

Fibroma osificante periférico del maxilar: a propósito de un caso

Peripheral ossifying fibroma of the maxilla: A case study.

C.M.F. Sandra Patricia Duarte Hernández

Jefe del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital General "Dr. Raymundo Abarca Alarcón"

C.D. Francisco Hernández Pérez

Especialista en Patología y Medicina Bucal
Hospital General "Dr. Raymundo Abarca Alarcón"

C.D. Luz Ariadne Martínez Manzanarez

Pasante de Servicio Social
Hospital General "Dr. Raymundo Abarca Alarcón"

Recibido: Marzo de 2010

Acetptado para publicación: Abril de 2010.

Resumen

El fibroma osificante periférico es definido como una hiperplasia inflamatoria reactiva benigna como consecuencia de una irritación menor. Es una de las hiperplasias gingivales más comunes, por lo cual es muy importante que el odontólogo general reconozca sus características clínicas con la finalidad de emitir un diagnóstico certero y un plan de tratamiento adecuado.

Se presenta el caso de un paciente masculino de 70 años, con una tumoración gingival del maxilar, asintomático, de un año de evolución con crecimiento gradual del mismo, la cual fue extirpada quirúrgicamente. Se discuten algunas características de la etiología, diagnóstico diferencial y del tratamiento.

Palabras claves: *fibroma osificante periférico, fibroma cemento osificante periférico, fibroma periférico con calcificación.*

Abstract

The peripheral ossifying fibroma (POF) is a benign reactive hyperplastic inflammatory lesion that results from a minor irritation. It is one of the most common forms of gingival hyperplasia, therefore it is important for general dentists to recognize its clinical characteristics in order to ensure early recognition, correct diagnosis, and appropriate treatment.

This article looks at the case of a 70-year-old male in whom intraoral examination revealed an asymptomatic mass in the maxillary gingiva. The lesion, which had been present for one year and had displayed gradual growth, was surgically excised. We discuss a number of the features of the etiology, differential diagnosis and therapy.

Keywords: *Peripheral ossifying fibroma, peripheral cementifying fibroma, peripheral fibroma with calcification, peripheral odontogenic fibroma.*

Introducción

El fibroma osificante periférico es definido como un crecimiento tumoral de los tejidos blandos que eleva la papila interdental. En 1993 Mc. Donald dice que es una neoplasia osteofibrosa benigna originada en el ligamento periodontal y Kendrick y Cols. en 1996 lo clasifican dentro de las lesiones hiperplásicas inflamatorias reactivas.¹ La encía que forma parte del aparato de inserción sufre modificaciones funcionales y morfológicas debido a las alteraciones en el medio bucal. Los cambios en color, forma, consistencia en la encía son evidentes y pueden llegar a desarrollar reacciones hiperplásicas del tejido conjuntivo, como es el caso del granuloma piógeno, granuloma periférico de células gigantes y fibroma osificante periférico que son lesiones altamente frecuentes en la cavidad bucal las cuales afectan el periodonto.²

Estas lesiones se presentan principalmente en la encía aunque también pueden aparecer en otras áreas de la cavidad bucal. Su origen aún no es claro pero se desarrollan después de un traumatismo o una irritación crónica que es ocasionada por higiene deficiente, rehabilitación protésica no ajustada, malposición dentaria, biopelícula, cálculo, restos radiculares, extracciones o derivar de restos celulares ectópicos del ligamento periodontal.^{2, 3, 4, 5} Clínicamente es una tumefacción deformante de evolución y crecimiento lento predominantemente exofítico y en ocasiones producen desplazamiento dentario y pérdida de dientes adyacentes,^{1,4,6} pueden ser sésiles o pediculadas, de consistencia firme, usualmente ulceradas, eritematosas o de color similar al tejido gingival adyacente. La mayoría de las lesiones son de un diámetro menor a 2 cm, aunque ocasionalmente pueden desarrollarse lesiones de gran tamaño, presentándose en el 50% de los casos en la región anterior maxilar, tienen predilección por el sexo femenino y se ha reportado un alto grado de recurrencia; se desarrolla a cualquier edad pero se ha observado una mayor incidencia entre la segunda y la tercera década de vida.^{3,5}

