

Fibroma osificante periférico. Presentación de caso

Peripheral ossifying fibroma. Case report

MSc. Rosa María Guerra Betancourt^{1*}

Esp. Miraima Rico Chapman¹

Esp. Mabel Rodríguez Nieves²

Esp. Mercedes Segui Sánchez³

¹ Policlínico Docente Alcides Pino. Holguín, Cuba.

² Policlínico Belkis Soto. Ciego de Ávila, Cuba.

³ Hospital General Docente Vladimir Ilich Lenin. Holguín, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: katerine@cisat.cu

RESUMEN

El fibroma osificante periférico es un proceso tumoral benigno de los tejidos blandos que eleva la papila interdental y su etiología es controversial, aunque se ha asociado a la presencia de irritantes locales. Se presenta como una lesión firme, de crecimiento lento y coloración de normal a enrojecida. Es más frecuente en el género femenino, durante las segunda y tercera décadas de la vida. El caso clínico que presentamos es de una paciente femenina de 44 años con lesión tumoral en encía de 6 meses de evolución, como una masa gingival exofística, bien delimitada, de bordes regulares, consistencia dura, tamaño alrededor de 2 cm, que se extiende por vestibular desde 41 a 43 e incluye la papila lingual entre 42 y 43, de color rosado con zonas enrojecidas, superficie lisa y algunas ulceraciones superficiales. La radiografía periapical muestra la erosión del tabique interdentario entre 42 y 43.

Se realizó la extirpación quirúrgica de la lesión, y el estudio histopatológico permitió el diagnóstico definitivo de fibroma osificante periférico.

Palabras clave: fibroma osificante periférico, procesos proliferativos, periodonto.

ABSTRACT

The peripheral ossifying fibroma is a benign tumor process which appears in the soft tissues, rising up the interdental papilla. It possesses a controversial ethiology, though it is associated to the presence of local irritants. It is presented as a steady slow growing lesion with from normal to reddish colors more frequently in females, during the second and third decades of life. The clinical case we present is about a 44 years old female patient with a 6 months of evolution tumor lesion in her gingiva as an exophytic gingival mass, well delimited with regular borders, hard consistency, around 2 cm, which can be extended from 41 to 43 vestibular and includes the lingual papilla with pink color to reddish zones, smooth surface and some superficial ulcerations. The X-ray showed the interdental septum erosion between 42 and 43. The removal surgery of the lesion was made, and the histopathological study permitted definitive diagnosis as a peripheral ossifying fibroma.

Keywords: peripheral ossifying fibroma, proliferating processes, periodontium.

Recibido: 21/02/2018.

Aprobado: 10/05/2018

Introducción

Los procesos proliferativos del periodonto constituyen respuestas fibrosas o papilomatosas ante estímulos irritativos como la presencia de placa, cálculo, restauraciones deficientes, prótesis mal adaptadas, aparatología de ortodoncia, entre otras.⁽¹⁾ Las hiperplasias reactivas de la encía derivan de las células supraóseas del ligamento periodontal. Actualmente se

clasifican en hiperplasia fibrosa focal, granuloma piogénico, fibroma osificante periférico (FOP) y granuloma periférico de células gigantes.⁽²⁾

El FOP es una lesión tumoral benigna de los tejidos blandos que eleva la papila interdental y su etiología es controversial.³ Se presenta como una lesión firme, de crecimiento lento. Es más frecuente en el género femenino, durante la segunda y tercera décadas de la vida.⁽⁴⁾

Radiográficamente la mayoría de los casos no muestran resorción ósea subyacente superficial del hueso y en algunas ocasiones aparece una erosión dependiendo del grado de mineralización de la lesión.⁵ Histológicamente se aprecia metaplasia del tejido conectivo, provocando la formación de hueso o calcificaciones distróficas.⁽⁶⁾

El diagnóstico diferencial del FOP incluye lesiones con aspecto similar como hiperplasia fibrosa, granuloma periférico de células gigantes, granuloma piógeno, granuloma telangiectásico y el fibroma odontogénico periférico, así como otras neoplasias de la cavidad bucal. El diagnóstico establecido depende de la biopsia.⁷⁻⁹ La eliminación quirúrgica es el tratamiento de elección. Se requiere el control de los factores de riesgo dada su elevada tasa de recidiva.^(8,10)

