

# Fibroma osificante asociado a un premolar retenido. Estudios radiográficos de un caso clínico.

Revisión de la literatura.

Ossifying fibroma associated with an impacted premolar. Radiographic studies of a case. A review of the literature.

**Diego J. Vázquez**

Jefe de Trabajos Prácticos  
Cátedra de Radiología  
Facultad de Odontología.  
Universidad de Buenos Aires.  
Argentina.

**Néstor H. Osende**

Jefe de Trabajos Prácticos  
Cátedra de Radiología  
Facultad de Odontología-  
Universidad de Buenos Aires.

Argentina.

**Eduardo E. Carabajal**

Profesor Adjunto  
Cátedra de Radiología  
Facultad de Odontología  
Universidad de Buenos Aires.  
Argentina.

Recibido: Julio de 201.

Aceptado para publicación: Agosto de 2010.

## Resumen

Se presenta un caso clínico de un fibroma osificante en una paciente de sexo femenino de 17 años de edad. Se realizan estudios clínicos, radiográficos basados en la técnica panorámica y la técnica oclusal estableciendo como diagnóstico presuntivo al fibroma osificante, teniendo en cuenta los diagnósticos diferenciales en base a la imagen.

A posterior se realizan los estudios histopatológicos confirmando el diagnóstico presuntivo. Basado en lo expuesto se analiza al fibroma osificante según ubicación, sexo, edad y maxilar; habiendo realizado una revisión de la literatura.

**Palabras claves:** *fibroma osificante, técnicas radiológicas, diagnóstico diferencial, biopsia.*

## Abstract

We present a clinical case of ossifying fibroma in a 17-year-old female patient. Clinical and radiographic studies were performed using primarily panoramic and occlusal techniques, resulting in a presumptive diagnosis of ossifying fibroma; a number of possible differential diagnoses were also considered. Next, histopathological studies were carried out, leading to our presumptive diagnosis being confirmed. Based on the data presented in this clinical case and having reviewed the current literature, we analyzed ossifying fibroma in terms of location, gender, age and jaw affected.

**Keywords:** *ossifying fibroma, radiographic techniques, differential diagnosis, biopsy.*

## Introducción

**F**l fibroma osificante (F.O.) es una neoplasia ósea benigna cuya localización principal es en los maxilares y está constituida por tejido conectivo fibroso, con cantidades variables de hueso metaplásico y masas mineralizadas.

El F.O. es una lesión que puede detectarse en estudios de rutina. Dada la escasa sintomatología que produce, con un desarrollo lento aunque expansivo y localmente agresivo, suelen conservan la vitalidad pulpar de las estructuras dentarias involucradas y en algunos casos se ha demostrado que pueden generar reabsorciones radiculares. Suele ser clasificado como una lesión del tipo osteofibrosa, generalmente es encapsulada, lo que la distingue de la displasia fibrosa, con quine muestra cierta similitud tanto clínica como patológica.

Se origina originaria a partir de una metaplasia de restos celulares derivados del ligamento periodontal dentro de un hueso normal, causado por un posible trauma, o partir de una patología gingivo-periodontal. Algunos autores como Berger en 1946 y Bernier en 1959 la consideraron como una variante de la displasia fibrosa, otros como Pindborg en 1951 y Thoma en 1956, la describieron como lesiones neoplásicas<sup>1, 2,3</sup>.

La O.M.S. en el año 2005 clasifica al F.O. como un tumor no odontogénico benigno; el fibroma cementificante y fibroma cemento-osificante son considerados sinónimos debido a que no registran diferencias histológicas entre ambos.

Radiográficamente es una lesión mixta, en la que se observa una radiolucidez primaria a la que se adicionan zonas de radiopacidad media aumentada en el centro de la misma. En general son imágenes circunscriptas y solitarias, aunque se han referido casos de tipo múltiple que se pueden asemejar a una displasia fibrosa.<sup>1, 2,4</sup>

El F.O. se presenta con frecuencia en la tercera y cuarta década de vida. Existe una ligera predilección por el sexo femenino. Su localización es mayor en el sector posteroinferior de la mandíbula.<sup>1, 3, 4, 5, 6, 7, 8</sup>

Aunque es una neoplasia característica de los maxilares también se puede presentar en otros lugares como los huesos esfenoides, temporal, etmoides y frontal. No existe evidencia de que esta lesión pueda transformarse en una lesión maligna.<sup>6, 9</sup>

El objetivo de este trabajo es la presentación

de un caso clínico de un fibroma osificante a través de un diagnóstico clínico, radiográfico e histopatológico y realizar una revisión de la literatura científica.

## Caso clínico

Se presenta a la consulta un paciente de sexo masculino, de 17 años de edad manifestando una inflamación indolora en el sector postero-inferior izquierdo, de aproximadamente 3 años de evolución.

