



Fibroma osificante: Reporte de un caso clínico y revisión de la literatura

Francisco Rodolfo Fuentes Vázquez,* Vicente Mendoza Rosas§

RESUMEN

Existen varias lesiones que han sido clasificadas como lesiones fibroósseas, (displasia fibrosa, osteomielitis esclerosante y el fibroma osificante o cementificante). Estas entidades presentan un estroma fibroblástico vascular y producen una matriz calcificada que comprende el hueso y el cemento. El fibroma osificante central (fibroma cementificante, fibroma cemento-osificante) se caracteriza por presentar un crecimiento y aumento de volumen deformante de evolución lenta con una incidencia mayor en la mandíbula, pudiendo provocar desplazamiento de los órganos dentarios. En el estudio de imagen se presenta un área radiolúcida y unilocular, presentando en algunos casos diversos grados de radioopacidad, siendo radioopaco en raras ocasiones. Se presenta un caso de fibroma osificante central localizado en región posterior izquierda del maxilar en un paciente masculino de 13 años de edad, reportando datos clínicos, imagenológicos, histopatológicos así como su tratamiento.

Palabras clave: Fibroma osificante, fibroma cementificante, lesiones fibroósseas.

Key words: Ossifying fibroma, cementifying fibroma, fibro-osseous lesions.

ABSTRACT

Various processes exist that have been classified as fibro-osseous lesions in which we can find fibrous dysplasia, sclerosing osteomyelitis and ossifying fibroma or cementifying fibroma. These entities present a vascular fibroblastic stroma and produce a calcified matrix that extends from the bone and the cementum. The central ossifying fibroma (cementifying fibroma, cement ossifying fibroma) is characterized by presenting a deformed growth and an increased volume, of slow evolution with a higher incidence in the mandible and can provoke teeth displacement. In the image examination, it appears like a radiolucent and unilocular area, presenting diverse shades of radiopacity, being radiopaque in rare occasions. We present a case of central ossifying fibroma in a 13 year old male patient located in the posterior left region of the maxilla. We report clinic data, imaging and histopathologic findings of this lesion as well as its treatment.

INTRODUCCIÓN

El fibroma osificante fue descrito por Menzel en 1872. Y en 1927 el término fibroma osificante fue utilizado por primera vez por Montgomery, nombre por el cual actualmente se reconoce a la lesión.^{5,8,18,19,24}

Hasta 1948 se pensó que la displasia fibrosa y el fibroma osificante eran la misma entidad o que una era la variante de la otra.⁸

Sherman y Sternberg hacen una descripción detallada de los aspectos clínicos, histológicos y de imagen del fibroma osificante, consideradas como entidades clínicas diferentes.^{2,8,17,20}

El término lesión fibroóssea no es una lesión, sino que agrupa a una serie de procesos patológicos con un origen y apariencia imagenológica e histológica similar.⁵

El fibroma osificante es una neoplasia ósea benigna característica del esqueleto craneomaxilofacial, constituida por tejido conectivo fibroso con cantidades variables de hueso metaplásico y tejido mineralizado. Generalmente es una lesión encapsulada, lo que la

distingue de la displasia fibrosa, que puede adoptar un aspecto clínico y patológico similar.²²

Principalmente se localiza en los maxilares, también se puede encontrar en otras áreas como en los huesos temporal, frontal, esfenoides, etmoides y órbita.^{7,9,13,21}

Algunos autores reportan como factor etiológico un traumatismo previo en la zona, periodontitis o la realización de una exodoncia, como posibles factores responsables.¹⁵

Varios autores sugieren que los fibromas osificantes y/o cemento osificante son lesiones fibroósseas con origen en el ligamento periodontal, por lo que son consideradas variaciones histológicas del fibroma osificante.¹⁻⁶

* Residente de 4to año.

§ Coordinador Académico.