Varios autores han sugerido que los fibromas osificantes y /o cementificantes son lesiones fibroósicas benignas con origen en el ligamento periodontal por lo que serían variaciones histológicas de un mismo proceso. Dependiendo del tipo de tejido que se identifique se denomina

de un modo u otro: si predomina el hueso se denominara fibroma osificante; si se encuentran trabéculas curvilíneas o calcificaciones esféricas se llamara fibroma cementificante y si se observa tejido óseo y cemento se tratara de un fibroma cemento-osificante. Sin embargo los términos fibroma osificante y fibroma cementificante son académicos, puesto que autores como Eversole y Cols. no encontraron diferencias histológicas entre ambos.⁴ El granuloma piógeno y el agrandamiento gingival se presentan como una respuesta a estímulos como la irritación crónica de bajo grado, traumatismos y factores hormonales, mientras que el fibroma cemento-osificante periférico y el fibroma osificante son lesiones benignas de naturaleza reactiva y de etiología desconocida⁽⁷⁾. Radiográficamente en la mayoría de los casos no hay afectación ósea subyacente superficial del hueso y en algunas ocasiones puede parecer una erosión dependiendo del grado de mineralización de la lesión.^{5,8} El tratamiento de la lesión debe ser excisión quirúrgica con un curetaje profundo incluyendo el periostio y el ligamento periodontal con el fin de evitar posibles recidivas La lesión deberá ser referida para su estudio histopatológico, con el fin de confirmar su diagnóstico clínico^{1, 5, 9}

Caso Clínico

Paciente masculino de 70 años de edad, campesino, fumador crónico desde los 18 años de edad, el cual presentaba tumoración maxilar izquierda de un año de evolución, que inició como una úlcera asintomática sobre la gingiva hasta alcanzar aproximadamente los 6 cm de diámetro y que ocasionaba molestias a la masticación, sangrado ocasional y tumefacción facial. A la exploración intraoral se apreciaba halitosis, mala higiene oral, pigmentación por cigarrillo, biopelícula abundante, cálculo dental sobre

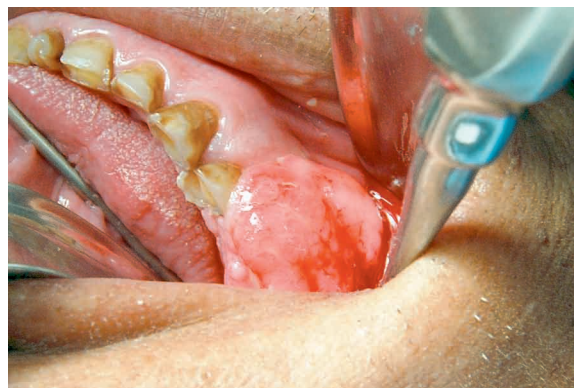


Figura 1. Características clínicas de la lesión.

dientes adyacentes, así también se observaba tumoración gingival ulcerada de color rosada, de base sésil, asintomática, la cual abarca todo el espesor del proceso alveolar sobre la zona de segundo premolar y primer molar observándose los restos radiculares de los mismos desplazados hacia palatino (Figura 1). Radiográficamente con ensanchamiento de ligamento periodontal de los dientes involucrados.

Se inició tratamiento con Clindamicina 300 mg cada 8 hrs por 7 días dadas las condiciones periodontales como tratamiento profiláctico; se realizó biopsia incisional bajo anestesia local la cual reportó un diagnóstico histopatológico de "Granuloma Piógeno". Posteriormente se realizó la excisión de la lesión bajo anestesia general, dadas las dimensiones de la lesión y el mejor control del sangrado. Al realizar la incisión vestibular se apreciaban los restos radiculares del 35 y 36 los cuales fueron extraídos, así también el órgano dentario 37, asociados a la tumoración. Una vez extirpada la lesión se realizó curetaje óseo del lecho quirúrgico (Figura 2), irrigación copiosa por presencia de detritus abundante y se contribuye a la hemostasia con el empleo de cera para hueso. Finalmente se sutura con vicryl 4/0 para acercamiento de los bordes quirúrgicos.

El resultado histopatológico definitivo reportó un fibroma osificante periférico, describiendo una lesión tumoral consistente en formación de hueso metaplásico de formas y tamaños variables con escaso tejido cementoide distribuido sobre un estroma de tejido fibroconectivo bien vascularizado, con moderado proceso inflamatorio de tipo crónico asociado (Figura 3).

Discusión

El fibroma osificante periférico se presenta como un crecimiento exofítico generalmente ulcerado que ocurre alrededor de la encía, que puede ocasionar desplazamiento dental y reabsorción ósea alveolar, lo que le diferencia del granuloma piógeno; mientras que el granuloma piógeno tiene la particularidad de tener consistencia friable y sangrar a la mínima manipulación.^{8,10}

Por su gran similitud clínica debe realizarse el diagnóstico diferencial con: granuloma piógeno, granuloma periférico de células gigantes e hiperplasia fibrosa. Es importante mencionar que los tumores malignos de la cavidad oral pueden tener una apariencia clínica similar a la

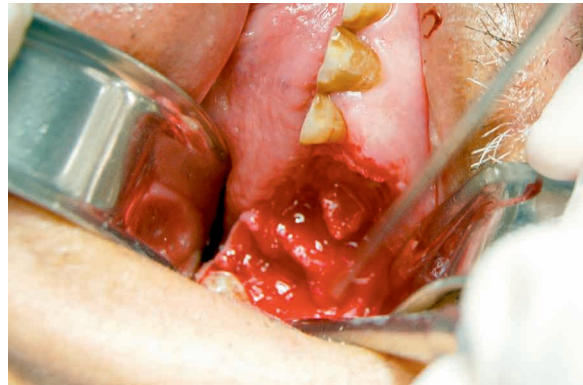


Figura 2. Vista del lecho quirúrgico posterior a la resección y curetaje.

