

Caso Clínico

Fibroma osificante juvenil trabecular: reporte de un caso y revisión de la literatura

Juvenile ossifying fibroma trabecular: a case report and literature review



Dra. Viviana Salgado⁽¹⁾, Dr. Ramón Naranjo⁽²⁾, Dra. Karina Cordero⁽³⁾,
Dra. Jacqueline Maritano⁽⁴⁾, Dr. Gabriel Salinas⁽⁴⁾

(1) Especialista en Radiología Máxilofacial, Universidad de Valparaíso.

(2) Radiólogo Máxilofacial, Académico Universidad de Valparaíso.

(3) Patóloga Oral, Académico Universidad de Valparaíso.

(4) Cirujano Máxilofacial, Hospital Naval Viña del Mar.

Resumen

El presente reporte de caso clínico muestra a una paciente de género femenino y 17 años de edad, con un fibroma osificante juvenil trabecular en el maxilar. Los aspectos clínicos, radiológicos e histopatológicos son descritos con una revisión de la literatura.

Palabras claves: fibroma osificante, fibroma osificante juvenil, lesiones fibro-óseas.

Abstract

This clinical case report shows a female patient and 17 years old with a juvenile ossifying fibroma trabecular in the maxilla. The clinical, radiological and histopathological findings are described with a review of the literature.

Key words: ossifying fibroma, juvenile ossifying fibroma, fibro-osseous lesions.

Introducción

El fibroma osificante (FO) es una neoplasia osteogénica verdadera, bien delimitada y de crecimiento lento, con frecuencia considerada como un tipo de lesión fibro-ósea, cuyo denominador es la sustitución del tejido óseo por un tejido fibroso benigno que contiene cantidades variables de material mineralizado (calcificado).^(1,2,3,4) El FO está ocasionalmente encapsulado por tejido conectivo fibroso que contiene material mineralizado con aspecto óseo, esferoidales de tipo cemento o una mezcla de ambos.^(1,2) Se ha sugerido que este tumor se origina en el ligamento periodontal, pero han sido reportados casos en otros huesos del macizo facial, dejando en tela de juicio esta teoría anterior.^(1,3,4,5,11) Presenta dos variables histológicas: el fibroma osificante juvenil trabecular (FOJT) y el fibroma osificante juvenil psamomatoide (FOJP).⁽⁴⁾

Epidemiológicamente el FO tiene un amplio grupo etario, siendo frecuentemente diagnosticado durante la segunda y cuarta década de la vida, mostrando una predilección definida hacia las mujeres con una relación 5:1 sobre los pacientes masculinos. La lesión afecta principalmente el área premolar y molar mandibular, seguido por el maxilar.^(1,2,3,4,5,6,13) El FOJT afecta principalmente el maxilar y tiene un rango de edad promedio de 8,5-12 años. El FOJP ocurre generalmente en paredes óseas de un seno paranasal.⁽⁴⁾

Correspondencia:

Dra. Viviana Salgado Barrera. Prolongación Abasolo #71 Colonia Insurgentes, Jojutla, Morelos, México C.P. 62900
Teléfono: (0052) 017343423907 E-mail : basavi7.rx@gmail.com

Recibido el 24 de julio de 2011, aceptado para su publicación el 10 de agosto de 2011.

Las lesiones pequeñas rara vez causan síntomas y son detectadas durante exámenes radiográficos de rutina^(1,5,7,8). Cuando son de mayor tamaño provocan aumento de volumen, presentándose como una masa solitaria, expansiva e indolora, la que ocasionalmente puede causar asimetría facial notoria, alcanzando eventualmente un gran tamaño.^(1,6,9)

Radiográficamente, se observa bien definido y en algunos casos delimitado por un borde esclerótico. Dependiendo de la cantidad de material calcificado producido por el tumor, éste puede aparecer completamente radiolúcido, con más frecuencia se observan diferentes grados de radiopacidad (mixto), mientras que son poco comunes aquellos completamente radiopacos y con una delgada periferia radiolúcida.^(1,6,7,8)

Generalmente es unilocular, y en aquellos casos que alcanzan un mayor tamaño presentan expansión de las tablas óseas involucradas. El tumor puede generar desplazamiento y reabsorción radicular de los dientes asociados. Es de gran utilidad contar con exámenes radiográficos antiguos, con el objeto de valorar los eventuales cambios de la lesión a través del tiempo.^(1,5,6)

Es necesario que la evaluación clínico-radiológica se realice minuciosamente y sobre todo que el examen histopatológico sea meticuloso, ya que no siempre es fácil diagnosticar este tipo de lesiones debido a que sus características radiológicas e histológicas son semejantes con otras lesiones: Entonces se hace necesario realizar un adecuado diagnóstico diferencial. Las lesiones fibro-óseas a tomar en consideración son: la displasia fibrosa, displasia cemento-ósea focal y osteoma osteoide.^(10,13,14)