Sin embargo, la presencia de fibromas osificantes microscópicamente idénticos a los encontrados en la cavidad oral, también han sido encontrados en el hueso frontal, la órbita, etmoides, esfenoides y hueso temporal, haciendo que la etiología sea aún incierta.^{7,13,21}

Se han propuesto varias clasificaciones para estas patologías.¹⁰

Huebner y cols. citan la realizada por Edwards y cols. en 1984. Posteriormente Waldron propuso otra clasificación en 1985 también referida por otros autores. En la clasificación aprobada por la Conferencia Editorial y Consenso celebrada en Lyon, Francia en julio de 2003 en conjunto con la preparación de el nuevo libro azul de la Organización Mundial de la Salud volumen de Patología y Genética de Tumores de Cabeza y Cuello (ICD-9, 213.1-209), las lesiones dependen de la evaluación clínica, imagenológica e histológica.^{4,5,11,12,25}

Imagenológicamente se observa una lesión frecuentemente bien circunscrita que aparece al inicio como una imagen radiolúcida para transformarse paulatina y gradualmente en una lesión mixta, alcanzando un aspecto radioopaco, así como lesiones radiolúcidas bien definidas con o sin borde esclerótico y a menudo están asociadas con expansión de corticales óseas en un gran número de casos.^{2,3,6,15,16}

Histológicamente consiste en tejido fibroso, el cual presenta varios grados de celularidad con contenido de material mineralizado. La porción de tejido duro se encuentra de forma trabecular, osteoide, hueso o esferas celulares basofílicas que son similares al cemento, el encontrar dos de estas presentaciones es usual en el estudio histológico. El trabeculado óseo varía en tamaño y frecuentemente muestra una mezcla de patrones lamelares y entrelazados, se presenta mayormente en la periferia osteoblástica y osteoide. Las esferas que semejan cemento frecuentemente muestran bordes periféricos en forma de brocha que se pierden en el tejido conectivo adyacente. La variación en los tipos de material mineralizado ayuda a distinguir el fibroma osificante de la displasia fibrosa, la cual tiene un patrón más uniforme de diferenciación ósea.^{6,7,24}

El presente artículo describe el caso de un fibroma osificante central en el maxilar en un paciente masculino, apoyado con documentación clínica, imagenológica e histopatológica.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 13 años de edad originario y residente del estado de Michoacán, México, quien acude al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial en la

División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la UNAM por presentar una lesión bucal de aproximadamente 2 años de evolución, sin evidencia de antecedentes contribuyentes a su padecimiento en la historia clínica. A la examinación clínica se observa un aumento de volumen en la región geniana e infraorbitaria izquierda, de consistencia firme, fija a planos profundos y con piel deslizable, sin cambios de coloración, con un tamaño aproximado de 5 x 5 cm. La cortical vestibular maxilar se encontraba expandida con mucosa de características normales al tejido adyacente y a la palpación la zona se encontró indurada en la región afectada y los dientes involucrados en la zona estaban libres de caries y enfermedad periodontal, malposición dentaria y no evidencia de movilidad (*Figura 1*). El paciente no refería sintomatología dolorosa, así como disestesia en la zona afectada.

Las radiografías panorámica y Watter's, revelaron una imagen circunscrita radiolúcida, unilocular con focos radioopacos, presentándose desde el canino superior hasta región de tercer molar superior izquierdo no erupcionado (*Figura 2*). La tomografía axial computada (TAC) muestra una lesión de intensidad mixta, delimitada por un halo hiperdenso involucrando al seno maxilar y desplazando la cortical vestibular, así como la pared lateral de fosa nasal izquierda (*Figura 3*).

Se realiza biopsia por aspiración en donde no se obtiene ningún contenido líquido. Bajo anestesia local (xilocaína al 2% y epinefrina 1:100,000) se procede a realizar la biopsia incisional para su estudio macro y microscópico. Resultando fibroma osificante central.



Figura 1. Fibroma osificante en la zona vestibular izquierda del maxilar.

