

Fibroma osificante juvenil. Comunicación de un caso•

Sandra Vanessa Martínez Juárez,* María del Pilar Sánchez Rivera**

Resumen

El fibroma osificante juvenil se considera una neoplasia benigna de crecimiento rápido, comúnmente diagnosticada entre los 5 y 10 años de edad. Su manifestación es más frecuente en el maxilar que en la mandíbula, aunque su localización principal es en la cavidad nasal, los senos paranasales y la órbita. Se comunica el caso de un paciente de 12 años de edad, sus datos clínicos y tomográficos, y el tratamiento efectuado.

Palabras clave:

fibroma osificante juvenil, tratamiento.

Abstract

The juvenile ossifying fibroma is a rapidly growing neoplasm most commonly seen in patients between 5 to 15 years of age. The maxilla is more frequently involved than the mandible is it; although usually arise from nasal cavity, paranasal sinuses, and the orbit. The case of a male, 12 years old patient is presented. His clinical and tomographic data and treatment are described.

Key words:

fibroma osificante juvenil, tratamiento.

Introducción

El fibroma osificante juvenil se considera una neoplasia osteofibrosa benigna de crecimiento rápido, comúnmente diagnosticada entre los 5 y 15 años de edad. Su manifestación es mas frecuente en el hueso maxilar que en la mandíbula, aunque principalmente se localiza en la cavidad nasal, los senos paranasales y la órbita. Este tumor no suele causar síntomas, es de gran tamaño, muestra un comportamiento agresivo, produce destrucción significativa del hueso afectado y tiene gran tendencia a la recurrencia (30 a 58%).

Caso clínico

Paciente masculino de 12 años de edad, católico, estudiante de secundaria, originario del estado de Hidalgo, con hábitos higiénico-dietéticos regulares en calidad y cantidad; sin an-

tecedentes heredofamiliares de importancia. Dentro de sus antecedentes personales patológicos refirió asma bronquial desde los tres meses de edad, actualmente en tratamiento con salbutamol y ketotifeno.

Inició su padecimiento actual siete meses antes de ingresar al servicio de otorrinolaringología, con aumento de volumen en el paladar duro derecho, de crecimiento progresivo, indoloro y de consistencia dura; obstrucción nasal bilateral (de inicio gradual y progresivo, llegando a ser constante y de predominio derecho) y rinorrea anterior hialina, bilateral.

En la exploración física se observó al paciente despierto, conciente y cooperador, con adecuada hidratación y coloración de los tegumentos; bien conformado, de constitución obesa, con posición libremente escogida/encogida. A la otoscopia se encontraron conductos auditivos permeables,

• **Trabajo realizado en el servicio de otorrinolaringología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE.**

* Médico especialista en otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello.

** Médico adscrito al servicio de otorrinolaringología
Hospital General José María Rodríguez, ISEM.

Correspondencia: Dra. Sandra Vanessa Martínez Juárez. Calle "H" 252, altos número 25, colonia Nueva. CP 21100, Mexicali B.C. México.
Correo electrónico: sandymj@hotmail.com
Recibido: abril, 2009. Aceptado: mayo, 2009.

Este artículo debe citarse como: Martínez JSV, Sánchez RMP. Fibroma osificante juvenil: Comunicación de un caso. *An Orl Mex* 2009;54(3):

membranas timpánicas íntegras, de adecuada coloración, membrana izquierda con apropiada movilidad a las maniobras de Toynbe y Valsalva, derecha hipomovil, ambas sin alteraciones transmembrana. Nariz con pirámide central, dorso regular y *septum* alineado; fosa nasal derecha con elevación proveniente de su piso, superficie mucosa de aspecto normal, de consistencia dura, no dolorosa a la palpación que obstruía 70% de la fosa nasal y desplazaba superiormente el cornete inferior y la pared lateral, sin descarga por los meatos. La fosa nasal izquierda permeable. Cavidad oral con mucosa bien hidratada y adecuada coloración, paladar duro con abombamiento/abultamiento y aumento de volumen del lado derecho, de consistencia dura, no dolorosa, con superficie de la mucosa de aspecto normal y bordes regulares (figura 1). El paladar blando y la úvula sin alteraciones; amígdalas intravélicas. El resto de la exploración sin alteraciones.



Figura 1. Paladar duro con abombamiento/abultamiento y aumento de volumen del lado derecho.

