

Casos Clínicos

Hallazgo Radiográfico de Fibroma Cemento Osificante

Taller Presentación Casos Clínicos. Sociedad de Radiología Oral y Máxilo Facial de Chile 2005.

Dr. Patricio Cerda Villagrán
Unidad Clínica de Cirugía
Central Odontológica del Ejército



Dr. Luis Araneda Silva
Unidad Clínica de Diagnóstico por Imagen,
Central Odontológica del Ejército



Summary

The present clinical case report shows a radiological finding of a Cemento Ossifying Fibroma in a routine radiographic exploration for general evaluation of the oral state.

Palabras Clave. Fibroma cemento osificante, radiografía panorámica, hallazgo radiográfico

Resumen

El presente reporte de caso clínico muestra un hallazgo radiográfico de Fibroma Cemento Osificante en una exploración radiográfica para evaluación general del estado bucal.

Introducción

El Fibroma Cemento Osificante (FCO) es una neoplasia osteogénica, no odontogénica, bien delimitada y ocasionalmente encapsulada formada por tejido conectivo que contiene cantidades variables de material mineralizado con aspecto de hueso, cemento o una mezcla de ambos, como ocurre en la mayor parte de los casos^(1, 2, 3, 4, 5). Dado su carácter asintomático sólo se evidencia al alcanzar tamaño considerable que clínicamente se manifiesta con la expansión de las tablas óseas o el desplazamiento de las piezas dentarias adyacentes^(1, 2, 6, 7).

Epidemiológicamente es más frecuente en pacientes del género femenino y habitualmente se diagnostica entre la tercera y cuarta década de la vida en área molar-premolar mandibular^(1, 2, 3, 4, 5, 8).

Aunque la mayor parte de los FCO ocurre en los huesos maxilares, también se han reportado casos en otros huesos del macizo cráneo facial confirmando su naturaleza no odontogénica^(1, 4, 8).

Radiográficamente es una lesión que puede observarse radiolúcida o mixta dependiendo de la cantidad variable de tejido mineralizado presente en cada caso particular. Generalmente unilocular, es una lesión de bordes más bien

definidos que expande las tablas corticales cuando alcanza un tamaño considerable provocando desplazamiento dentario y, en algunos casos, rizalipsis^(1, 2, 9, 10, 11, 12, 13).

Histológicamente está constituido por tejido conectivo fibroso con cantidades variables de hueso metaplásico, pudiendo encontrarse encapsulado. La nitidez de sus bordes permite diferenciarlo de la Displasia Fibrosa^(1, 4, 14, 15).

Su diagnóstico diferencial incluye al fibroma osificante juvenil cuya aparición más temprana y comportamiento más agresivo ameritan considerarlo como un cuadro clínico diferente, y a la displasia fibrosa, entidad con la que su diferenciación histológica en algunas ocasiones es dificultosa si no se cuenta con los antecedentes clínico – radiográficos^(1, 2, 3, 4, 5, 9, 11, 14, 16).

Su tratamiento consiste en la enucleación quirúrgica conservadora con curetaje de las paredes de la cavidad patológica, siendo rara la recidiva. La resección quirúrgica en bloque se indica para los casos de recurrencia a una primera intervención con curetaje quirúrgico o en casos de lesión muy extensa (1, 2, 3, 6, 12).

No existe evidencia de transformación maligna^(1, 3, 4).

Caso Clínico

Una paciente de sexo femenino, 26 años de edad, consulta en el nivel primario del Sistema de Salud del Ejército por una evaluación general de su estado bucal poniendo especial énfasis en una restauración que se ha “desprendido” de un molar inferior dejando una gran cavidad coronaria. Como antecedentes mórbidos médicos relata haber sido intervenida quirúrgicamente por Fibroma de la glándula Bartolina hace 9 años (foto 1).

Atendiéndose la voluntad de la paciente de ser evaluada de manera general es derivada a la Unidad Clínica de Diagnóstico por Imagen de la Central Odontológica del Ejército solicitándose radiografía retroalveolar de la pieza en cuestión y radiografía panorámica.



Foto 1
Aspecto extraoral

Clínica

Al examen clínico intraoral se observa una cavidad oral con mucosas de aspecto típico, condiciones de buena higiene oral, ausencia de los terceros molares y pza. 19, y una gran cavidad coronaria en la pieza 30 (foto 2).