TRATAMIENTO

Bajo anestesia general balanceada inhalatoria, previa asepsia y antisepsia mediante un abordaje intraoral con colgajo mucoperiostico triangular desde el incisivo central superior hasta segundo molar superior izquierdo, al exponer la lesión se encuentra la cortical vestibular adelgazada con fenestraciones de la lesión en área central de la cortical, la lesión fue removida del lecho óseo, mediante legras y curetas, la lesión involucra al seno maxilar respetando la pared medial hasta el reborde infraorbitario sin involucro, se realiza hemostasia por medio de compresión y no se coloca ningún tipo de material dentro del lecho quirúrgico (*Figura 4*), suturando con material no absorbible 4-0. El espécimen es enviado a patología para estudio histopatológico (*Figura 5*).



Figura 2. Radiografía panorámica.

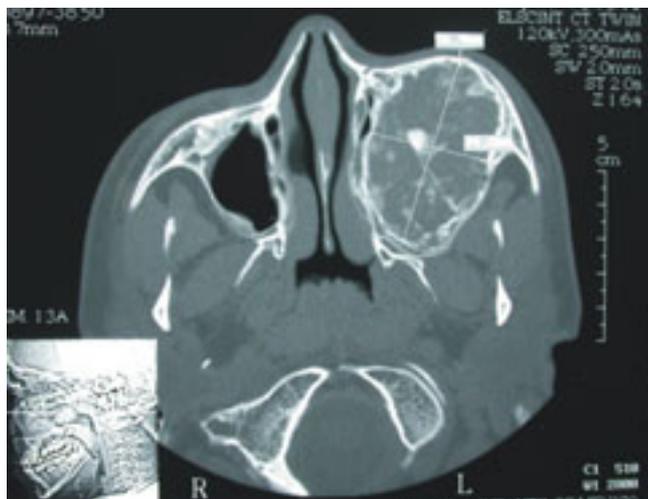


Figura 3. Tomografía axial computada de tercio medio facial.

El posoperatorio inmediato cursó con buena evolución, permaneciendo hospitalizado 48 horas con manejo de antimicrobianos y analgésicos intravenosos. Fue dado de alta y continúa control en consulta externa.

El control de imagenología se realiza a los 6 meses del posoperatorio, se observan estructuras óseas de características normales y no hay evidencia imagenológica de persistencia o recidiva de la lesión.

DESCRIPCIÓN HISTOPATOLÓGICA

El estudio histopatológico reveló que el espécimen examinado (*Figura 6*), se encontraba constituido por un estroma de tejido fibroso que rodea a las trabéculas óseas, cortas y gruesas de diferentes tamaños, así como estructuras basófilas concéntricas semejantes a cemento y en algunas áreas se identifica formación de hueso reactivo. Con un diagnóstico de fibroma osificante central.

DISCUSIÓN

El fibroma osificante se presenta mayormente en la tercera o cuarta décadas de la vida, pudiendo aparecer en edades tempranas, en 1990 en el estudio realizado de Slootweg y Müller en una revisión de 30 casos publicados de fibroma osificante, establecieron una edad media de diagnóstico de 25 años, en el caso que se presenta existe una diferencia de edad menor a lo informado.^{2,3,10,14-18,23}

De los casos clínicos de fibroma osificante encontrados en la literatura, Williams, Mangham y Speight, mencionan que el fibroma osificante juvenil es una variante que presenta una mayor agresividad, crecimen-

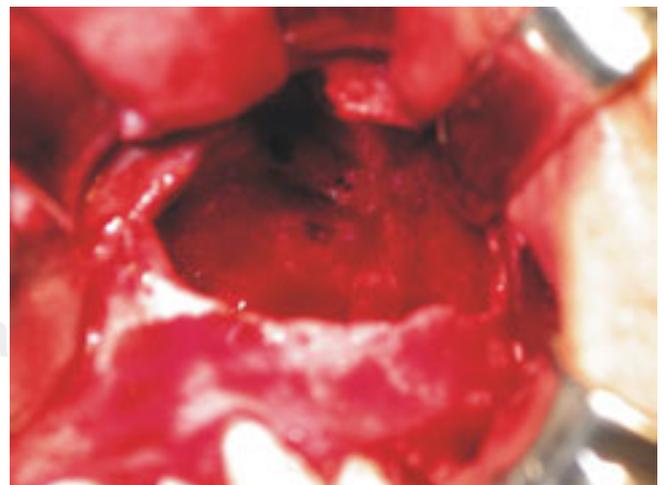


Figura 4. Tratamiento: excisión quirúrgica.

