaje y se maneja una estrecha vigilancia postoperatoria

Palabras claves: Fibroma osificante, fibroma periférico osificante, fibroma cemento-osificante, lesiones fibro-ósseas benignas.

ABSTRACT

We are reporting the case of a young patient who presented recurrence of Maxillary peripheral ossifying fibroma (POF). POF is a condition that usually involves the gingival mucosa. In this case, the lesion was eroding a bone cavity, which caused the rejection of the surrounding teeth roots. The surgical resection of the lesion was made by curettage followed by a close post-operative monitoring.

Keys word: Peripheral Ossifying Fibroma Keys word: Peripheral Ossifying Fibroma

INTRODUCCIÓN

Se reporta el caso de un joven con un fibroma periférico osificante en el maxilar zona entre canino y premolar con el objetivo de contribuir en la información sobre esta entidad benigna que se presenta con relativa frecuencia en maxilar y mandíbula. La importancia que tiene este reporte es que siendo una recurrencia del mismo, en esta oportunidad se observaba un lecho óseo entre las raíces de los dientes vecinos al tumor, lo que hizo inferir que podía ser un tumor central de hueso Es muy importante por razones de tratamiento, hacer el diagnóstico diferencial con lesiones reactivas del periodonto, como son la hiperplasia inflamatoria por medicamentos o los granulomas periféricos de células gigantes.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Durante la revisión bibliográfica se encontraron dos situaciones que parecen ser comunes. Por una parte la información es escasa y por otra parte tiende a haber una confusión entre distintas lesiones parecidas. Autores como Binte y Jinn (1) ya hacían referencia a la gran variedad de nombres con que se designaban a las distintas lesiones fibrosas de la encía.

De acuerdo al diccionario Mosby (2), el fibroma periférico osificante (FOP) es un tumor de tejido conjuntivo fibroso que se origina en el borde gingival y se supone que procede del periodonto, es una forma de fibromatosis y se encuentran zonas calcificadas en su interior Sin embargo este término ha sido

debatido ya que su comportamiento es más reactivo que tumoral, como veremos en la descripción. De acuerdo a Neville y col (3) es un crecimiento gingival relativamente común considerada de naturaleza reactiva más que neoplásica Charro y col (4) citando a Regezzi y col, quien agrupa también a esta lesión dentro de las hiperplasias, lo define, como un tumor mesodérmico; una neoplasia fibro- ósea.

Una neoplasia es "el crecimiento autónomo de tejidos que han escapado a los controles normales de la proliferación celular y muestran grados variables de fidelidad a sus precursores. En vista de sus propiedades expansivas, a las neoplasias sólidas se les denomina tumores. Las neoplasias son irreversibles y su crecimiento es mayoritariamente autónomo".(5) Esta lesión es considerada como un proceso reactivo del tejido conjuntivo, como respuesta a algún daño. Por tal razón su diagnóstico diferencial, está en relación con los éulis- llamado así, a cualquier tejido reactivo de la encía- igualmente con la hiperplasia inflamatoria y con el granuloma periférico de células gigantes. Por lo antes dicho se puede establecer que ésta es una lesión reactiva; una lesión hiperplásica debida a inflamación, aunque puede ser imposible identificar el factor irritante que causa su crecimiento. Al mismo tiempo queda señalado que no es la contraparte periférica del Fibroma Osificante (Fibroma Osificante Central) que si es una neoplasia. (1,2,3,4) También es importante señalar que es una lesión benigna y en la revisión hecha no hay reportes de malignización. (5)

Gardner (6) publicó un artículo en el que versa sobre la cuantía de sinónimos de esta lesión y señala que aun cuando de todos los nombres designados, el de Granuloma Fibroblástico Calcificante propuesto por Lee es el más apropiado, el término Fibroma Osificante Periférico es el más difundido por lo que recomienda que se mantenga este término.(6,7) Varios autores lo llegaron a considerar odontogénico visto que se produce exclusivamente en la encía y se han encontrado fibras oxitalánicas en su composición, sin embargo ello no es determinante para considerar que sea odontogénico pues dichas fibras que apenas forman un 3% del ligamento periodontal, también se han encontrado en zonas distintas al ligamento(6,8)

Mesquita, Sousa y Araújo (9) fundamentan que esta lesión se origina de las células del ligamento periodontal ya que la lesión ocurre exclusivamente en la encía, además esta teoría está apoyada por, sus características histopatológicas, por la relación entre la ocurrencia de la lesión y la presencia de ligamento periodontal, por la presencia de fibras oxitalánicas en la matriz calcificada, y por la presencia de proteínas óseas morfogenéticas, observadas en la inmunohistoquímica.