La tomografía simple de nariz y senos paranasales en cortes axiales mostró una lesión de contornos regulares, bien definidos, de densidad homogénea que ocupaba la fosa nasal derecha, desplazaba el *septum* nasal y la pared lateral nasal; esta misma densidad ocupaba el seno maxilar derecho (80%), y era levemente heterogénea (figura 2). En los cortes coronales se observó la misma lesión, con densidad heterogénea, que obstruía la fosa nasal derecha (figura 3), desplazaba el *septum* nasal hacia la izquierda y ocupaba todo el seno maxilar derecho (figura 4). En otro corte coronal se observó la misma densidad heterogénea, que obstruía la fosa nasal derecha y desplazaba el *septum* nasal, con desplazamiento del piso nasal hacia la cavidad oral, dando el efecto de abombamiento/abultamiento (figura 5).

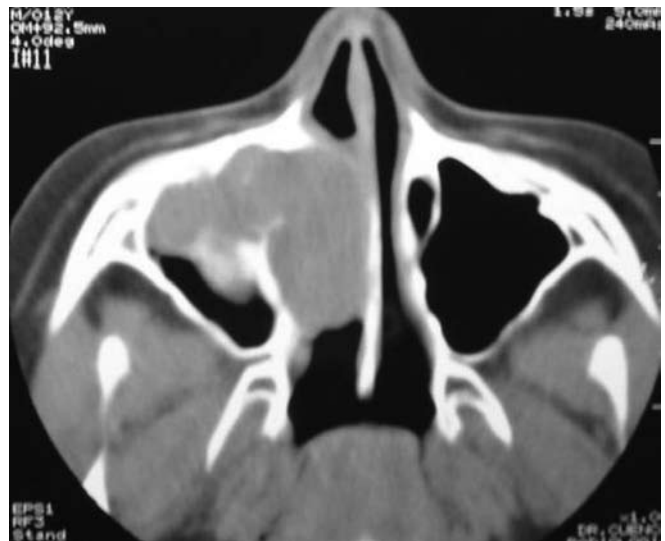


Figura 2. Tomografía simple de nariz y senos paranasales con lesión en el seno maxilar derecho (80%), era levemente heterogénea.



Figura 3. Tomografía que muestra obstrucción en la fosa nasal derecha.

De acuerdo con los hallazgos clínicos y radiológicos decidió realizarse una biopsia escisional por abordaje Caldwell Luc derecho. El reporte histopatológico definitivo fue fibroma osificante juvenil de variedad psammomatoide.

Conclusiones

El fibroma osificante es un tumor poco frecuente, pues representa menos de 5% de los tumores óseos benignos. La neoplasia aparece predominantemente en la población infantil (se manifiesta en 70% de los pacientes de 15 años de edad). El diagnóstico diferencial del fibroma osificante juvenil se realiza con la displasia fibrosa y el quiste óseo aneurismático.



Figura 4. Desplazamiento del *septum* nasal hacia la izquierda, con ocupación en todo el seno maxilar derecho.

Desde el punto de vista histológico, el fibroma osificante juvenil muestra pequeñas masas esféricas de material osteoide, de tamaño uniforme, que se encuentran dispersas en el estroma fibroblástico. El tratamiento de elección consiste en extirpación quirúrgica. Con frecuencia se remueve por enucleación o curetaje/raspado; otra alternativa es la resección en bloque. Este tumor no es radiosensible ni se han reportado casos de transformación/evolución maligna.

Bibliografía

1. Cañón OL, Rodríguez MJ. Fibroma osificante juvenil: reporte de un caso. *Med UNAB* 2003;6(17):102-6.
2. Affleck BD, Malis DJ, Whittemore DE, Torgerson SJ. Psammomatoid ossifying fibroma of the temporal bone. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;126:585-7.
3. El-Mofty S. Psammomatoid and trabecular juvenile ossifying fibroma of the craniofacial skeleton: two distinct clinicopathologic entities. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 2002;93(3):296-304.
4. Su L, Weathers DR, Waldron CA. Distinguishing features of focal cemento-osseous dysplasia and cemento-ossifying fibroma: II. A clinical and radiologic spectrum of 316 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1997;84(5):540-9.
5. Nakagawa K, Takasato Y, Ito Y, Yamada K. Ossifying fibroma involving the paranasal sinuses, orbit and anterior cranial fossa: case report. *Neurosurgery online* 1995;36(6):1192-5.
6. Kiubba JJ, Younai F. Ossifying fibroma of the mandible and maxilla: review of 18 cases. *Oral Pathol* 1989;18:315-21.
7. Halkias L, Larsen P, Allen C, Steinberg M. Benign fibro-osseous diseases. Current concepts in historical perspective. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 1997;9:551-62.
8. Leimola-Virtanen R, Vähätalo K, Syrjänen S. Juvenile active ossifying fibroma of the mandible: a report of 2 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2001;59:439-44.



Figura 5. Obstrucción en la fosa nasal derecha, con desplazamiento del *septum* y del piso nasal hacia la cavidad oral, dando el efecto de abombamiento/abultamiento.