

Casos Clínicos:

FIBROMA OSIFICANTE PERIFÉRICO: PRESENTACION DE CASO CLÍNICO

Recibido por arbitraje: 26/08/2009

Aceptado para arbitraje: 07/07/2010

- **Késia de Macedo Reinaldo Farias LEITE**, Magíster en Diagnóstico Bucal, da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil.
- **Fabiano Gonzaga RODRIGUES**, Profesor Doctor de la Disciplina de Cirugía Buco-Maxilo-Facial - de la Facultad de Odontología de la Paraíba, Universidad Federal de la Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil.
- **Tânia Lemos Coelho RODRIGUES**, Profesora Doctora de la Disciplina de Cirugía Buco-Maxilo-Facial - de la Facultad de Odontología de la Paraíba, Universidad Federal de la Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil.
- **Cláudia Roberta Leite Vieira de FIGUEIREDO**, Profesora Doctora de la Disciplina de Patología General de la Facultad de Odontología de la Paraíba- Universidad Federal de la Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Correspondencia:

Avenida Guarabira, n° 753, apto. 1002, Barrio: Manaíra, CEP: 58.310-000 Ciudad: João Pessoa Estado: Paraíba, Brasil. E-mail: kesiamr@hotmail.com

SUMMARY

Peripheral ossifying fibroma (POF) is considered a non-neoplastic growth of the gum, classified as a reactive hyperplastic inflammatory lesion. The FOP has been widely accepted that its histogenesis occurs from the membrane of periosteum or periodontal ligament. The treatment of choice is surgical removal, whichever extend the incision to the periosteum and periodontal ligament. This work aims at reporting a clinical case of peripheral ossifying fibroma in a 40-year-old patient, situated in the right maxillary tuberosity. We shall discuss, through a brief review of literature, the ethiopathogeny, clinical and radiographic aspects, as well as the treatment of this lesion.

KEY-WORDS: Peripheral Ossifying Fibroma, proliferating processes, periodontium.

RESUMEN

Fibroma Osificante Periférico (FOP) es considerado como un crecimiento no neoplásico de la encía, clasificado como una lesión reactiva hiperplásica inflamatoria. El FOP ha sido ampliamente acepto que su histogénesis ocurre a partir de la membrana del periostio o del ligamento periodontal. El tratamiento de escoja es la remoción quirúrgica, debiéndose extender la incisión al periostio y ligamento periodontal. Este trabajo tiene como objetivo de reportar un caso clínico de Fibroma Osificante Periférico en una mujer de 40 años, localizado en la tuberosidad derecha del maxilar. Se discutirá, a través de una breve revisión bibliográfica, la patogenia, aspectos clínicos y radiográficos y tratamiento de esta lesión.

PALABRAS CLAVES: Fibroma Osificante Periférico, procesos proliferativos, periodonto.

INTRODUCCIÓN

Los procesos proliferativos reaccionales de la encía son considerados lesiones inflamatorias en respuesta a varios tipos de agresiones, como cálculo subgingival, restauraciones con excesos interproximales, prótesis mal-adaptadas, dientes en mal estado e restos radiculares. Estas lesiones no neoplásicas son consideradas entidades patológicas distintas, así como los variados aspectos histológicos que las caracterizan pueden representar etapas distintas de una única lesión en diferentes fases de evolución y/o maduración.

La naturaleza etiológica del Fibroma Osificante Periférico (FOP) es controversia. Para algunos autores, el FOP es considerado como un crecimiento no neoplásico de la encía, clasificado como una lesión reactiva hiperplásica inflamatoria^{1,2,3,4}. Para otros, es clasificado como una lesión fibro-ósea benigna de los maxilares, representando, por lo tanto, una neoplasia benigna^{5,6}. A pesar de la incertidumbre de su patogénesis, es ampliamente aceptado que su histogénesis ocurre a partir de la membrana del periostio o del ligamento periodontal.

El FOP se presenta como una lesión firme, de crecimiento lento y limitado, asintomática, de implantación sésil o pediculada, de coloración variando de normal a enrojecida recubierta por mucosa aparentemente normal, pudiendo surgir ulceraciones con diámetro medio de 1,5 a 3,5cm^{6,7}. Es más frecuente en el género femenino, siendo más común en la franja de edad de 20 a 40 años^{4,5,7}. El tiempo medio de evolución de esa lesión es de dos años⁶. Con todo, se han reportado casos de FOP en maxila con evolución de aproximadamente cinco años⁹.

