

Fibroma osificante

Reporte de un caso

CMF. Rubén Perera Lezama

Coordinación de atención médica, IMSS, Delegación Sur, Prof. Huésped Hospital "Alloplant", UFA, Rusia.

Dr. Francisco Torres Salazar

Patología bucal UAM-Xochimilco.

Dr. Uriel Espinosa López

Lic. Odontología IPN-UST.

Palabras Clave: Fibroma, osificante, cementoma.

Resumen

El fibroma osificante es una neoplasia benigna intraósea descrita por primera vez por Montgomery; afecta a los huesos maxilares y a los huesos largos, caracterizada por ser encapsulada, bien delimitada, con expansión de la lámina cortical y deformidad de las estructuras óseas afectadas.

El fibroma osificante afecta a las estructuras craneofaciales, siendo la mandíbula la zona más afectada, se le considera una lesión proliferativa, la cual se expande lenta y progresivamente.

El fibroma osificante se clasifica de la siguiente manera:

- Fibroma osificante.
- Fibroma cementificante (calcificaciones esféricas).
- Agresivo juvenil (región africana).
- Múltiples fibromas osificantes (más de una localización en la región craneofacial).
- Cementoma gigantiforme familiar (descrito por Norberg 1930, Hagzzi y Bellani 1953).

Características clínicas

El fibroma osificante es una neoplasia benigna que afecta con mayor frecuencia la zona de la mandíbula, posterior a la región canina y de manera ocasional al maxilar o a otros huesos del cráneo, como puede ser la región periorbitaria, frontal, etmoidal, esfenoidal y temporal.

Se caracteriza por ser una lesión indolora con un crecimiento lento la cual provoca expansión de las corticales y engrosamiento de las estructuras contiguas, causando una notable deformidad conforme evoluciona, manifestándose especialmente en el sexo femenino, durante la 3ª y 4ª década de la vida.



Figura 1. Aspecto radiográfico del maxilar facial.



Figura 2. Aspecto radiográfico de la lesión.



Figura 3. Preparación del paciente.



Figura 4. Preparación anestésica.



Figura 5. Preparación del colgajo.

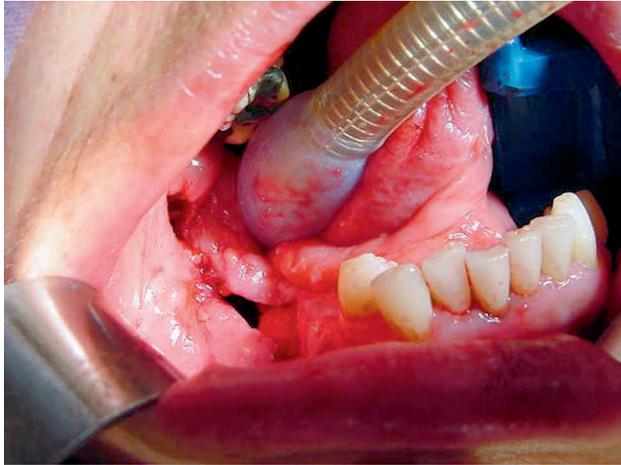


Figura 6. Levantamiento del colgajo.

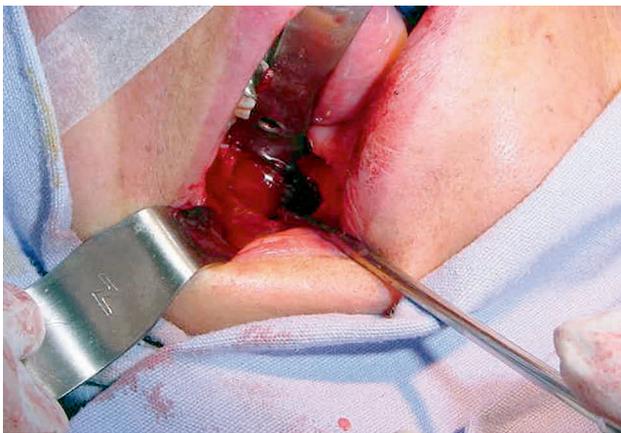


Figura 7. Toma de muestra.

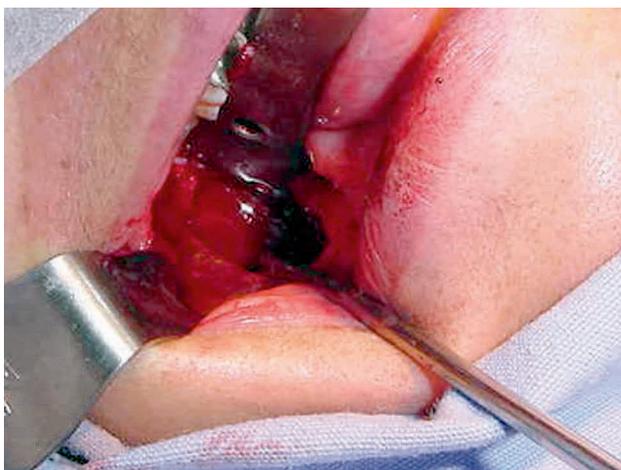


Figura 8. Curetaje de la cavidad.