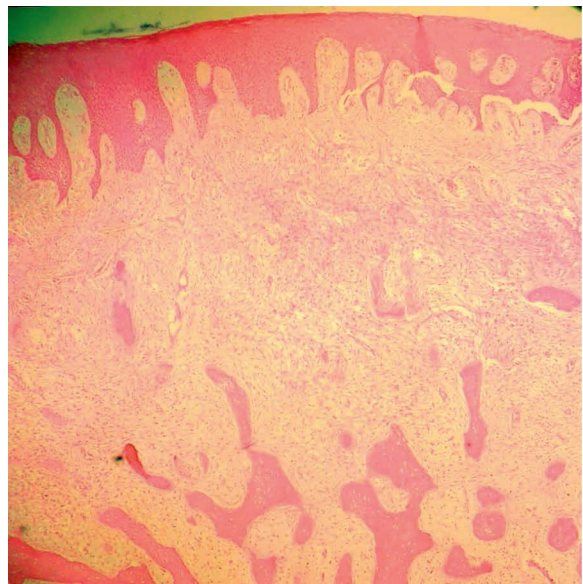


Figura 3. Se observan múltiples trabéculas de tejido óseo metaplásico distribuidas sobre un estroma de tejido fibroconectivo densamente colagenizado.

de un tumor benigno o un agrandamiento gingival; por esta razón se debe realizarse el estudio histopatológico de todo tejido excidido con el fin de confirmar o modificar un diagnóstico clínico de presunción aun cuando las lesiones parezcan benignas.⁷

El tratamiento habitual consiste en la extirpación quirúrgica completa, llegando hasta el periostio para evitar la recurrencia. Normalmente se realiza con anestesia local, salvo que, como en este paciente, su tamaño, localización y condiciones generales justifique el hacerlo con anestesia general.¹⁰ El paciente deberá ser examinado periódicamente con el fin de evaluar las posibilidades de recurrencia.

Bibliografía

- 1.- Del Carmen P. C. y López Z. Fibroma Osificante Periférico, Reporte de un caso y Revisión de la literatura. Acta Odontológica Venezolana 1999; 37(2):11
- 2.-Arcos C M, Rojo B, Quezada R. Estudio retrospectivo del año 2002 al 2006 prevalencia de granuloma piógeno, granuloma periférico de células gigantes y fibroma cemento-osificante periférico. Revista Odontológica Mexicana 2008;12(3):137-140
- 3.- Das UM, Azher U. Peripheral Ossifying Fibroma. J Indian Soc Pedodontic Prevent Dent 2009; 27(1):
- 4.-Perez-Garcia S, Berini Aytés L., Gay-Escoda C. Fibroma Osificante Maxilar: Presentación de un caso y revisión de la literatura. Med Oral 2004;9:333-9
- 5.- Pedrosa C R., Cantherino de C., Deyvid da S., Conceicao A., Campos O. peripheral ossifying fibroma : Clinical, radiographic and histopathologic feature of an atypical case in palate. Odontología. Clin.-cientif., Recife, 8(1):79-83, jan/mar.,2009.
- 6.- Junior JCM, Keim FS, Kreibich MS. Peripheral Ossifying Fibroma of The Maxilla: Case Report. International Archives of Otorhinolaryngology. 2008;12(2):295-299
- 7.-Vargas C A, Flores S, Castro U. Agrandamientos Gingivales que aparecen durante el embarazo y la importancia del diagnostico definitivo histológico. Revista Mexicana de odontología Clínica 2008;2 (9): 4-8
- 8.- Yadav R, Gulati A. Peripheral Ossifying Fibroma: a case report. Journal of Oral Science 2009; 51(1): 151-154
- 9.- Moon W-J, Choi SY, Chung EC, Kwon KH, Chae SW. Peripheral Ossifying Fibroma in the oral cavity: CT and MR Findings. Dentomaxillofacial Radiology 2007;36:180-182.
- 10.- Recio L C, Belmonte C, Acosta,Torres, Infante, Torres D., Gutiérrez. Manejo del Granuloma Piógeno gigante. Revista Secib On line 2005: 4:74-89.

Correspondencia

Dra. Sandra Patricia Duarte Hernández
Hospital Privado Anáhuac, tercer piso
Av. Ignacio Ramírez núm. 74 Col. Centro
Código postal 39000
Chilpancingo, Guerrero. México
sdhcmf@hotmail.com
ariadne21_3@hotmail.com