Por definición, esta masa hiperplásica reactiva surge en la encía adherida y puede derivar del tejido conectivo de la submucosa o del ligamento periodontal. También se ha considerado que es un estado tardío de Granuloma Piogénico y que es frecuente que pueda ser diagnosticado como tal en una etapa temprana y más si la porción estudiada carece de mineralizaciones (10) Se dice que algunas de estas lesiones se corresponden con un Granuloma Piogénico "maduro", en el que el tejido de granulación se reemplaza por colágeno. (7) Zain y Fei (11) plantearon que ante una irritación crónica en determinado lugar, las células mesenquimáticas pueden formar inicialmente un granuloma piogénico y que de ahí pueden ocurrir dos cosas; que madure a un estado fibro-epitelial o que madure a un estado fibro-osificante. El hecho que esto ocurra únicamente en la encía se puede deber a que las células mesenquimáticas en lugares distintos a la encía (algunas de las cuales pueden proceder del periostio), no tengan la capacidad de producir tejido mineralizado. Hay un hecho que pone en tela de juicio a la teoría periodontal y es el hecho que puede haber recurrencia en zonas edéntulas. (12) Adicionalmente a los factores irritantes, no se puede descartar la posibilidad de una influencia hormonal, visto que las mujeres adultas tienen una mayor incidencia, la ocurrencia antes de los 10 años es rara y que hay una disminución progresiva de su incidencia luego de los 30 años. (9) Buchner y Hansen (13) consideraron que la lesión se inicia con una fase ulcerativa caracterizada por un conectivo fibroso altamente celular con áreas de calcificación distrófica y osteogénesis, que con el tiempo maduran a hueso. Por otra parte otros autores explican que el Fibroma Osificante Periférico parece proceder del epitelio gingival superficial o de residuos de la lámina dental que permanecen en una localización extraósea. El componente epitelial se asemeja a la lámina dental formada durante las etapas tempranas de la odontogénesis.(14)

EPIDEMIOLOGÍA

Se presenta a cualquier edad, aunque tiene predilección por niños y adultos jóvenes; se observa más en mujeres que en hombres.(7,15)

Aún cuando puede haber casos excepcionales, como fue reportado a los 7 meses de edad, el rango va desde los 7 años hasta los 90 años con una media de 30 años y la mayor proporción en la 2ª década de vida. Una media de 25 años para lesiones ulceradas y 40 años para las no ulceradas. (10) Yip y Yeow reportaron el caso de un FOP congénito en una niña china de 7 días con lesión presente desde el nacimiento. No se reportaron recurrencias tras 5 años.(16) Prevalencia en las mujeres en un 63% y en hombres de 37% en una relación de 1,7:1.(10)

La prevalencia racial según Buchner y Hansen fue de 79% en blancos, 13% en negros, 7% en asiáticos y el restante en hispanicos e indígenas estadounidenses.(10)

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Se presenta como una masa pediculada o sésil, de color similar al tejido conectivo que la rodea, la lesión puede ulcerarse y raras veces produce resorción del hueso alveolar. Afecta con mayor frecuencia a la encía marginal por vestibular de los molares permanentes. En algunos casos se puede presentar lobulado. El color va del rosado a rojo en caso de lesiones ulceradas y en muchos casos se ha visto emerger de la zona de la papila interdental. Puede haber indentación de los antagonistas sobre la superficie de la misma y puede llegar a causar desplazamiento y movilidad dentaria. La lesión puede estar asociada a dientes con compromiso periodontal, ortodoncia, coronas mal ajustadas y trauma. (10) El diámetro de estas lesiones varía entre 1 a 3 cm., son del mismo color de la mucosa y las lesiones interdetales suelen originar separación del diente (17)

En el estudio realizado por Buchner y Hansen (13) encontraron en 117 lesiones que el tamaño oscilaba entre 0,2-3cm y de ellos el 69% eran menores de 1cm. La evolución de 158 casos fue registrada y su rango iba de 2 semanas a 20 años y de ellos, el 63% correspondían a lesiones entre 2 semanas a 6 meses de evolución.

