

FIBROMA OSIFICANTE PERIFÉRICO: CASO CLÍNICO

Zoila Beatriz Carbonell Muñoz*, Gonzalo José González Henríquez** y Ana Angélica Mendoza Parodi***

RESUMEN

El fibroma osificante periférico es una lesión reactiva, se considera que se origina de las células del ligamento periodontal; son lesiones benignas de tejido conectivo con focos de calcificación generalmente asintomáticas. En este artículo se presenta un caso de fibroma osificante periférico, permitiendo destacar la importancia clínica de este tipo de patología poco frecuente y con una actualizada revisión de literatura se busca afianzar conocimientos que conlleven a un correcto diagnóstico y adecuado manejo terapéutico para la resolución de la patología.

El caso clínico trata de una paciente de 30 años de edad que acude a consulta por presentar lesión tumoral a nivel del cuerpo mandibular izquierdo. Previa valoración clínica y radiográfica, se sometió a la paciente al retiro quirúrgico de la lesión, el examen histopatológico reportó el diagnóstico de fibroma osificante periférico. (DUAZARY 2010, 223 - 227)

Palabras Clave: Fibroma Osificante Periférico, Fibroma con Calcificación, Granuloma Fibroblástico Calcificante.

ABSTRACT

The peripheral ossifying fibroma (POF) is a reactive lesion who originates in the cells of the periodontal ligament. They are benign tumors of connective tissue usually asymptomatic and they are located in both jaws with greater predilection in the upper jaw, in the region of the interdental papilla and adjacent teeth. It's presented a case of a 30 years old patient who was attended for an injury tumor located at the left of the mandibular body. After clinical assessment the patient was submitted to surgical removal of the lesion, the review reported histopathologic diagnosis of peripheral ossifying fibroma.

Keywords: peripheral ossifying fibroma, Fibroma with Calcification, Calcifying Fibroblastic Granuloma.

*Especialista en Estomatología y Cirugía oral-Universidad de Cartagena. Docente titular departamento medicina oral y cirugía – Universidad de Cartagena. Facultad de Odontología Universidad de Cartagena Campus de la Salud Zaragocilla. Cartagena. D. C y T, Bolívar, Colombia. Teléfono 6698172. Correo electrónico: zbcarbonell@hotmail.com.

**Odontólogo, Universidad de Cartagena. Barrio Centro calle de la Moneda # 7-135 2 piso. Cartagena, D. C y T, Bolívar, Colombia. Teléfono: 3017256018. Correo electrónico: gonzago38@hotmail.com.

***Odontóloga Universidad de Cartagena. Barrio El Golf Mz. 1 Lt. 7. Cartagena, D. C y T, Bolívar, Colombia. Teléfono: 3162254055.

INTRODUCCIÓN

El fibroma osificante periférico es una lesión de los tejidos periodontales¹. Autores como Um Das, U Azher, relacionan la aparición de esta entidad a traumas, irritación crónica, acumulo de placa bacteriana y cálculo subgingival. Entre los diagnósticos diferenciales destacan principalmente al granuloma piógeno, hiperplasia fibrosa, granuloma periférico de células gigantes, y tumores odontogénicos². Se han utilizado diversos términos para referirse al fibroma osificante periférico tales como: Fibroma cementificante periférico, Fibroma periférico con cementogénesis, Fibroma periférico con osteogénesis, Fibroma periférico con calcificación, éuplis calcificado u osificado fibroso y granuloma fibroblástico calcificado³.

La patogénesis del fibroma osificante periférico es controversial, un estudio lo correlaciona con el granuloma piógeno refiriéndolo como una etapa progresiva de este, donde existe una maduración fibrosa con focos de calcificación⁴. Presenta predilección por el género femenino, con aparición en la segunda década de la vida, y de ubicación variable siendo el área posterior la más afectada en los dos maxilares según un estudio realizado en 127 pacientes que presentaron lesiones fibrooseas benignas⁵.

La OMS en su última clasificación realizada en el 2005, lo ubica en las lesiones relacionadas con los huesos, lesiones fibrosas derivadas de células odontogénicas o del ligamento periodontal⁶.

Suele ser asintomático en sus fases iniciales y es frecuente diagnosticarlo en estadios avanzados, como un aumento de volumen localizado, indoloro y que puede llegar a ocasionar una importante deformidad estética y funcional⁷.

El tratamiento de elección es el quirúrgico y presenta una recurrencia del 20%^{8,9} la resección local se realiza con un margen de seguridad que incluya al ligamento periodontal y el componente periostico afectados, los órganos dentarios involucrados por lo general no presentan movilidad aunque puede haber una migración secundaria⁸.

Histológicamente se describe la lesión como tejido conectivo fibroso con focos de tejido calcificado, cubierto por epitelio escamoso estratificado, con infiltrado de células inflamatorias y presencia de pocos vasos sanguíneos¹⁰.

