

Fibroma osificante periférico (FOP) recurrente. Reporte de un caso

Peripheral recurrent ossifying fibroma. A case report

Yolanda Bojórquez-Anaya,* Jorge Armando López-Mendoza,**
Nicolás Serafín Higuera,* Norma Patricia Figueroa Fernández.**

*Profesora del Posgrado de Periodoncia.

**Profesor de Patología Bucal.

*Profesor.

**Profesora de Cirugía Bucal.

Facultad de Odontología Mexicali, Universidad Autónoma de Baja California (FOM, UABC).

Resumen

Fibroma osificante periférico es una lesión benigna que se presenta en los maxilares, más frecuentemente en mujeres. Clínicamente se presenta como una lesión prominente que emerge generalmente de las papilas interdentes, de color semejante a la encía adyacente, de base sésil o pediculada, que puede alcanzar grandes dimensiones y desplazamiento dental. No sangra, generalmente indolora y su eliminación debe ser completa para evitar recidivas. Se presenta un caso clínico de paciente femenina que acude a consulta periodontal para la eliminación de un tejido en la zona de anteriores inferiores que interfiere la oclusión, de consistencia firme, sésil, indoloro, sin exudado, bien circunscrito con abundante placa bacteriana y cálculo dental. Se realiza fase higiénica de la boca para proceder a la eliminación de la lesión mediante escisión quirúrgica y evaluación histopatológica, diagnosticándose como fibroma osificante periférico. A los dos años la paciente regresa a consulta con una lesión mayor recidivante, pediculada, indolora en la misma área quirúrgica con desplazamiento de los incisivos anteriores del tercer cuadrante, placa bacteriana y cálculo presente. Se realiza escisión de la lesión y examen histopatológico cuyo resultado confirma un fibroma osificante periférico. Se realiza seguimiento de la paciente durante un año. Es importante que el odontólogo realice identificación clínica e histológica y seguimiento de este tipo de lesiones a pesar de hacerse la escisión completa para reducir la pérdida dental asociada.

Palabras clave: fibroma osificante periférico, recidiva, granuloma, agrandamiento gingival.

Abstract

Peripheral ossifying fibroma is a benign lesion that occurs in the jaws, most frequently in women. Clinically, it presents as a prominent lesion that usually emerges from the interdental papillae, similar in color to the adjacent gingiva, sessile or pedicled base, which can reach large dimensions and dental displacement. It does not bleed, usually painless and its elimination must be complete to avoid recurrences. We present a clinical case of a female patient who attended periodontal consultation for the removal of a tissue in the lower anterior area that interferes with the occlusion, firm consistency, sessile, painless, without exudate, well circumscribed with abundant bacterial plaque and dental calculus. The hygienic phase of the mouth is performed to proceed to the elimination of the lesion by surgical excision and histopathological evaluation, diagnosing itself as peripheral ossifying fibroma. After two years, the patient returned to the clinic with a recurrent, pedunculated, painless major lesion in the same surgical area with displacement of the anterior incisors of the third quadrant, bacterial plaque and present calculus. The lesion was excised and histopathological examination confirmed the result of a peripheral ossifying fibroma. The patient is followed for one year. It is important that the dentist perform clinical and histological identification and follow-up of this type of lesions despite having the complete excision to reduce the associated dental loss.

Key words: peripheral ossifying fibroma, recurrence, granuloma, gingival enlargement.

INTRODUCCIÓN

El fibroma osificante periférico, se considera por muchos autores una lesión focal reactiva no neoplásica de los tejidos blandos periodontales que comúnmente se desarrollan a partir de la papila interdental.¹⁻⁵ A través de los años ha adquirido diferentes denominaciones como son: neoplasia osteofibrosa benigna,⁶ fibroma cementificante periférico, fibroma periférico con cementogénesis, fibroma periférico con calcificación.^{7,8}

Los principales diagnósticos diferenciales incluyen: granuloma piógeno, hiperplasia fibrosa, granuloma periférico de células gigantes y tumores ontogénicos periféricos.⁹