Poon, Kwan y Chao indicaron que el tamaño de las lesiones generalmente es menor a 1,5cm, pero reportaron el caso de una lesión de 9cm en una paciente femenina de 32 años de edad de crecimiento lento, de aproximadamente 5 años de evolución, indolora, lobulada, firme, ubicada en el paladar y que se extendía hasta la buco faringe e hipo-faringe, con una pequeña porción extendiéndose desde los premolares hacia los molares y causando el desplazamiento de los dientes involucrados. Aun cuando era indolora existían signos de disfagia y disfonía. La paciente no había acudido a consulta por miedo a que fuera una malignidad.(17) Aun cuando es raro, se pueden presentar lesiones multicéntricas asociado a condiciones como el Síndrome del Carcinoma Nevoide Basocelular, Neoplasia Endocrina Múltiple tipo II, Neurofibromatosis y al Síndrome de Gardner. (12) Puesto que las lesiones pequeñas están localizadas en el tejido blando gingival, no suele existir alteración radiográfica del hueso. Cuando las lesiones contienen numerosas calcificaciones en el tejido conjuntivo celular, pueden verse algunas pequeñas imágenes radiopacas. Las lesiones grandes pueden revelar aplanamiento del hueso cortical a algún ensanchamiento de la porción cervical del espacio periodontal. (15)

TRATAMIENTO

El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica que involucre el ligamento periodontal y periostio, de lo contrario es probable que recurra. Se deben eliminar agentes etiológicos potenciales realizando un detartraje minucioso, corrección de restauraciones sobre-contorneadas y/o rugosas. La exodoncia de los adyacentes rara vez es necesaria. (17,18) Se prefiere la eliminación conservadora de la lesión y la realización de un seguimiento radiográfico y clínico a largo plazo. La resección en bloque estará indicada para los casos en los que se presenten recurrencias después de curetajes quirúrgicos o en los casos en los que la lesión sea extensa (19)

REPORTE DEL CASO CLINICO

Paciente masculino de 16 años de edad natural y procedente de Guarenas Edo Miranda quien consulta por una lesión de la encía maxilar superior izquierdo. El paciente refirió que 8 meses antes se le había eliminado la lesión y aproximadamente a los 4 meses siguientes, presentado la recurrencia de mayor tamaño. Como antecedentes personales su representante refirió que al paciente se le había diagnosticado un soplo cardíaco y asma hasta los doce años. El resto de los datos no revisten importancia para el caso presentado. Al examen clínico se observó mala higiene bucal, con caries avanzada y mal posición dentaria.

DESCRIPCION DE LA LESION

Clínicamente se evidencia una lesión tumoral de aproximadamente 2cm x 2cm x 2cm, de base sesil, con una coloración rosado claro similar a la mucosa vecina, Fig 1 de superficie lisa pero que insinúa ciertas indentaciones en su cara oclusal que coinciden con las cúspides de los antagonistas, Fig 2, de forma esférica y de bordes definidos, indurada, asintomática, que se encuentra en el lado izquierdo de la maxila, y que se extiende de vestibular a palatino entre los 23 y 24 distanciándolos entre ellos a expensas del espacio edéntulo entre el 25 y 27 que da cabida a la distalización del conjunto 24 - 25. Fig. 2



Fig 1



Fig 2

Radiográficamente se observa una imagen radiopaca no corticada, con bordes difusos con un patrón trabecular fibrilar distinto al trabeculado vecino, y que se proyecta de la cresta ósea entre los dientes: 23 y 24. Fig.3 y 4



Fig 3



Fig 4

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES (5,7,14,15,20)

Fibroma Traumático. Granuloma Pirogénico. Fibroma Odontogénico Periférico. Fibroma Osificante Central. Granuloma Periférico de Células Gigantes. Fibroma Osificante Agresivo Juvenil. Displasia Fibrosa. Displasia Ósea Focal. Osteosarcoma. Lesión Central de Células Gigantes.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Bajo anestesia local infiltrativa de los nervios dentarios medios y anteriores además del nervio naso palatino, se procedió la incisión mesial y oblicua al área quirúrgica la altura de distal del lateral superior izquierdo, al levantar el colgajo se observó, que era fácilmente separable a pesar del aspecto irregular que presentaba la mucosa. Fig. 5 El hueso era ligeramente irregular y abultado como si se tratara de una lesión ósea. Esta observación llevó a la toma de una porción de hueso, el cual fue retirado por medio de osteotomía periférica a la lesión, de fácil desprendimiento y quedando un lecho óseo cavitario con hueso clínicamente sano al tacto con los instrumentos. Fig. 6, 7 y 8. Se tomó muestra del tejido blando que cubría el abultamiento de la lesión, Este tejido del mismo color de la mucosa era de aspecto irregular y de consistencia gruesa. El lecho óseo fue relleno con material hemostático y se utilizó el tejido blando remanente que lo cubría el cual fue luego suturado con puntos interrumpidos y material desechable. Fig. 9 y 10