En cuanto al aspecto radiográfico, la principal característica de la lesión es el límite bien definido de sus bordes. Entre tanto, el FOP puede presentar un cuadro variable, dependiendo de la fase de desarrollo o de la cantidad de calcificación¹¹. En la fase inicial, aparece como un área radiolúcida sin evidencias de radiopacidad en su interior. A medida que la lesión progresa, va adquiriendo un cuadro mezclado, alternando áreas radiolúcidas y radiopacas, es decir, demostrando a presencia de calcificaciones en su interior¹². No habrá involucramiento del hueso adyacente visible en la radiografía, entre tanto, en ocasiones raras, parece haber una erosión superficial del hueso^{13,14}.

En la fase final, la lesión aparece como una lesión radiopaca relativamente uniforme, que representa una lesión en su etapa de mayor maduración^{5,11}. Usualmente, el FOP se encuentra circundado por una línea radiolúcida. El examen radiográfico es de gran valor para el diagnóstico, ya que focos radiopacos centrales, correspondiendo a mineralizaciones, asociados o no a la discreta reabsorción de la cresta del reborde en su base, pueden ser identificados⁶.

Con relación a los aspectos histológicos, el FOP se caracteriza por una proliferación fibroblástica asociada a la deposición de trabéculas de hueso inmaduro y laminar, mostrando actividad osteoblástica o osteoclástica, de acuerdo con el grado de maduración de la lesión. Depositiones basofílicas cementóides pueden estar presentes en las lesiones ulceradas, así también como reacción inflamatoria crónica^{3,7}.

El tratamiento de elección es la remoción quirúrgica, debiéndose extender la incisión al periostio y ligamento periodontal, con la concomitante eliminación de los factores irritantes locales^{4,11,15}, curetaje de los tejidos adyacentes y control post-operatorio¹⁶. El pronóstico es favorable, siendo la recidiva variable de 7 a 20%.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente S.M.S., género femenino, 40 años, que acudió a la clínica de Cirugía Buco-Máxilo-Facial de la Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, quien presenta de un "tumor en la boca" (SIC). Durante la anamnesis, la paciente relató dificultades en alimentarse en virtud de la presencia de la lesión. El examen clínico intra-oral reveló una extensa lesión nodular, exóftica, firme e indoloro al toque, de coloración

rojiza, midiendo cerca de 8 cm de diámetro, extendiéndose de la región del canino hasta la tuberosidad maxilar derecha, siendo visualizada por la radiografía panorámica pre-operatoria (Figura 01).

En virtud de la extensión de la lesión, fue propuesta una biopsia incisional, realizada con ayuda de un electrocauterio, una vez que este facilita la hemostasia en el transquirúrgico. El examen histopatológico de la biopsia incisional comprobó tratarse de un Fibroma Osificante Periférico. La terapéutica quirúrgica comprendió la exéresis de la lesión, que presentó una abundante cantidad de material fibroso envuelto por áreas de crecimiento óseo, además de la realización de exodoncia de dos restos radiculares presentes en el área afectada (Figura 02).

La pieza quirúrgica fue enviada para examen histopatológico (Figura 03), el cual reveló proliferación de fibroblastos de núcleo globoso en medio a la deposición de trabéculas óseas exhibiendo actividad osteoblástica. Fuerte reacción inflamatoria crónica estaba presente en el espécimen, aspecto que refuerza la naturaleza reaccional de la lesión. El cuadro histológico, por tanto, confirmó el diagnóstico de "Fibroma Osificante Periférico".