to rápido y se presenta en individuos menores de 15 años, lo cual coincide con la literatura.²³

Sciubba, y Eversole establecen que el fibroma osificante tiene una predilección por el género femenino en una relación de 1.5:1 a 5:1, sin embargo Su, Weathers y Waldron observaron en sus estudios que no existía una predilección por el género femenino. En el caso presentado se trató de un paciente masculino.^{2,3,6,9,12,14,15,17,18,23,25}

Sapp, Eversole, Sloopweg y Shafer reportaron que se localiza principalmente en región mandibular con mayor frecuencia en área de molares y premolares.



Figura 5. Espécimen quirúrgico.

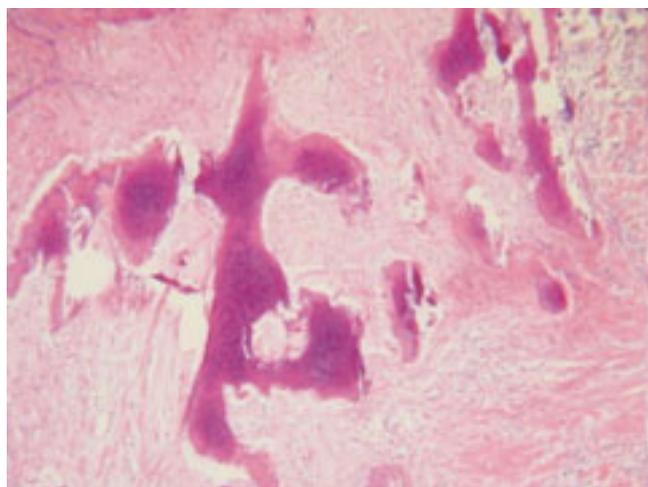


Figura 6. Microfotografía del corte histológico del espécimen (40x). H-E (Tumor sólido con trabeculado óseo y gotas de cemento en un estroma de tejido conectivo celular fibroso).

Aparece como una tumoración, localizada, indurada, que desplaza dientes aunque conservan su vitalidad y la mucosa que lo recubre se observa intacta. En el caso presentado sólo existió diferencia en la localización, ya que fue en área maxilar, el resto coincide con lo reportado en la literatura.^{10,14,16,17}

Martín-Granizo citó la existencia de un traumatismo previo en la zona, exodoncia previa y/o enfermedad periodontal como factores desencadenantes, difiriendo en el caso presentado.¹⁵

Se clasifican de acuerdo al tipo de tejido que se encuentre: si predomina el hueso se considera fibroma osificante, si hay presencia de trabéculas curvilíneas o calcificaciones esféricas se denomina fibroma cementificante y en la observación de tejido óseo y cemento se considera fibroma cemento-osificante. Eversole y cols. no encontraron diferencias histológicas entre el fibroma cemento-osificante y el fibroma osificante. La nomenclatura actual se simplifica refiriéndose a todas las lesiones de este grupo como fibromas osificantes, en el caso presentado se obtiene el diagnóstico de fibroma osificante.^{2,8,9}

Su y Eversole establecieron que radiográficamente se presenta una imagen radiolúcida con o sin focos radiopacos, lesión bien delimitada, asociada frecuentemente con expansión cortical, lo cual coincide en el caso reportado.^{6,17}

CONCLUSIONES

El fibroma osificante:

1. Se presenta, desde la primera hasta la cuarta décadas de vida.
2. Pueden verse afectados los huesos faciales y craneales.
3. Se puede presentar sin que exista una enfermedad previa.

Es importante realizar una adecuada exploración clínica, así como estudios de imagen e histopatológicos de las patologías con diagnóstico de presunción de lesiones fibroósas que aparezcan en el territorio craneomaxilofacial.