Fig. 5
Incisión sobre la lesión



Fig 6
Osteotomía

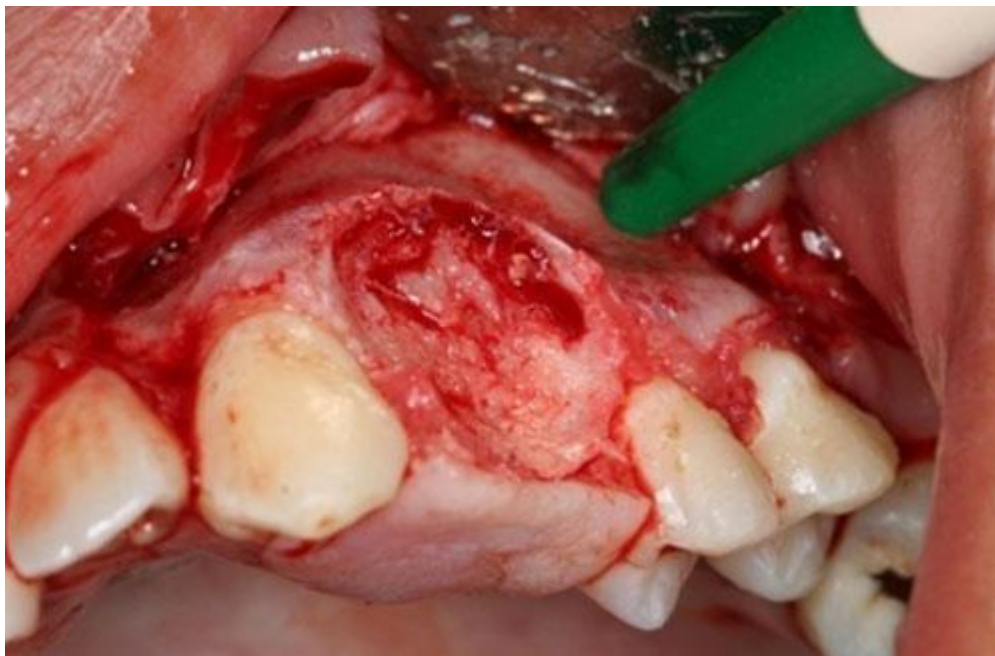


Fig 7
Lecho óseo con la lesión



Fig 8
Eliminación de la lesión ósea



Fig 9
Sutura de la herida



Fig 10
Postoperatorio a la semana

ESTUDIO HISTOPATOLOGICO

El Estudio contempla que en fragmentos de tejido blando de tamaño y forma irregular acompañados de tejido duro, el cual fue decalcificado, se observó una lesión tapizada por epitelio de revestimiento plano estratificado, por debajo de éste se observó la lesión conformada por abundantes fibras colágenas entremezcladas con fibroblastos y numerosos vasos sanguíneos delineados por endotelio de aspecto normal y depósito de material óseo en forma irregular. El diagnóstico de la lesión fue el de Fibroma periférico osificante. Fig. 11 y 12