Foto 2
Examen intraoral
zona inferior
derecha

Radiología

Al examen radiográfico panorámico se observa ausencia de terceros molares y pza. 19, gran cavidad coronaria en pza. 30, y en zona distal de pza. 18 una extensa área de densidad mixta, forma redondeada, 1.5 cm de diámetro aproximado, bordes netos con esclerosis periférica parcial, que se extiende desde el reborde óseo hasta la limitante

superior del conducto dentario inferior sin desplazarlo, adyacente a la superficie radicular distal de pza. 18 cuya cortical alveolar distal se observa ausente (foto 3).

Ante este hallazgo se decide complementar el estudio radiográfico convencional con radiografía oclusal oblicua posterior derecha en cuya imagen se puede observar un marcado adelgazamiento de la tabla cortical lingual la que presenta una pequeña irregularidad a nivel de la lesión (foto 4).



Foto 3
Radiografía panorámica.



Foto 4
Radiografía oclusal
oblicua posterior
derecha.

Cirugía

Dada las características de la lesión se procede a planificar cirugía excisional para biopsiar el tejido y determinar conducta a seguir.



Foto 5
Acto quirúrgico.

Se realiza abordaje quirúrgico endobucal crevicular con descarga mesial exponiéndose la lesión con buen plano de clivaje previa osteotomía (foto 5). Se procedió a la excéresis

del tejido que presentaba consistencia dura, fibrosa, color amarillo al corte mezclado con zonas más irrigadas (foto 6). Luego se realizó fresado superficial de la cavidad operatoria controlándose la hemostasia y se suturó.



Foto 6
Pieza
quirúrgica.

Con posterioridad al acto quirúrgico se procedió a realizar una radiografía panorámica de control que mostró cómo la densidad del área en cuestión variaba de mixto a francamente radiolúcida (fotos 7 y 8).



Foto 7
Acercamiento
radiografía previa.



Foto 8
Acercamiento
radiografía control

Histopatología (foto 9)

Se observa un tejido conectivo muy celular con abundantes fibroblastos y formaciones redondeadas de tejido mineralizado a la manera de tejido cementoide y en algunas zonas hueso metaplásico, que junto a los antecedentes clínicos y a la presentación radiográfica orientan a favor del diagnóstico definitivo de fibroma cemento osificante^(1,3,4,5,14).

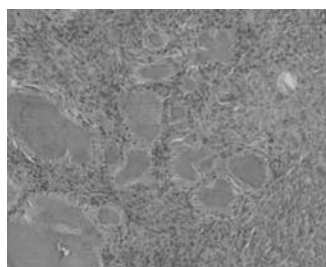


Foto 9
Corte histológico.

Discusión

De acuerdo al diagnóstico histopatológico se consideró suficiente la cirugía excisional con curetaje y el posterior control de la paciente según protocolo institucional: una semana, un mes, tres meses, seis meses y un año, indicándose a la paciente que en caso de presentar sintomatología debería consultar a la brevedad.

Desde la perspectiva radiológica uno de los aspectos más controvertidos en este caso clínico dice relación con la densidad del área patológica, que por tener marcadamente dos áreas, una superior más radiolúcida, y otra inferior, más radiopaca, pudiera hacer que el radiólogo interprete dicha figura radiográfica como la sobreproyección de la línea oblicua externa sobre un área cavitaria de aspecto quístico, evento que se descarta de manera definitiva al comparar la radiografía panorámica inicial con aquella de control pos operatorio. Dicha situación se relaciona con las características del tejido encontrado en el acto quirúrgico.

Respecto de la densidad radiográfica de esta lesión cabe hacer mención de otro caso anteriormente visto también en la Central Odontológica del Ejército que en la radiografía panorámica mostró en zona de cuerpo mandibular izquierdo un área francamente radiolúcida multilocular, y que a la exploración con tomografía computada evidenció dos áreas diferentes, una inferior de gran densidad y una superior menos densa, que correspondían a un fibroma cemento osificante y quiste óseo aneurismático asociado respectivamente (fotos 10 y 11).