Clínicamente pueden ser observadas como un nódulo asintomático de base sésil o pediculada que se origina en la papila interdental, de consistencia firme y de superficie eritematosa ulcerada o del mismo color del tejido adyacente.^{2,10-14} La mayoría de los casos presenta un diámetro menor de dos centímetros, aunque algunos casos pueden presentarse de gran tamaño. Tiene predilección por el género femenino (5:1) y el 50% de los casos se localizan en la región anterior del maxilar con un pico de incidencia entre la segunda y tercera década de la vida.¹⁵⁻¹⁹ Se presenta asintomático, indoloro y puede ocasionar una importante deformidad estética y funcional.²⁰

Radiográficamente en la mayoría de los casos no afecta tejido óseo pero en ocasiones causa resorción de la cresta ósea alveolar, con separación y migración de los dientes adyacentes.^{11,21} El tratamiento consiste en escisión quirúrgica de la lesión incluyendo periostio y ligamento periodontal, así como dientes involucrados para evitar recidivas²² así mismo en enfatizar en la eliminación completa de factores irritantes locales, ya que si persisten el índice de recidivas puede incrementarse considerablemente.²³ El propósito de este documento es presentar un caso de FOP con recidiva agresiva, además realizar una revisión de las características clínico patológicas.

REPORTE DE CASO

Se trata de un paciente de sexo femenino de 32 años de edad, que acude a evaluación periodontal debido a un aumento de volumen asintomático del mismo color de la mucosa adyacente, de consistencia firme y con base pediculada localizado en la papila interdental entre incisivo lateral y canino inferiores del lado izquierdo los cuales fueron ligeramente desplazados por la lesión (*figura 1a*). El aumento de volumen media dos centímetros y la paciente refirió un tiempo de evolución de seis meses aproximadamente. Se observó también acumulación de placa bacteriana y cálculo dental. Radiográficamente se aprecia pérdida leve de la cresta ósea (*figura 1b y c*). Se emite diagnóstico presuntivo de granuloma piógeno y se procede a realizar biopsia excisional y estudio histopatológico. En los cortes histológicos teñidos con hematoxilina y eosina se observó múltiples calcificaciones de tipo distróficas en un estroma de tejido conectivo fibroso denso con proliferación endotelial, neoformación vascular y entremezclado con infiltrado inflamatorio crónico moderado difuso por lo que se emite diagnóstico

histopatológico de fibroma osificante periférico (*figura 1d*).

Dos años después, la paciente se presentó con una lesión recidivante la cual consistía en un aumento de volumen exofítico asintomático, con dimensiones de 40 x 23 x 20 mm, de consistencia firme y base pediculada. Debido a las dimensiones provocaba asimetría facial y dificultaba los movimientos linguales (*figura 2a*). En general se observaron depósitos de placaca bacteriana, cálculo dental y sangrado gingival. Radiográficamente se observó desplazamiento de incisivo central inferior izquierdo, trabeculado óseo normal del área sin evidencia de resorción ósea. Previa eliminación de cálculo dental e instrucción de higiene oral se procedió a realizar biopsia escisional con bisturí y osteotomía del área además de extracción de incisivo central inferior izquierdo (*figura 2b*). Para confirmar el diagnóstico de FOP se indicó nuevamente un estudio histopatológico de la muestra donde se observaron abundantes calcificaciones de tipo distróficas las cuales forman trabéculas óseas entremezcladas con un estroma de tejido conectivo fibroso denso hiper celular, bien vascularizado y con infiltrado inflamatorio crónico moderado difuso (*figura 2c y d*). Se llevó a cabo el seguimiento clínico de la paciente con citas cada tres meses durante un año (*figura 2e*).