La forma más agresiva de fibroma osificante por su rápido y progresivo crecimiento es la variante juvenil, de la cual existen algunos reportes en distintas partes del mundo, aunque es una neoplasia extremadamente rara es más común su aparición en la región africana.

Características radiográficas

El aspecto radiográfico es de vital importancia para realizar el diagnóstico de fibroma osificante, suele ser preciso realizar el diagnóstico diferencial de otras lesiones fibroósicas que afectan a los maxilares. En etapas tempranas las lesiones son pequeñas, bien delimitadas y por lo general radiolúcidas, cuando aumenta de tamaño aparecen cantidades mayores de radioopacidades irregularmente conformadas en el área radiolúcida, en una etapa de maduración las estructuras radioopacas aumentan de cantidad y tamaño, y finalmente coalescen, formando a menudo una lesión radiopaca con un borde radiolúcido que la separa del hueso normal circundante. La reabsorción y la divergencia radicular es un hallazgo frecuente en éste tipo de lesiones (Figuras 1 y 2).

Características histológicas

Las características microscópicas van de la mano de los hallazgos radiográficos. Las lesiones más radiolúcidas se encuentran constituidas por un tejido conjuntivo fuso celular, a menudo hay calcificaciones amorfas esféricas, de varios tamaños, (cuerpos psammomatoides) distribuidas en toda la lesión, conforme se madura la lesión se observa un trabeculado óseo irregular con espacios lacunares con contenido de osteocitos, rodeado por osteoblastos, dicho trabeculado suele ser de patrón laminar. También es característico observar una delgada zona de tejido fibroconectivo que separa la lesión del hueso normal adyacente.

Diagnóstico diferencial

En este tipo de lesiones se debe de hacer un diagnóstico diferencial histológico y radiológico con:

- Displasia cementaria periapical.
- Displasia cemento-ósea florida.
- Perioritis reactiva.
- Querubismo.
- Osteítis deformante.
- Osteomielitis esclerosante.

Estas lesiones guardan características similares con el fibroma osificante, se deben conjugar la clínica, la radiología y las características histológicas para realizar un diagnóstico adecuado.



Figura 9. Hemostasia.

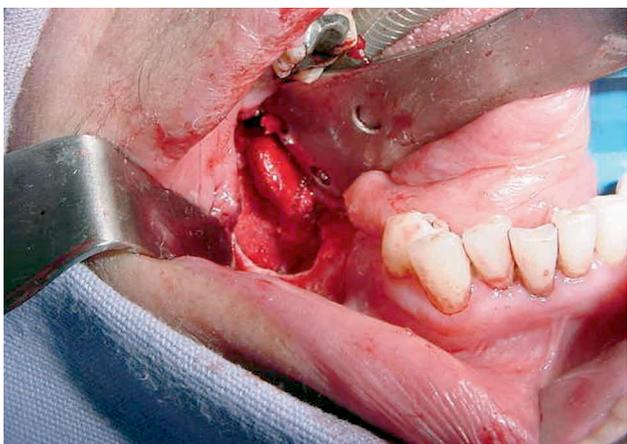


Figura 10. Colocación de gel hemostático.

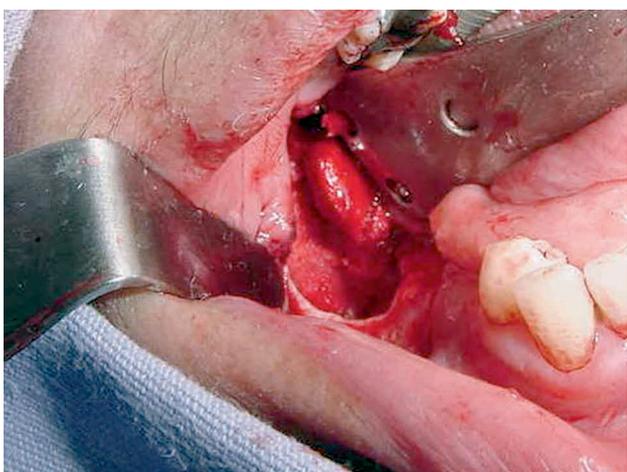


Figura 11. Aseo de la cavidad.



Figura 12. Sutura final.