Es importante destacar este tipo de patologías en el contexto local donde la incidencia es poco frecuente, por lo que su aparición puede confundir al clínico retardando su diagnóstico y tratamiento. No existen hasta la fecha una casuística que enfoque exactamente cómo se comporta esta patología en la población, por lo que es importante reportar un caso de Fibroma Osificante Periférico donde se describe cada uno de sus componentes generales resaltando el abordaje clínico y terapéutico que se le dio al caso.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta un caso de Fibroma Osificante Periférico, en una paciente de género femenino de 30 años de edad que acude a consulta al servicio de Estomatología de la facultad de odontología de una universidad pública en la ciudad de Cartagena, por presentar lesión tumoral a nivel de cuerpo mandibular izquierdo, asintomático y de 5 meses de evolución que le causa asimetría facial. Al interrogatorio la paciente no manifiesta antecedentes personales o familiares médicos ni odontológicos de importancia.

Al examen clínico se observa lesión tumoral a nivel de fondo de surco vestibular izquierdo y en relación al primer y segundo molar de 3 cm aproximado de tamaño a la palpación se percibe duro, firme y asintomático, mucosa que lo recubre de aspecto normal. Presenta amalgamas desadaptadas a nivel de órganos dentarios 35, 36 y 37, caries extensa en cara vestibular de órgano dentario 36 y ausencia clínica de órgano dentario 38. (Fig.1)



Figura 1: Aspecto clínico de la lesión.

Al realizar la evaluación del caso se estableció el diagnóstico presuntivo fibroma osificante periférico, displasia fibrosa, osteoblatoma. Se ordenó realizar exámenes radiográficos, el cual mostró lesión radiolucida uniforme con trabeculado radiopaco distribuido en toda la lesión. (Fig 2)



Figura 2: Imagen radiográfica de la lesión.

Para confirmar el diagnóstico se planificó la realización de una biopsia escisional, para la intervención se ordenó exámenes de laboratorio, hemograma completo, glicemia, TP y TPT, con resultados normales. Antes del procedimiento se eliminó el proceso carioso en órgano dentario 36, colocándose cemento temporal y la remisión respectiva para rehabilitación. Posteriormente se realiza por parte de la paciente la firma de un consentimiento informado donde se explicaron las posibles complicaciones quirúrgicas.

Previas técnicas de sepsia y antisepsia se procede a la realización de la escisión quirúrgica de la lesión tumoral, realizando bloqueo anestésico con lidocaína al 2% mas epinefrina a 1,80000 ppm, mediante la técnica anestésica mandibular, se empleó hoja de bisturí número 15 para mango Bard Parker #3, realizándose una incisión lineal a nivel de fondo de surco vestibular desde la zona media de la rama hasta premolares, se levantó el colgajo y se expuso la lesión (Fig. 3)



Figura 3: Levantamiento del colgajo, exposición de la lesión.

Se procede a la debridación por planos con tijera roma y la aprehensión de la tumoración con pinza Allis y debridación de las fibras musculares a nivel inferior (Fig. 4)



Figura 4: Aprehensión de la lesión.

Finalmente se retiró la lesión, obteniéndose un tumor sólido, de aproximadamente tres cm de diámetro, se incluye en formol al 10% y se envía a patología confirmando el diagnóstico de **FIBROMA OSIFICANTE PERIFÉRICO** (Fig. 5).

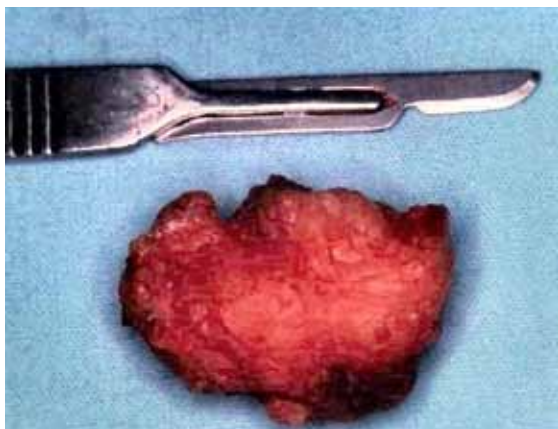


Figura 5: Lesión extraída.

Se realiza irrigación del área quirúrgica con suero fisiológico y finalmente la síntesis del procedimiento quirúrgico realizando confrontamiento de los bordes incididos, suturando con puntos internos por planos con sutura vicryl 4.0 y sutura mucosa con seda 4.0 (fig 6)



Figura 6: Sutura de la incisión.

Se indican recomendaciones posoperatorias ordenándose terapia farmacológica: Amoxicilina cápsulas 500 miligramos numero: 21, por vía oral 1 cada 8 horas por 7 días; Nimesulide tableta de 100 miligramos numero: 6, tomar 1 cada 12 horas por 3 días. Se citó a la paciente 8 días después del procedimiento para retiro de sutura y valoración posoperatoria, se observó buen proceso de cicatrización, ausencia de exudados purulentos o sintomatología dolorosa.