DISCUSIÓN

El fibroma osificante periférico es considerado una lesión benigna de la cavidad bucal, y diversos estudios^{1,3,17,18} consideran para su desarrollo los siguientes factores etiológicos: traumatismo, irritación crónica, higiene deficiente, rehabilitación protésica no ajustada, mal posición dental, biopelícula, cálculo, restos radiculares, extracciones, restos celulares ectópicos del ligamento periodontal. Se ha reportado ya una tasa de recurrencia hasta del 7-20%^{3,14,16,24,25} por remoción incompleta de la lesión, o daño continuo o persistencia de irritantes locales. Otros factores involucrados en la recidiva podrían ser la aparición de defectos o lesiones periodontales e incluso la pérdida de diente adyacente por la mayor destrucción ósea que se produce a largo plazo.¹⁹ La etiología del FOP no está bien entendida y en el intento de producir conocimiento en este campo han sido postuladas dos teorías: en la primera la lesión inicia como un granuloma piógeno que se calcifica y la segunda dice que se origina de una hiperplasia inflamatoria en las células del ligamento periodontal, ésta segunda es por mucho la más aceptada ya que el FOP ocurre exclusivamente en la encía y en proximidad en el ligamento periodontal. Por tal motivo el tratamiento normalmente indicado involucra escisión quirúrgica de la lesión, incluyendo el ligamento periodontal, periostio y diente si se encuentra afectado.²⁶

Estudios interesantes de FOP han observado microscópicamente material de cemento o hueso en un estroma de tejido conjuntivo fibroso y tejido benigno con focos de calcificación asintomáticos.^{6,27} Otros autores han reportado la presencia de epitelio odontogénico y células proliferantes de origen miofibroblástico, sin células gigantes.²⁸ Así mismo, Kenney J.N. y cols., desde 1989 encontraron una tumoración rodeada de epitelio escamoso estratificado