Tratamiento

El tratamiento de elección para éste tipo de lesiones dependerá del lugar de localización y el grado de agresividad que presente la lesión. Se recomienda la enucleación quirúrgica y la extracción de los órganos dentarios cuando han sido reabsorbidos por la lesión, la recurrencia es del 20 al 25% después de realizado el curetaje. Se han reportado lesiones con mayor grado de agresividad en donde se recomienda la resección en bloque.

Reporte de un caso clínico

Se presenta a la consulta dental, paciente femenino de 46 años de edad, originaria y residente del estado de Hidalgo, por presentar un leve aumento de volumen y fuerte dolor en hemicara derecha con una semana de evolución.

Se realiza la apertura del expediente clínico completo, solicitándole exámenes de laboratorio complementarios, así como estudio radiográfico (ortopantomografía). En la exploración clínica se observó un ligero aumento de volumen en la zona mandibular derecha a nivel del ángulo y la rama ascendente de la mandíbula con un trayecto fistuloso y supuración purulenta, es entonces cuando se inicia el manejo a base de analgésico, antiinflamatorio y antimicrobianos por razón necesaria.

Al análisis radiográfico se observó una masa tumoral radiopaca, bien delimitada, no muy homogenizada rodeada de un halo radiolúcido, sugerente de una lesión fibro-ósea.

Una vez conformado el expediente clínico en conjunto con los auxiliares de diagnóstico se procedió a la toma de una biopsia incisional, con diagnóstico presuntivo de osteomielitis versus fibroma osificante. El resultado histopatológico fue de fibroma osificante, con éste resultado se procedió a realizar la enucleación quirúrgica de la lesión (Figuras 3 y 4).

Procedimiento quirúrgico

Se decide realizar cirugía ambulatoria bajo anestesia general previa terapéutica antimicrobiana para control de proceso infeccioso agudo (Figuras 5 y 6), se realizó una incisión mucogingival desde el reborde alveolar hasta la rama ascendente mandibular, con levantamiento de colgajo y una disección roma que nos permitiera la remoción de la lesión y curetaje del lecho quirúrgico, es importante mencionar que al momento de remover la lesión se encontraba encapsulada y muy bien delimitada lo que permitió su fácil remoción.

Una vez limpio el lecho quirúrgico se coloca cera para hueso para ayudar en la hemostasia y se procedió a realizar el cierre con sutura reabsorbible (cat-gut 3-0).

Posterior a la cirugía se prescriben analgésicos, antiinflamatorios y esteroides, así como fisioterapia y control dietético, una vez recuperada la paciente del proceso

anestésico se da de alta hospitalaria vespertina sin ninguna complicación postquirúrgica.

Estudio histopatológico

Una vez que se removió la lesión se sumergió en formol al 10% y se procedió a etiquetarla para enviarla al estudio histopatológico. Fig. 14.

Descripción macroscópica

Se recibe fragmento de tejido óseo de forma irregular, color café parduzco, el cual mide 35x20x8 mm., superficie rugosa, base sésil, consistencia firme al corte, se incluye completo para su estudio. Fig. 15.

Descripción microscópica

En la sección de tejido estudiado se identifica una lesión de naturaleza neoplásica en la que se observa una sustitución de hueso maduro, en el que se encuentran múltiples islas de hueso lamelar de forma irregular, con presencia de líneas reversas y espacios medulares con contenido de osteocitos, rodeando al tejido óseo se observa una gran actividad osteoblástica, dicho tejido óseo se observa soportado por un tejido fusocelular con áreas de hemorragia, depósitos de hemosiderina, material osteoide y tejido necrótico infiltrado por bacterias. Adyacente a la lesión se observa un acúmulo abundante de tejido inflamatorio de predominio linfoplasmocitario con presencia de bacterias, células multinucleadas gigantes y espículas óseas dispersas. Figs. 16, 17.

Diagnóstico definitivo fibroma osificante

Seguimiento

Una vez que se dió de alta al paciente se programan citas consecutivas para su control postoperatorio (retiro de puntos de sutura y limpieza de la zona intervenida), actualmente se le da seguimiento clínico y radiográfico a la paciente con una evolución favorable después de la intervención quirúrgica.

Conclusiones

Es de importancia el diagnóstico y tratamiento de las lesiones fibro-óseas, ya que como hemos abordado a lo largo de esta revisión son múltiples los diagnósticos diferenciales de éste tipo de lesiones, así como también es importante distinguir la fase en que se encuentran estas lesiones, ya que muy fácilmente las podemos confundir con otras alteraciones que aquejan a las estructuras óseas de los maxilares.

Por lo que hay que recalcar que el diagnóstico de estas lesiones se realiza con la historia clínica del paciente, el estudio radiográfico complementado con el estudio histopatológico.

Siendo el fibroma osificante una de las lesiones fibro-óseas benignas más agresiva que afecta a los maxilares por el grado de deformidad facial que puede provocar. Ⓛ



Figura 13. Pieza quirúrgica.