En la anamnesis se observa ausencia del segundo premolar inferior izquierdo con un abultamiento vestibulolingual en la zona aledaña a la pieza ausente.

Como parte importante del diagnóstico, se decide realizar estudios radiográficos. En primer lugar se realiza una radiografía panorámica en cuya imagen se evidencia un área radiolúcida de tipo unilocular con focos radiopacos, de forma redondeada y circunscripta por una cortical radiopaca en relación con un diente retenido, el que presenta su corona hacia mesial a la altura de los incisivos del mismo lado y con orientación oblicua de basal a oclusal (Ver Figura N° 1).

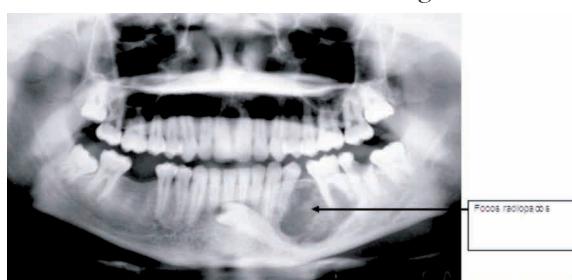


Figura N° 1 En la técnica panorámica se observa el premolar inferior izquierdo desplazado hacia mesial, con una imagen adyacente redondeada y de composición mixta que abarca desde el primer premolar hasta el primer molar inferior izquierdo.

Dada la tumefacción clínica se realiza una toma radiográfica oclusal de la mandíbula en un plano lateralizado con una incidencia de 90°, aunque con una distancia aumentada aproximada a los 40 centímetros entre el foco radiográfico y la zona a estudiar para obtener una imagen más isométrica. En este estudio se observó un soplamiento de las corticales vestibulares y lingüales en más de un centímetro. Por mesial se diagnostica una zona radiopaca compatible con el premolar ausente clínicamente, observándose alrededor de la misma, áreas radiopacas y radiolúcidas que consolidan una imagen mixta. (Ver Figura N° 2).

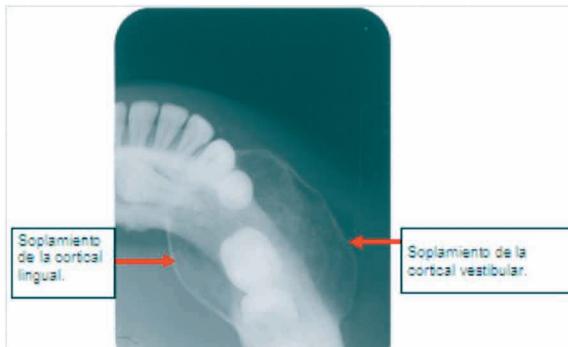


Figura 2. Radiografía con técnica oclusal de la mandíbula en un plano lateralizado con una incidencia a 90°. Se observa expansión de ambas corticales, focos de radiopacidad. El premolar retenido se ubica en una posición mesializada.

De lo expuesto se aborda como presunto diagnóstico al “fibroma osificante” y como diagnóstico diferencial al tumor de Pindborg, Tumor odontogénico epitelial calcificante, displasia fibrosa, quiste dentígero y ameloblastoma uniquístico. Se realizaron los estudios histopatológicos en la Cátedra de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología en la Universidad de Buenos Aires. En el mismo se detallan múltiples fragmentos de tejidos duros y blandos, el mayor de 1,7x 0,7x 0,4 al corte compacto. El estudio confirma la lesión como Fibroma Osificante.

## Discusión

Se debe destacar la importancia de un diagnóstico temprano de esta afección debido a la posibilidad de poder originar expansión del hueso, asimetría facial y desplazamiento dentario.

La posibilidad de contar con una radiografía extraoral de rutina como puede ser la panorámica, nos permite observar ambos maxilares y zonas aledañas a ellas, en el que se puede visualizar la extensión de la lesión en la que no suele presentar sintomatología previa. Es una técnica sencilla, poco costosa y fácil de realizar. Esta técnica se debe complementar con una radiografía oclusal con una incidencia normal a 90° que nos puede permitir observar con certeza un soplamiento de tablas y un objeto como puede ser un diente retenido observado por vestibular, lingual o a lo sumo en el plano intermedio.

En el caso clínico desarrollado, el paciente de 17 años y de sexo masculino no coincide con las estadísticas encontradas en la literatura (mayor incidencia de 20 a 40 años<sup>13</sup> y el sexo femenino más frecuente que el masculino),<sup>10</sup> pero coincide la ubicación de la lesión siendo la zona de

premolares y molares la de mayor frecuencia y en la mandíbula se sitúan según la literatura consultada, mayores apariciones con respecto al maxilar.<sup>11, 12,13</sup>

El desplazamiento de los dientes y la reabsorción radicular son hallazgos y en muy pocos casos se ve a esta lesión asociada a un diente retenido, no coincidiendo con el caso clínico presentado.