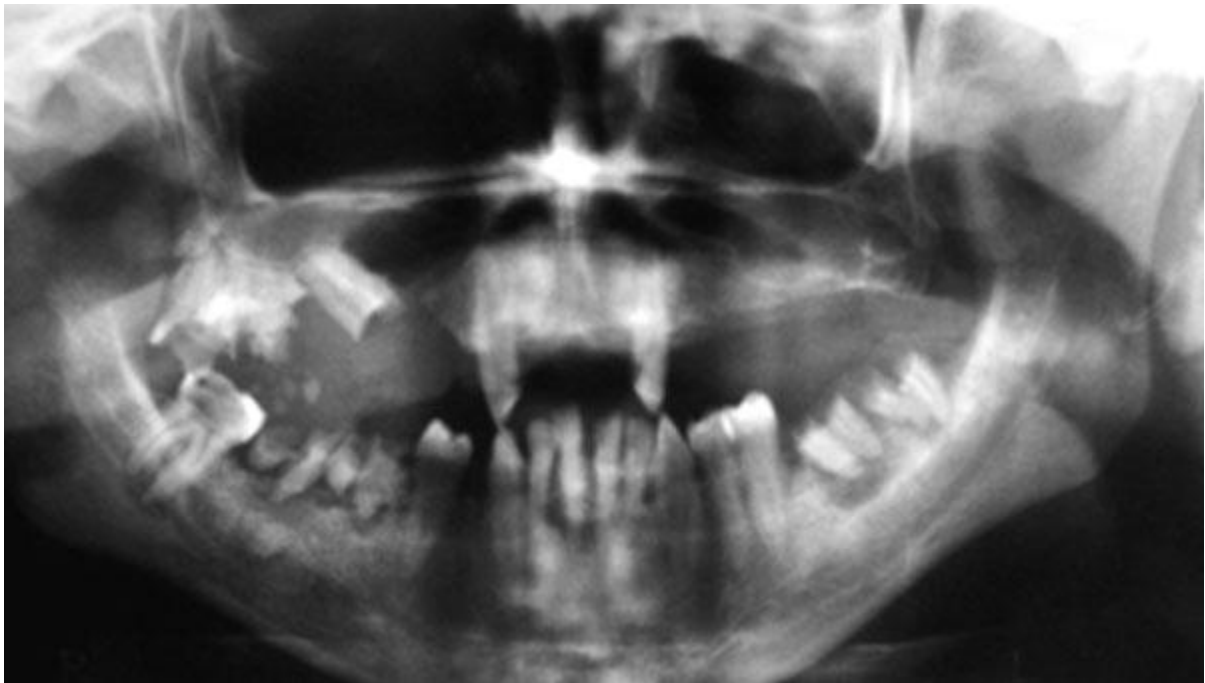


Figura 1

Radiografía panorámica pre-operatoria de la lesión envolviendo la hemi-maxila derecha.



Figura 2
Aspecto macroscópico de la pieza quirúrgica con raíces asociadas a la lesión.

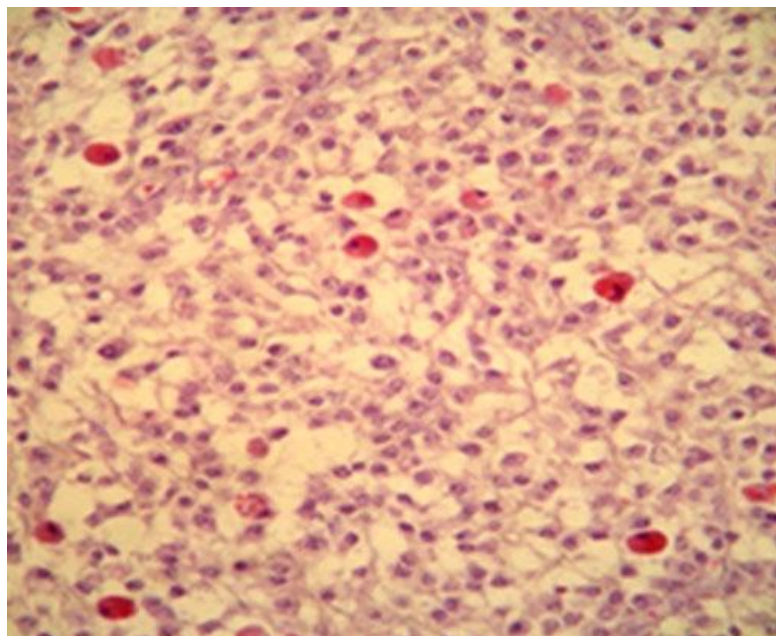


Figura 3
Trabécula ósea inmadura con proliferación de fibroblastos de núcleo globoso.

DISCUSION

La localización más frecuente del FOP es la encía anterior de la maxila, ocurriendo, usualmente, en la papila interdental, donde provoca el desplazamiento de los dientes ³. Por lo tanto, para Reguesi; Sciubba ^{5,10} el FOP afecta principalmente al área de premolares de la mandíbula, con raras excepciones. El caso se presenta en una forma peculiar, porque la lesión se extiende desde de la región del canino hasta la tuberosidad maxilar derecha.