El reporte patológico muestra una lesión constituida por una proliferación fibrocolágena con focos de tejido calcificado e infiltrado de células inflamatorias y presencia de pocos vasos sanguíneos. No se observó malignidad ni atipias celulares en la muestra examinada, correspondiente a un Fibroma Osificante Periférico

DISCUSIÓN

El Fibroma Osificante Periférico es una lesión rara que afecta regularmente a las mujeres^{5, 11}, encontrando que la edad de incidencia es variable; Alsharif M, Sun ZJ, Chen XM y *col.* reportaron que aparece con mayor predilección en la segunda década de la vida con un promedio de edad de 28,9 en un estudio donde se evaluaron 127 pacientes con diagnóstico de lesiones fibroideas benignas representando el fibroma osificante periférico el 33. 85% con 43 casos⁵. Por otra parte un estudio retrospectivo de 2.439 casos con diagnóstico de lesiones reactivas gingivales encontró que era frecuente entre la quinta y sexta década de la vida y coincidiendo en la afectación por género¹². Lo que no es congruente en el caso en particular donde aparece en la tercera década de la vida, pero concordando en la predilección por el sexo femenino.

De igual forma se encontró variación en el lugar de aparición existiendo publicaciones donde afirman que ocurre con mayor frecuencia en el maxilar a nivel anterior^{12, 13, 14}. Sin embargo otros autores registran su predilección por el cuerpo mandibular⁵; Silva CO, Sallun AW, do Couto-Filho CE y *col.* Reportaron un caso en una mujer negra de 45 años donde la lesión apareció a nivel del cuerpo mandibular¹⁵, concorde a nuestro caso. En cuanto al tamaño no se encontró datos relevantes destacando el estudio realizado por Alsharif M, Sun ZJ, Chen XM y *col.* donde encontraron que el tamaño promedio fue de 4.1 cm. Existiendo correlación en nuestro caso donde la lesión midió aproximadamente 3 cm.

Es importante mencionar la controversia que existe en cuanto a la clasificación de este tipo de lesiones por el numero de nombres usados para las lesiones gingivales fibroblásticas⁸, Lo que puede generar confusión en el momento del diagnóstico.

De lo anterior se deduce que no existe un consenso en cuanto a clasificación ubicación y edad de aparición, y que los resultados varían de acuerdo con la población objeto de estudio; viendo la necesidad de iniciar trabajos

de investigación más profundo que evalúen y determinen la incidencia de la patología a nivel regional, que nos permitan relacionar y comparar resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Passos M, Azevedo R, Janini ME, Maia LC, Peripheral cement – ossifying fibroma in a child: a case report. *J Clin Pediatr Dent* 2007; 32:57 – 59.
2. UM Das, U Azher, Peripheral Ossifying Fibroma. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2009;27:49 – 51
3. Ono A, Tusukamoto G, Nagatsuka H, Yoshihama Y, Rivera RS, Katsuramo M, Yao 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;43:339-344.
4. Prasad S, Reddy SB, Patil SR, Kalburgi NB, Puranik RS. Peripheral ossifying fibroma and pyogenic granuloma. Are they interrelated? *NY State Dent J*. 2008;7:50-2.
5. Alsharif M, Sun ZI, Chen XM, Wang SP, Zhao YF. Benign fibro – osseous lesions of the Jaws: A study of 127 chinese patients and review of literature. *International Journal of Surgical Pathology* 2009;17:122 – 34.
6. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sindrans KY. World Health Organization Classification of Tumours Pathology and Genetics of Head an Neck tumours Lyons, France: IARC Press;2005:284 – 327.
7. Galdeano M, Crespo JI, Álvarez R, Espeso A, Terrier A. Fibroma cemento-osificante gingival mandibular: presentación de un caso. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2004;9:176-9.
8. Kumar SK, Ram S, Jorgensen MG, Shuler CF, Sedghizadeh PP. Multicentric Peripheral Ossifying Fibroma. *J Oral Sci* 2006;48:239-243.
9. Moon WJ, Choi SY, Chung EC, Kwon KH, Chae SW. Peripheral Ossifying Fibroma in the Oral Cavity: CT and MR Finding. *Dentomaxillofac Radiol* 2007;36:180-182.
10. Yadav R, gulati A. Peripheral Ossifying Fibroma: a case report. *Journal of oral Science* 2009;51:151-154.
11. Salum FG, Yurgel LS, Cherubini K, De figueiredo MA, Medeiros IC, Nicola FS. Pyogenic granuloma; Peripheral giant cell granuloma and Peripheral ossifying fibroma: restrospective analysis of 138 cases. *Minerva stomatol* 2008;57:227-232.
12. Zhang W, Chen Y, An Z, Geng N, Bao D. reactive gingival lesions: a retrospective study of 2.439 cases. *Quintessence Int* 2007;38:103-110.
13. Das UM, Azher U. Peripheral ossifying fibroma. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2009;27:49-51.
14. Farquhar T, Maclellan J, Diment H, Anderson R. Peripheral ossifying fibroma: a case report. *JCDA* 2008;74:809-812.
15. Silva CO, Sallun AW, do Couto-filho CE, Costa Pereira AA, Hanemann JA, Tatakis DN. Localized gingival enlargement associated whith alveolar process expansión: peripheral ossifying fibroma coincident with central odontogenic fibroma. *J Periodontol* 2007;78:1354-1359.