Presentación de Caso

Paciente femenina de 44 años de edad, negra, con antecedentes de salud que acude a consulta de Periodoncia del Policlínico Alcides Pino, Holguín, Cuba, por presentar lesión tumoral en encía de 6 meses de evolución, no dolorosa, que interfiere la fisioterapia bucal y la masticación. Al examen clínico se aprecia una lesión exofística, pediculada, bien delimitada, de bordes regulares, consistencia dura, tamaño alrededor de 2 cm, que se extiende por vestibular desde 41 a 43 e incluye la papila lingual entre 42 y 43, de color rosado con zonas enrojecidas y superficie lisa, destacándose algunas ulceraciones superficiales (fig. 1).



Fig. 1. Aspecto clínico de la lesión

La radiografía periapical muestra la erosión del tabique interdentario entre 42 y 43. Con la impresión diagnóstica de granuloma reparativo periférico de células gigantes se procedió a la excéresis quirúrgica.

Para la resección de la lesión se utilizó anestesia infiltrativa y lidocaína al 2%, incisión con bisturí Bard Parker y hoja Nro. 15 manteniendo pinzada la lesión, curetaje y alisado radicular, irrigación subgingival con clorhexidina al 0,12%, hemostasia con torundas y colocación de cemento quirúrgico en la zona intervenida.

El estudio histopatológico mostró abundante tejido conectivo fibroso con zonas de hialinización, cambios mixoides y áreas de calcificación, permitiendo el diagnóstico de FOP (fig. 2,3). La evolución de la paciente fue satisfactoria (fig. 4).

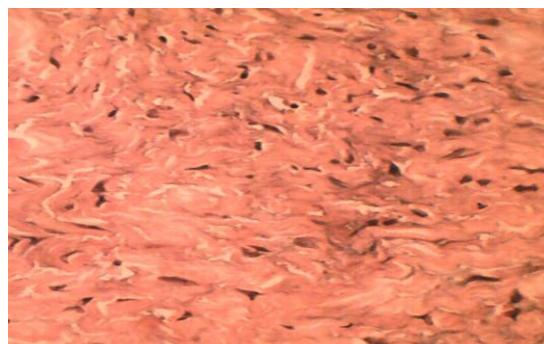


Fig. 2. Hematoxilina-eosina. Proliferación fibrosa (izquierda)

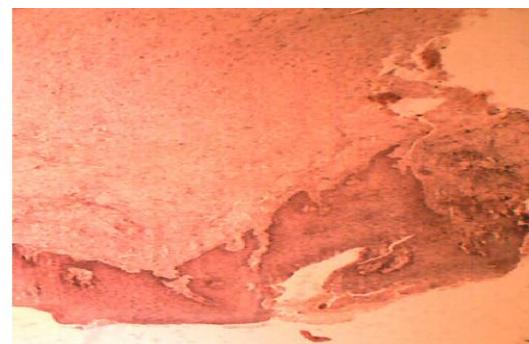


Fig. 3. Área de calcificación (derecha)



Fig. 4. Aspecto post-operatorio a los 6 meses

Discusión

El FOP es una lesión que se origina a partir de la membrana del periostio o del ligamento periodontal y sus células indiferenciadas pueden convertirse en hueso laminar, tejido fibroso o cemento. Fue descrita por Menzel en 1842, pero Montgomery en 1927 le dio esa denominación; otros términos usados para definirla son: épulis fibroide osificante, fibroma periférico con calcificación y granuloma fibroblástico calcificante.⁽¹⁾

Clínicamente se presenta como un aumento de volumen localizado, de base sésil o pediculado, coloración que varía desde normal a enrojecida y superficie lisa, aunque puede presentar ulceraciones. La localización más común es la parte anterior del hueso maxilar, algunos autores apuntan hacia la región anterior mandibular.⁽¹⁾

Desde el punto de vista radiográfico la principal característica de la lesión es el límite bien definido de sus bordes. Puede presentar un cuadro variable, dependiendo de la fase de desarrollo o de la cantidad de calcificación. En la fase inicial, aparece como un área radiolúcida sin evidencias de radiopacidad en su interior, A pesar de que Contreras y col.⁽⁶⁾ señalan que no es común puede apreciarse resorción ósea subyacente y desplazamiento dentario como en el caso que describimos.