El tamaño de la lesión puede variar desde 0,2 cm a 15 cm de diámetro, en nuestro caso el tamaño de la lesión fue de 1,7 cm x 0,7 cm.

Es importante diferenciar al F.O. con una variante que se encuentra en las primeras décadas de vida como lo es fibroma osificante juvenil en la que habría una diferenciación histopatológica y suele ser de crecimiento rápido y se encuentran en individuos menores de 17 años.<sup>7, 8, 14,15</sup>

El estudio radiográfico debe ser realizado en al menos dos sentidos del espacio perpendiculares entre sí, ya sea como screening test, para alta complejidad (cortes sagitales y axiales respectivamente) o como alternativa en el caso de no poder acceder a esta última, las que en general son requeridas en cirugías en el maxilar superior. Dada la probable expansión de esta lesión se sugiere como probables técnicas de rutina a utilizar.

Al mismo tiempo debemos destacar que los estudios por imágenes pueden orientar al diagnóstico presuntivo, siendo definitivo tan solo el análisis histopatológico, tal como se describe en el caso presentado.

## Conclusiones

Se ha presentado un caso clínico en el que se observa la presencia de un fibroma osificante. Se han descrito algunas de las técnicas radiográficas útiles para su diagnóstico, destacando a la radiografía panorámica para abarcar la visualización completa de los maxilares y la radiografía oclusal con una incidencia de 90° como técnicas perpendicular, permitiendo establecer una imagen axial de la patología.

## Bibliografía

- 1- Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M. Histological typing of odontogenic tumours. WHO International histological classification of tumours. Berlin: Springer-Verlag; 1992;21.
- 2- Fanibunda K, Reed MF. Cemento-ossifying fibroma of the mandible. Dentomaxillofac Radiol. 1997;26(4):246-8.
- 3- Martín-Granizo R, Sánchez-Cuéllar A, Falahat F. Cement ossifying fibroma of the upper gingivae. Otolaryngol Head Neck Surg 2000; 122: 775.

- 4- Sapp J. Eversole L. Wisocky G.:Patología Oral y MáximoFacial Contemporánea. Editorial Elsevier. España, 2003.
- 5- Fuentes Vázquez F., Mendoza Rosas V.. Fibroma osificante: Reporte de un caso clínico y revisión de la literatura. Rev. Odontol. Mex. 2006; 10(2):88-92
- 6- Passos M, Azevedo R, Janini ME, Maia LC. Peripheral cemento-ossifying fibroma in a child: a case report. J Clin Pediatr Dent. 2007 Fall;32(1):57-9.
- 7- Mollaoglu N, Tokman B, Kahraman S, Cetiner S, Yucetas S, Uluoglu O. An unusual presentation of ossifying fibromyxoid tumor of the mandible: a case report. J Clin Pediatr Dent. 2006; 31(2):136-8.
- 8- Pérez-García 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.
- 9- Montenegro M., Guzmán C.. Fibroma Osificante Juvenil Agresivo en Maxilar Superior. Revista Dental de Chile 2009; 100 (1)
- 10- Farquhar T, Maclellan J, Dyment H, Anderson RD. Peripheral ossifying fibroma: a case report. J Can Dent Assoc. 2008 Nov;74(9):809-12.
- 11- Salum FG, Yurgel LS, Cherubini K, De Figueiredo MA, Medeiros IC, Nicola FS Pyogenic granuloma, peripheral giant cell granuloma and peripheral ossifying fibroma: retrospective analysis of 138 cases. Minerva Stomatol. 2008 May;57(5):227-32.
- 12- Tchane IB, Adjibabi W, Biaou O, Alamou S, Balle M, Alao N, Nepo T, Hounkpe Y. Cemento-ossifying fibroma: two cases. Rev Stomatol Chir Maxillofac. 2005;106(1):30-2.
- 13- Jayachandran S, Meenakshi R. Cemento ossifying fibroma. Indian J Dent Res. 2004;15(1):35-9.
- 14- Patil K, Mahima VG, Balaji P. Juvenile aggressive cemento-ossifying fibroma. A case report. Indian J Dent Res. 2003;14(1):59-66.
- 15- Knutsen BM, Larheim TA, Johannessen S, Hillestad J, Solheim T, Koppang HS. Recurrent conventional cemento-ossifying fibroma of the mandible. Dentomaxillofac Radiol. 2002;31(1):65-8.

*Correspondencia*

**Dr. Diego J. Vázquez.**  
Av. Corrientes 2362 piso 2 Depto "C".  
CP 1046  
Ciudad de Buenos Aires, Argentina  
jv983@hotmail.com.ar