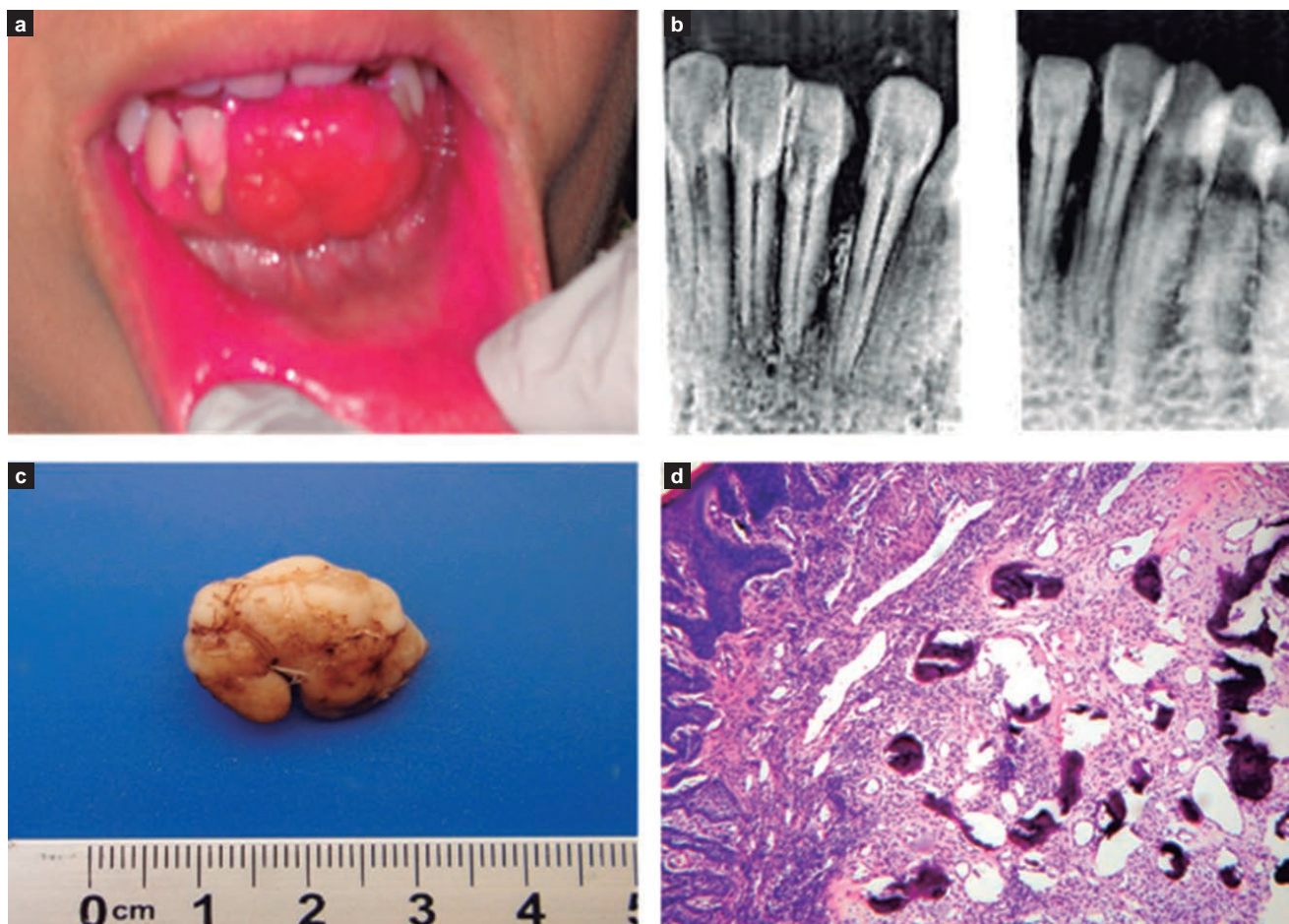


Figura 1. A. Aumento de volumen mucosa de la encía, B. Radiografía de incisivos, pérdida ligera de cresta ósea, C. Pieza extirpada para análisis patológico, D. Corte histológico hematoxilina y eosina

ulcerado o no y tejido conectivo con áreas centrales de material calcificado. Por otra parte Kumar S 2006, Ono A 2007 y cols.²⁹ lo describen histológicamente por presentar tejido conectivo fibroso con fibroblastos, miofibroblastos y colágeno así como por tener una proliferación endotelial profusa y presentar material mineralizado en su interior que puede ser hueso, cemento radicular o calcificaciones. Otros estudios coinciden en que su diagnóstico ha sido complejo debido a sus características clínicas e histológicas comunes a otras lesiones.⁴

CONCLUSIÓN

Actualmente la paciente se encuentra en observación periódica con sesiones de revisión, eliminación de depósitos sobre los dientes cada seis meses para evitar cualquier factor

que promueva la recidiva de tejido en el área. Es importante en esta tumoración un diagnóstico oportuno y la remoción total de la lesión.

REFERENCIAS

1. Arcos CM, 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): 137-40.
2. Farquhar T, Maclellan J, Diment H, Anderson R. Peripheral ossifying fibroma: a case report. *JCDA* 2008; 74(9): 809-12.
3. Kumar SK, Ram S, Jorgensen MG, Shuler CF, Sedghizadeh PP. Multicentric Peripheral Ossifying Fibroma. *J Oral Sci* 2006; 48: 239-43.
4. Pal S, Hegde S, Ajila V. The varying clinical presentations of peripheral ossifying fibroma: A report of three cases. *Rev Odonto Cienc* 2012; 27: 251-55.