Figura 14. Pieza quirúrgica.

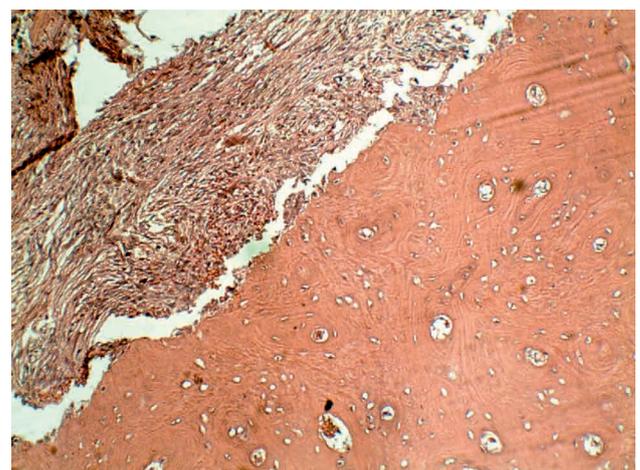


Figura 15. Aspecto microscópico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Kenney JN, Kaugars GE, Abbey LM. "Comparison between the peripheral ossifying fibroma and peripheral odontogenic fibroma". *J. Oral Maxillofac. Surg.* 1989; 47:378-382.
- Landgdon JD, Rapids AD, Patel MF. "Ossifying fibroma- one disease or six: an analysis of 39 fibro-osseous lesions of the jaws". *Br. J. Oral Surg.* 1976; 14:1-11.
- Slowteweg PJ, Panders AK, Koopmans R, Nikkels PG. "Juvenile Ossifying fibroma: an analysis of 33 cases with emphasis on histopathological aspects". *J. Oral Pathol. Med.* 1994, 23:385-388.
- Eversole LR, Leider As, Nelson K. "Ossifying fibroma: a Clinicopathologic study of sixty four- cases". *Oral, surg, Oral med. Oral Pathol.* 1985, 60:505-511.
- Langlais, Miller. *Color Atlas of Common Diseases.* Ed. Lea and Febinger. Estados Unidos. 1992.
- Cotran R.S., Kumar V, Collins T. *Patología Estructural y Funcional* 6ª. ed., Ed. Mc Graw Hill Interamericana. México. 2000.
- Neville B W, Douglas D D, Carl M A, Bouquot J E. "Oral and Maxillofacial Pathology". *W. B company.* Estados Unidos. 1995.
- Regezi J, Sciubba J. *Patología bucal.* Ed. Mc Graw Hill Interamericana. México. 1999.
- Eversole LR. *Patología Bucal.* Ed. Panamericana. México. 1983.
- Sapp JP, Eversole L, Wysocki G. *Patología oral y maxilofacial contemporánea.* Ed. Harcourt, Barcelona. 1998.
- W.G. Shafer, B.M. Levy. *Tratado de patología bucal* Editorial. Interamericana. 4 Ed. 1986. Mexico D.F.

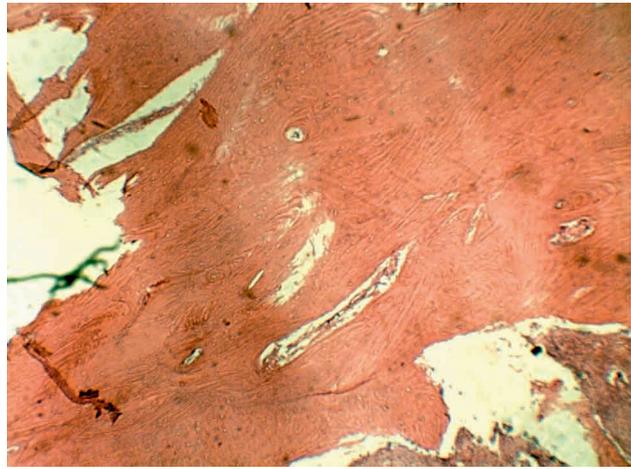


Figura 16



DESDE 1958
MR.

Comercializadora y Distribuidora Dental, S.A de C.V
Patrocinador oficial de:
www.dominiodental.com.mx

El Acrílico con total eficacia en radioterapia para pacientes con Cáncer.
¡Visite nuestra página! y consulte esta información!

En Acrílicos cumplimos con la norma 12 de A.D.A.
estudios avalados por la UNAM

TEL. 5553-4163 FAX. 5286-8767
www.mrarias.com.mx



Más de 286,472 visitas desde agosto del 2003
y contando. visitado por más de 65 países.

Contrata publicidad en el mejor medio odontológico con visibilidad 24hrs.
¡¡Ten presencia en Internet !! Informes: 5553-4163 / dominiodental@gmail.com .