No se puede llegar a un diagnóstico de certeza de esta patología sin realizar un correcto estudio anatomo-patológico. El FOP histológicamente puede presentar un epitelio escamoso estratificado intacto o completamente ulcerado, paraqueratinizado, hiperplásico y con exudado fibrinoso. A nivel del tejido conectivo es una lesión fibro-ósea, donde predominan los fibroblastos, miofibroblastos, fibras colágeno e infiltrado inflamatorio crónico; con proliferación de células endoteliales, focos de material mineralizado, que puede ser hueso maduro o inmaduro y de tipo cortical o esponjoso; cemento radicular; calcificación distrófica o combinación de las anteriores.⁽⁶⁾

La escisión quirúrgica es el tratamiento de elección, algunos autores consideran que es improbable la involución espontánea.⁸⁻¹⁰ La tasa de recidiva llega a ser del 30 al 58%, la escisión quirúrgica cuidadosa con extirpación completa de la lesión, incluyendo márgenes de seguridad y periostio, minimiza el riesgo de recidiva.

Referencias Bibliográficas

1. Trovati Moreti LC, Martins Pimentel ST, Pezati Boer NC, De Cássia Vilarim R, Gonzales Camara Fernandes K. Fibroma ossificante periférico: relato de caso. *Arch Health Invest.* 2016[citado 10 mar 2017]; 5(2): 106-111. Disponible en: <http://archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/viewFile/1305/pdf>
2. Buchner A, Shnaiderman Shapiro A, Vered M. Relative frequency of localized reactive hyperplastic lesions of the gingiva. A retrospective study of 1675 cases from Israel. *J Oral Pathol Med.* 2010[citado 10 mar 2017]; 39(8): 631-638. Disponible en: onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0714.2010.00895.x/full
3. Pérez Álvarez D, González Sánchez MA, Berini Aytés L, Gay Escoda C. Fibroma osificante periférico: Presentación de tres casos y revisión de la literatura. *Av Odontoestomatol.* 2011 [citado 10 sep 2018] ; 27(4): 183-188. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852011000400002&lng=es

4. Farias Leite KM, Gonzaga Rodrígues F, Coelho Rodrígues TL, Leite Vieira de Figueiredo CR. Fibroma Osificante periférico: presentación de caso clínico. Act Odontol Venezolana. 2011[citado 10 mar 2017]; 49(3).Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/3/art-16/>
5. Moret YN, González JM, López Labady J, García J, Sánchez C, Gómez F. Fibroma osificante periférico asociado a resorción ósea - Revisión de la literatura y presentación de un caso. Act Odontol Venezolana.2013 [citado 10 mar 2017]; 51(1).Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/1/art-15/>
6. Contreras Delgado CA, Garay A, Rosales H, Krupp S, Vallejos A, Romero H, *et al.* Fibroma osificante periférico. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Act Bioclínica. 2016[citado 10 mar 2017];6(11): 86-95. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/actabioclinica/article/view/7371>
7. Galvão Barboza CA, Bastos Alves L, Ginani F, Leite Vieira De Figueiredo CR,. Gingival giant cell fibroma of unusual size. Rev Cubana Estomatol. 2016[citado 10 mar 2017];53(2).Disponible en:<http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubest/esc-2016/esc162j.pdf>
8. Cordero Torres K, Pardo Carrasco N, Arellano Rojas A. Granuloma piógeno de presentación inusual: Reporte de un caso. Rev Odontol Vital. 2016[citado 10 mar 2017]; 2(25): 35-42. Disponible en: <https://ulatina.ac.cr/comunidad/odontologia/ODONTOLOGI%CC%81A%20VITAL%2025.pdf#page=37>
9. Grillo Reyes G, Concepción Delgado A, Treto Prieto MD. Fibroma de encía. A propósito de un paciente. Acta Méd Centro. 2017[citado 10 mar 2018]; 11 (1): 67-71. <http://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2017/mec171j.pdf>

10. Suter V, Reichart P, Warnakulasuriya S, Jörg Altermatt H, Bomstein M. Fibromas e hiperplasias fibrosas: Diagnóstico, tratamiento y relevancia clínica de una alteración oral frecuente. *Quintessence*. 2014[citado 10 mar 2018]; 2 (8): 582-591. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4843887>