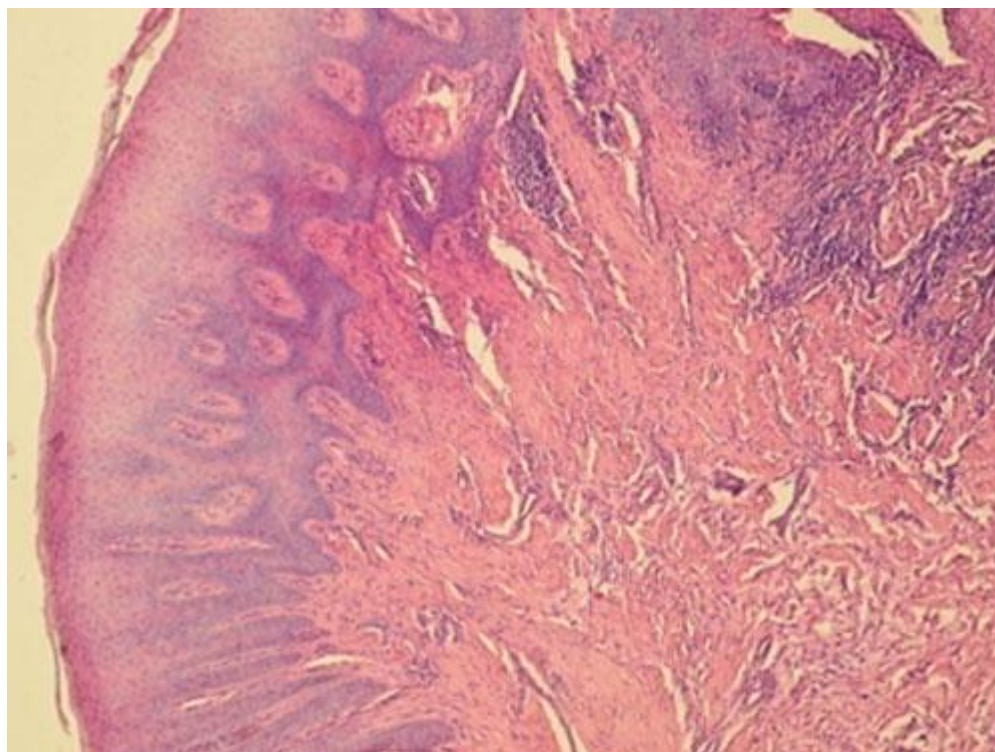


Fig 11

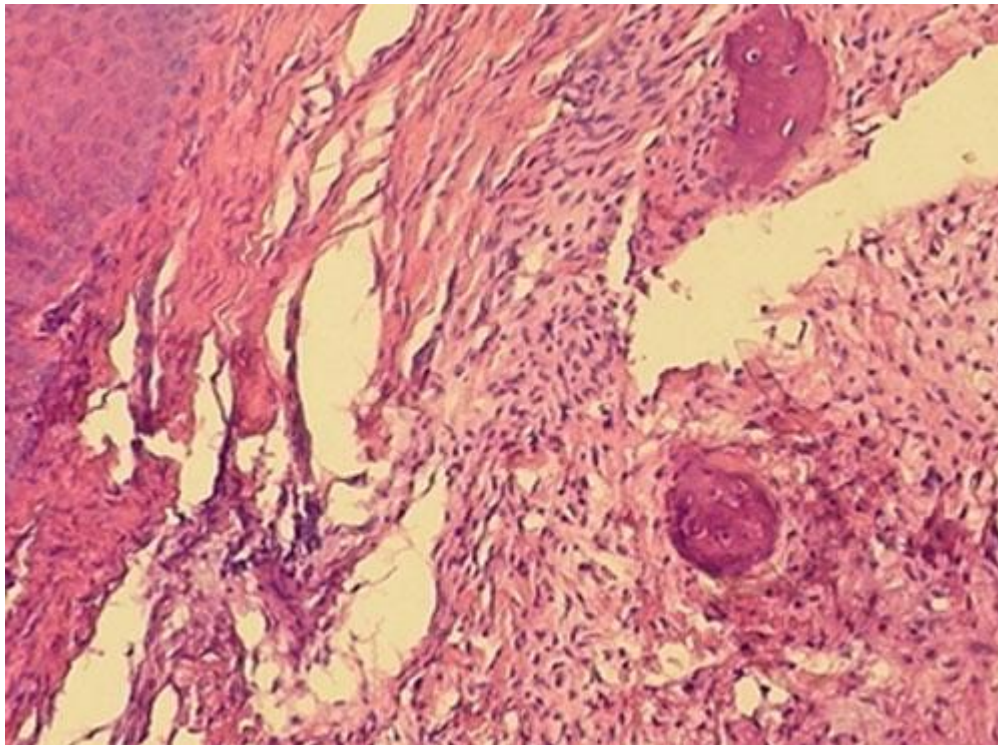


Fig 12

DISCUSIÓN

Llama la atención que a pesar de observarse, que clínicamente la lesión era de tipo periférica y su diagnóstico lo corrobora, se evidenció durante la cirugía que la lesión descansaba sobre un lecho óseo cóncavo, debajo del abultamiento del tejido blando. Lo que nos hace inferir que este fibroma periférico había comprometido al hueso vecino observándose una destrucción y separación de los dientes entre sí. Aun cuando la nomenclatura empleada para la descripción clínica de esta lesión se pueda referir a ella como una lesión tumoral y que numerosas fuente bibliográficas se refieran a ella como un tumor en su naturaleza, no debe considerarse al Fibroma Osificante Periférico (FOP) como una lesión tumoral o neoplásica, tampoco como la contraparte "periférica" del Fibroma Osificante Central que sí es una neoplasia. Aun cuando estamos frente a una lesión benigna, llama la atención el tamaño que puede llegar a alcanzar pudiendo traer otras consecuencias de mayor o menor severidad, como son las malposiciones dentarias o deformidades de la cara.