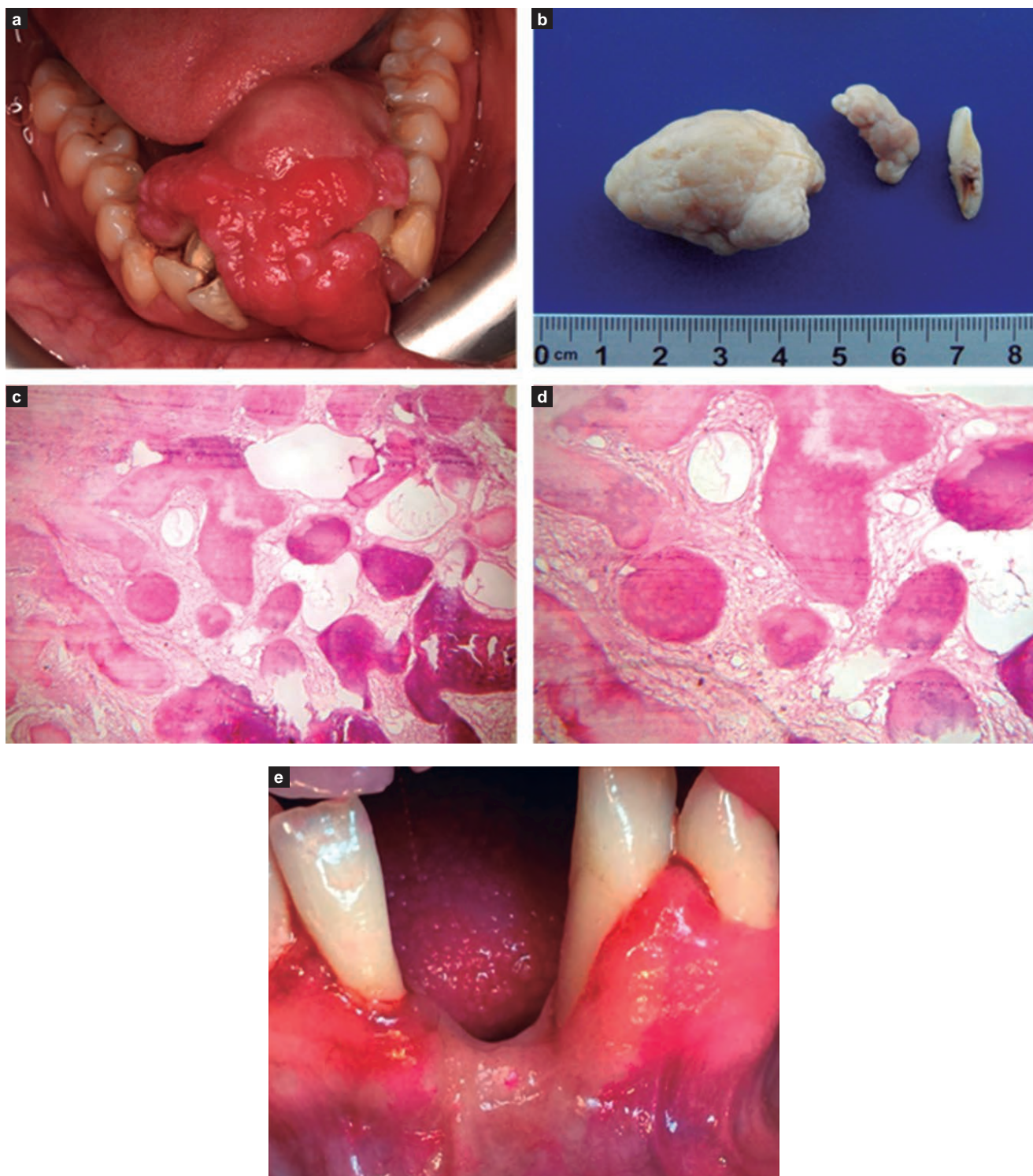


Figura 2. Dos años después del primer tratamiento **A.** Lesión recidivante, **B.** Cálculo dental e incisivo central inferior izquierdo extirpada para análisis patológico, **C.** y **D.** Imágenes histopatológicas, se observan abundantes calcificaciones. **E.** A 12 meses de tratamiento.