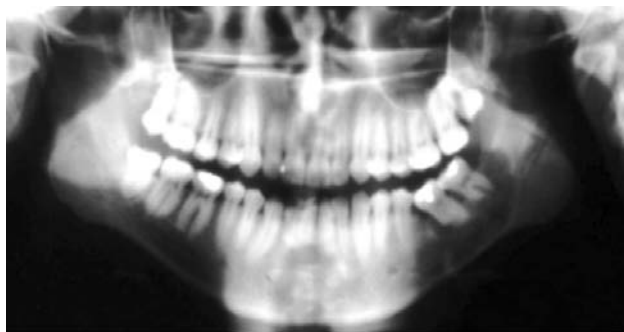


Foto 10. Radiografía panorámica con área radiolúcida multilocular



Foto 11 Tomografía computada del mismo caso.

Sin duda el aspecto de mayor relevancia clínico - patológica de este caso radica en que la nula sintomatología clínica, la presencia de bordes radiográficamente nítidos y el plano de clivaje que se pudo seguir para la resección quirúrgica del tejido patológico, fueron claves para orientar al patólogo en el pronunciamiento del diagnóstico definitivo.

Referencias Bibliográficas.

- (1) Neville B., Damm D., Allen C., Bouquet J. "Oral & Maxillofacial Pathology" 1995; pág. 469 – 470
- (2) Goaz P., White S. "Radiología Oral" 1995; págs.509 – 512
- (3) Pérez S., Barini L., Gay C. "Fibroma osificante maxilar: Presentación de un caso y revisión de la literatura" *Med Oral* 2004; 9: 333-339
- (4) Waldrom CA. "Fibro-osseous lesions of the Jaws" *J Oral Maxillofac Surg* 1993;51:828-35
- (5) De Vicente Rodríguez JC, González Méndez S, Santamaría Zuazua J, Rubiales B. "Tumores no odontogénicos de los maxilares: clasificación, clínica y diagnóstico" *Med Oral* 1997;2:83-93
- (6) Ah Hup M., Chong Huat S. "Cemento Ossifying fibroma with mandibular fracture. Case Report in a young patient" *Aus Dent. J* 1998; 43:(4) 229-33
- (7) Fanibunda K., Reed M. "Cemento-ossifying fibroma of the mandible" *Dentomaxillofacial Radiology*, Vol 26, 4; 246-248, 1997
- (8) Kuninori Sasaoka, Kenji Mogi, Hiroaki Ishii "Central fibroma in the ascending ramus of the mandible. Case Report" *Aus Dent J* 1999; 44: (2): 131-134
- (9) Concha G., Jofré S. "Tomografía Computada aplicada al Diagnóstico de Quistes y Tumores de los Huesos Maxilares: Parámetros de Análisis de la Imagen" *Anuario 2004 SROMFCh* Vol. 7 pág. 29-3
- (10) Langland O., Langlais R., Morris Ch. "Principles and Practice of Panoramic Radiology" 1982 págs. 333-334
- (11) Manganaro AM, Ragno JR, Karlis V. "Mixed Radiolucent/Radiopaque Lesion of the Mandible 1997" *J Oral Maxillofac Surg* 1997;55:1456-9.
- (12) Barberi A., Cappabianca S., Colella G. "Bilateral cemento-ossifying fibroma of the maxillary sinus" *Br J Radiol* 76 (2003) 279-280
- (13) Cavalcanti M., Ruprecht A., Vannier M. "Evaluation of an ossifying fibroma using three-dimensional computed tomography" *Dentomaxillofacial Radiology*, Vol 30, 6; 342-345, 2001
- (14) Domínguez L., Martín-Granizo R. "Análisis clínico, radiológico e histológico de los fibromas cemento-osificantes de los maxilares" *Revista española de Cirugía Oral y Máxilo Facial* Vol 26; (1), 2004
- (15) Galdeano M., Crespo J., Álvarez R. et al. "Fibroma cemento-osificante gingival mandibular: presentación de un caso" *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal*; mar.- abr. 2004, vol.9, no.2, p.176-179.
- (16) Sakuma T, Kawasaki T, Watanabe K. "Concurrent Cementifying and Ossifying Fibromas of the Mandible: Report of a case" *J Oral Maxillofac Surg* 1998; 56:778-82.