REFERENCIAS

1. DelBaso AM, Werning JT. The role of computed tomography in the evaluation of cement osseous lesions. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol* 1986; 62: 354-7.
2. Eversole LR, Leider AS, Nelson K. Ossifying fibroma: a clinicopathologic study of sixty four cases. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol* 1985; 60: 505-11.
3. Zachariades N, Vairaktaris E, Papanicolau S, Triantafyllou D, Papavassiliou D, Mezitis M. Ossifying fibroma of the jaws.

- Review of the literature and report of 16 cases. *Int J Oral Surg* 1984; 13: 1-6.
4. Yih WY, Pederson GT, Bartley MH. Multiple familial ossifying fibromas: relationship to other osseous lesions of the jaws. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol* 1989; 68: 754-8.
 5. Huebner GR, Brenneise CV, Ballenger J. Central ossifying fibroma of the anterior maxilla: report of case. *J Am Dent Assoc* 1988; 116: 507-10.
 6. Su L, Weathers DR, Waldron CA. 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: 540-9.
 7. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Oral and Maxillofacial Pathology*. 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 2002: 563-6.
 8. Walter JM, Terry BC, Small EW, Matteson SR, Howell RM. Aggressive ossifying fibroma of the maxilla: review of the literature and report of case. *J Oral Surg* 1979; 37: 276-86.
 9. McDonald-Jankowski DS. Cement ossifying fibromas in the jaws of Hong Kong Chinese. *Dentomaxillofac Radiol* 1998; 27: 298-304.
 10. Slootweg PJ, Müller H. Differential diagnosis of fibro osseous jaw lesions. A histological investigation on 30 cases. *J Cranio Max Fac Surg* 1990; 18: 210-4.
 11. Edwards Pa, Corio RL. Begin fibro osseous lesions of the jaws. *Ear Nose Throat J* 1984; 63: 383-92.
 12. Waldron CA. Fibro osseous lesions of the jaws. *J Oral Maxillofac Surg* 1985; 43: 249-62.
 13. Margo C, Ragsdale B, Perman K. Ossifying fibroma juvenile of the orbit. *Ophthalmol* 1985; 92: 150-2.
 14. Shafer WG, Levy BH. *Tratado de patología bucal*. 2da edición. México D.F: Nueva Editorial Interamericana; 1986: 141-3.
 15. Martín-Granizo R, Sánchez-Cuéllar A, Falahat F. Cement ossifying fibroma of the upper gingivae. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000; 122: 775.
 16. Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. *Patología oral y maxilofacial contemporánea*. Madrid: Hartcourt Brace España; 1998: 109-10.
 17. Eversole LR, Merrell PW, Strub D. Radiographic characteristics of central ossifying fibroma. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol* 1985; 59: 522-7.
 18. Sczubba JJ, Younai F. Ossifying fibroma of the mandible and maxilla: review of 18 cases. *J Oral Pathol Med* 1989; 18: 315-21.
 19. Montgomery AH. Ossifying fibroma of the jaw. *Arch Surg* 1927; 15: 30-44.
 20. Sherman RS, Sternberg WC. Roentgen appearance of ossifying fibroma of bone. *Radiology* 1948; 50: 295-309.
 21. Mohammadi-Araghi H, Haery C. Fibro osseous lesions of craniofacial bones: the role of imaging. *Radiol Clin North Am* 1993; 31: 121-34.
 22. Slootweg PJ. Maxillofacial fibro osseous lesions: classification and differential diagnosis. *Semin Diagn Pathol* 1996; 13: 104-12.
 23. Williams, Mangham C, Speight PM. Juvenile ossifying fibroma. An analysis of eight cases and a comparison with other fibro osseous lesions. *J Oral Pathol Med* 2000; 29: 13-8.
 24. Regezi JA, Derr DA, Courtney RM. Odontogenic tumors: analysis of 706 cases. *J Oral Surg* 1978; 36: 771-8.
 25. Reichart PA, Philipsen HP. *Odontogenic tumors and allied lesions*. London: Quintessence; 2004: 273-9.

Dirección para correspondencia:

Francisco Rodolfo Fuentes Vázquez

Privada 20 Noviembre Núm. 103

Col. San Roque 36700

Salamanca Guanajuato

Tel: 01 (464) 64 10249

Correo electrónico: pacomax90@hotmail.com