La terapéutica quirúrgica comprendió la exéresis de la lesión además de la realización de exodoncia de dos restos radiculares presentes en el área afectada. Para Vieira et al. ¹² el tratamiento de elección es la remoción quirúrgica, debiéndose extender la incisión al periostio y ligamento periodontal, con la eliminación de irritantes locales. Para Carli; Silva ¹ altas tasas de recidiva podrían reflejar el uso de técnicas y conductas más conservadoras, como remoción parcial de la lesión o remoción total sin la realización de curetaje.

El paciente permanece en el control post-operatorio y no muestra indicios de recidiva de la lesión. Para Farquhar et al. ¹⁵Ribeiro et al. ¹⁴la remoción del ligamento periodontal junto con la lesión evita la suya recidiva. Según Poon ⁹, un bajo índice de recidiva podría estar asociado a las técnicas quirúrgicas excisionales con curetaje óseo y de la superficie radicular.

La pieza quirúrgica fue enviada para examen histopatológico, el cual reveló fuerte reacción inflamatoria crónica, aspecto que refuerza la naturaleza reaccional de la lesión. El cuadro histológico, por tanto, confirmó el diagnóstico de "Fibroma Osificante Periférico". Para Santiago; Gusmão; Silva ¹¹ el envío de la pieza quirúrgica para examen histopatológico es condición fundamental para el diagnóstico, tratamiento, pronóstico, así como para el control post-operatorio. Según Vieira et al. ¹² Matarazzo et al. ¹⁶ el examen histopatológico es imprescindible para el diagnóstico concluyente.

REFERENCIAS:

1. Carli JP, Silva SO. Análise clínico-histopatológica do granuloma piogênico e do fibroma ossificante periférico. Revista da Faculdade de Odontologia de Passo Fundo, 2004, 9 (2): 13-17.
2. Freitas TMC, Farias JG, Freitas VS, Ramos MESP, Alves MF, Ramos Jr. RP. Fibroma ossificante periférico: relato de um caso clínico. Rev. ABO Nac. 2004, 12(5): 287-291.
3. Marcucci G. Estomatologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
4. Martins Junior, JC, Keim, FS, Kreibich, MS. Fibroma Ossificante Periférico Maxilar: Relato de Caso Clínico. Arq. Int. Otorrinolaringol./ Intl. Arch. Otorhinolaryngol., 2008, 12(2): 295-299.
5. Regesi JA, Sciubba JJ. Patologia Bucal: correlações clinicopatológicas. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
6. Tommasi AF. Diagnóstico em Patologia Bucal. 3ª ed. São Paulo: Pancast, 2002.
7. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot, JE. Patologia oral e maxilofacial. 2ªEd. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
8. Moreira CA, Donato AC, Milner E, Mistro FZ, Kignel S. Fibroma Ossificante Periférico. Revista Paulista de Odontologia. 1998, Ano XX, 20(4): 4-7.

9. Poon CK, et al. Giant Peripheral ossifying fibroma of the maxilla: report of a case. J. Oral Maxillofac. Surg., 1995, v.53: 695-98.
10. Sciubba J, Yonai F. Ossifying fibroma of the mandible and maxilla: review of 18 cases. J. Oral Pathol. Med., 1989, 18(6): 315-321.
11. Santiago LM, Gusmão ES, Silva UH. Fibroma ossificante periférico e hiperplasia fibrosa inflamatoria - Relato de Caso Clínico. Odontologia Clínico-Científica, 2003, 2 (3): 233-240.
12. Vieira JB, Gaetti-Jardim EC, Castro AL, Miyahara GI, Fellipini RC. Fibroma ossificante periférico de mandíbula - relato de caso clínico. RFO, 2009, 14(3): 246-249.
13. Regesi JA, Sciubba JJ, Jordan R. Patología Bucal: correlações clinicopatológicas. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
14. Ribeiro AO, Silveira CES, Maciel RM, Pontes MA, Souza LMA. Fibroma Cemento-Ossificante Periférico: Relato de um caso clínico. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial, 2010, 51(1): 61-64.
15. Farquhar T, McLellan J, Dymont H, Anderson RD. Peripheral ossifying fibroma: a case report. JCDA, 2008, 74(9): 809-812.
16. Matarazzo F, Feres M, Benatti BB, Duarte PM. Fibroma ossificante periférico extenso em um paciente periodontal: relato de caso. Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent., 2007, 61(4): 325-328.