CONCLUSIÓN

En presencia de lesiones benignas de los maxilares no deben ser ignorados los daños que estas puedan ocasionar a zonas vecinas, a pesar de su benignidad. Este caso nos hace reflexionar que aun siendo de localización periférica, fue capaz de ocasionar destrucción ósea y mal posición dentaria. Así que los diagnósticos y tratamientos tempranos siguen siendo la mejor conducta a seguir sin importar el tipo de lesión presente.

REFERENCIAS BLIOGRÁFICAS:

1. Binte Zain R y Jinn Fei Y. Fibrous lesions of the gingiva: A histopathologic analysis of 204 cases.

- Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1990;70:466-70.
2. Diccionario Mosby 4ª edición Editorial Elsevier Madrid España 2004
 3. Neville B, Damm D, Allen C, Bouquot J. Oral & Maxillofacial Pathology. Philadelphia, Edit. Saunders 2ª edic, 2002, pp 451-452.
 4. Charro Huerga, E., Vazquez Mahia, I., Gómez Oliveira, G. et al. Peripheral ossifying fibroma. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac. [online]. 2007, vol. 29, no. 2 [cited 2008-02-26], pp. 117-121
 5. Robbins y Cotran. Patología estructural y funcional 7ª Edición Editorial Elsevier España 2005 :273
 6. Gardner D. The peripheral Odontogenic fibroma: An attempt al clarification. Oral Surg, 1982;54(1):40-48.
 7. Regezi JA, Sciubba JJ. Patología bucal Correlaciones clínicopatológicas. 3era ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1999.
 8. Gómez de Ferraris. A. Campos Muñoz. "Histología y Embriología Bucodental" 1ª Ed. Editorial Médica Panamericana 1999.
 9. Mesquita RA, Sousa SCOM, Araújo NS. Proliferative activity in periphral ossifying fibroma and ossifying fibroma. J. Oral Pathol Med. 1998;27:64-67.
 10. Buchner A, Hansen L. The histomorphologic spectrum of peripheral ossifying fibroma. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 1987;63:452-61.
 11. Zain RB, Fei YJ. Fibrous lesions of the gingiva: A histopathologic análisis of 204 cases. Oral Surg Oral Med Oral pathol. 1990;70:466-70.
 12. Kumar SKS, Ram S, Jorgensen MG, Shuler CF y Sedghizadeh PP. Multicentric peripheral ossifying fibroma. J. Oral Sci. 2006;48:239-243.
 13. Buchner A, Hansen L. The histomorphologic spectrum of peripheral ossifying fibroma. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 1987;63:452-61.
 14. Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. Patología oral y maxilofacial contemporánea. Madrid: Hartcourt Brace España; 1998.: 109-10.
 15. Shafer WG, Levy BH. Tratado de Patología Bucal. 2ª edición. México D.F.: Nueva Editorial Interamericana; 1986. p. 141-3.
 16. Yip WK, Yeow CS. A congenital peripheral ossifying fibroma. Oral Surg. 1973;35(5):661-666.
 17. Poon CK, Kwan PC, Chao SY. Giant peripheral ossifying fibroma of the maxilla: report of a case. J Oral Maxillofac Surg. 1995;53:695-698.
 18. Neville B, Damm D, Allen C, Bouquot J. Oral & Maxillofacial Pathology. Philadelphia, Edit. Saunders 2ª edic, 2002, pp451-452
 19. Martín-Granizo R, Sánchez-Cuellar A, Falahat F. Cemento ossifying fibroma of the upper gingivae.

Otolaryngol Head Neck Surg 2000;122:775.

20. Siar, C.; Han, K.; 2000: Clinicopathological study of peripheral odontogenic fibromas (WHO-type) in Malaysians. Br J Oral Maxillofac Surg. 38 (1): 19-22.