5. Yadav R, Gulati A. Peripheral Ossifying Fibroma: a case report. *Journal of oral Science* 2009; 51(1): 151-54.
6. Kramer IR, Pindborg JJ, Shear M. *Histological typing of odontogenic tumours*. Berlin: Springer-Verlag, 1992.
7. Del Carmen PC, y López Z. Fibroma Osificante Periférico, Reporte de un caso y Revisión de la literatura. *Acta Odontológica Venezolana* 1999; 37(2):11.
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: 333-39.
9. UM Das, U Asher, Peripheral Ossifying Fibroma. *J Indian Soc Pedod Prevent Dent* 2009; 27:49-51.
10. Bhasin M, Bhasin V, Bhasin A. Peripheral ossifying fibroma. *Case Rep Dent* 2013;2013: ID497234.
11. Duarte-Hernández SP, Martínez Manzanares LA, Hernández-Pérez F. Fibroma osificante periférico del maxilar: a propósito de un caso. *Rev ADM* 2010; LXVII(3): 133-36.
12. Kendrick F, Waggoner WF. Managing a peripheral ossifying fibroma. *J Dent Child* 1996; 63(2): 135-38.
13. Moore JR, DeBoom GW, Correl RW. Slowly enlarging pedunculated mass on the edentulous maxillary alveolar ridge. *J Am Dent Assoc* 1998; 116(1): 81-82.
14. Walters JD, Will JK, Hatfield RD, Cacchillo DA, Raabe DA. Excision and repair of the peripheral ossifying fibroma: A report of 3 cases. *J Periodontol* 2001; 72(7): 939-44.
15. Alsharif M, Sun ZJ, Chen XM, Wang SP, Zhao YF. Being fibro-osseous lesions of the jaws: A study os 127 chinese patients and review of literature. *International Journal of Surgical Pathology* 2009; 17: 122-34.
16. Buchner A & Hansen LS. The histomorphological spectrum of peripheral ossifying fibroma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987; 63(4): 452-61.
17. Das UM, Azher U. Peripheral Ossifying Fibroma. *J Indian Soc Pedodontic Prevent Dent* 2009; 27(1):49- 51.
18. Pedrosa CR, 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* 2009;8(1):79-83.
19. Pérez Álvarez D, González Sánchez MA, Berini Aytés L, Gay Escoda C. Fibroma osificante periférico: Presentación de tres casos y revisión de la literatura. *Avances en Odontoestomatología* 2011; 27(4): 183-88.
20. Galdeano M, Crespo JL, Álvarez R, Espeso A, Terrier A. Fibroma cemento-osificante gingival mandibular: presentación de un caso. *Med oral. patol. oral cir bucal* 2004; 9(2): 176-79.
21. Poon CK, Kwan PC, Chao SY. Giant peripheral ossifying fibroma of the maxilla: report of a case. *J. Oral Maxillofac Surg.* 1995; 53(6): 695-98.
22. Kohli K, Christian A, Howell R. Peripheral ossifying fibroma associated with a neonatal tooth: Case report. *American Acad Pediatric Dent* 1998; 20(7): 428-29.
23. Henriques PS, Okajima LS, Nunes MP, Montalli VA. Coverage root Removing peripheral ossifying fibroma: 5 year follow-up. *Case Report . Case Rep Dent* 2016: 6874235. doi: 10.1155/2016/6874235.
24. Kenney JN, Kaugars GE & Abbey LM. Comparison between the peripheral ossifying fibroma and peripheral odontogenic fibroma. *J. Oral Maxillofac Surg* 1989; 47(4): 378-82.
25. Gardner DG. The peripheral odontogenic fibroma: An attempt at clarification. *Oral Surg Oral Med. Oral Pathol* 1982; 54(1): 40-48.
26. Franco- Barrera MJ, Zavala Cerna MG. An update on Peripherals ossifying fibroma: case report and literature review. *Oral and Maxillofacial Surgery* 2016; 20(1): 1-7.
27. Carbonell Muñoz Z, González Enríquez GJ, Mendoza Parodi AA. Fibroma osificante periférico: caso clínico. *Revista Facultad de Ciencias de la Salud* 2010; 7(2): 223-27.
28. García de Marcos JA, García de Marcos MJ, Arrollo Rodríguez S, Chiarri Rodrigo J, Poblet E. Peripheral ossifying fibroma: A clinical and immunohistochemical study of four cases. *J Oral Sci* 2010; 52: 95-99.
29. Ono A, Tusukamoto G, Nagatsuka H, Yoshihama Y, Rivera RS, Katsuramo M, Sasaki AN. Immunohistochemical evaluation of BMP -2-4 osteopontin, osteocalcin and PCNA between ossifying fibromas of the jaws and peripheral cement-ossifying fibromas on the gingival. 2007; 43: 339-44.