Macroscópicamente los FO tienen un aspecto lobulado, de consistencia dura a la palpación. En el análisis histopatológico, generalmente esta lesión no está encapsulada, aunque bien delimitada respecto del hueso circundante. La lesión está compuesta por tejido fibroso, el que puede cambiar su celularidad desde áreas densamente pobladas hasta zonas casi acelulares dentro de una misma lesión. El componente mineralizado puede estar formado ya sea de tejido óseo, hueso laminar y/o esferoidales, todos con características de baja celularidad lo que asemeja a tejido cementario.^(1,4,13)

El tratamiento consiste en la excisión quirúrgica conservadora y curetaje, que por su naturaleza circunscrita permite la enucleación del tumor con relativa facilidad. Algunos casos que han crecido demasiado pueden necesitar resección quirúrgica e injerto óseo^(1,3,8). El pronóstico es bueno y la recurrencia es muy baja. No existe evidencia de que la lesión experimente cambios a malignidad.^(1,11)

Caso Clínico

Paciente mujer de 17 años de edad, que acude al Servicio de Cirugía Máxilofacial del Hospital Naval solicitando atención odontológica. Como antecedentes mórbidos médicos informa haber sido intervenida quirúrgicamente por peritonitis en el año 2009. Ella relata que acudió al Servicio Odontológico a inicios del año 2010 por un episodio de características similares al actual. En esa oportunidad el odontólogo tratante solicitó radiografías y tomografía computada (TC) de la lesión. Luego se realizó una biopsia, que al ser analizada señaló que se trataba de un fibroma osificante.

Se indicó endodoncia a los dientes afectados, las cuales no fueron realizadas sino hasta marzo del 2011. Cuando se ejecutan las trepanaciones, la paciente refirió dolor, por lo que fue derivada nuevamente al Servicio de Cirugía Máxilofacial y se le pide una nueva TC.

Al examen clínico extraoral se observa un leve aumento de volumen en zona maxilar derecha (Figs. 1 y 2). Al examen clínico intraoral, se aprecia un aumento de volumen indurado vestibular desde dientes 1.7 al 1.5, presentando dolor a la palpación y revestido por mucosa de aspecto normal (Fig. 3).



Figuras 1 y 2. Examen extraoral que muestra aumento de volumen maxilar derecho.



Figura 3. Aumento de volumen vestibular en zona dientes 1.7 a 1.5.

En la radiografía panorámica se observan terceros molares en evolución intraósea y férula en grupo V, presencia de extensa lesión unilocular, de densidad mixta, de límites definidos y parcialmente corticalizados, sobrepoyectada

entre raíces de dientes 1.6 a 1.5, provocando desplazamiento radicular de los dientes involucrados y rechazo de la cortical sinusal derecha (Figura 4).



Figura 4. Lesión de densidad mixta en maxilar lado derecho.

Se complementa estudio radiográfico convencional con TC (Figs. 5, 6, 7, 8). Aquí se observa una extensa lesión que compromete el lado derecho del maxilar y abomba las corticales, especialmente la vestibular. La lesión presenta contenido heterogéneo y se extiende hacia el interior del seno maxilar derecho presentando una corticalización definida y respetando sus paredes. La lesión contiene pequeñas imágenes hiperdensas en su interior y genera desplazamiento y reabsorción radicular de dientes involucrados. La pared medial del seno maxilar se encuetar inmediata a la lesión, pero no ha sido afectada. Posterior a la inyección de medio de contraste yodado se observa captación moderada y levemente heterogénea.

Dadas las características de la lesión se procedió a realizar cirugía excisional. Se realiza incisión semi-Newman con descarga anterior, exponiéndose la lesión con un buen plano de clivaje (Fig. 9). Se realizó la excéresis de una masa tumoral de 25 mm de diámetro, de consistencia dura, y se extrajeron los dientes 1.6 y 1.5. Se efectuó un curetaje minucioso, se controló la hemostasia y se suturó. (Fig. 10). Después del procedimiento se indicó la realización de un TC de control, donde se observa eliminación total de la lesión (Fig. 11).

Macroscópicamente se observa una masa ovoide ligeramente lobulada que mide 3,5 x 3 x 2,5 cm. de diámetro, de consistencia elástica. Al corte es blancogrisácea y presenta áreas aparentemente calcificadas. Microscópicamente la muestra presenta un tejido conjuntivo fibroblástico, con algunos nódulos de tejido calcificado y presencia de zonas arremolinadas. También se observan áreas de trabéculas óseas inmaduras y presencia de células gigantes multinucleadas. Entonces, el diagnóstico histopatológico es de fibroma osificante juvenil trabecular (Figura 12).

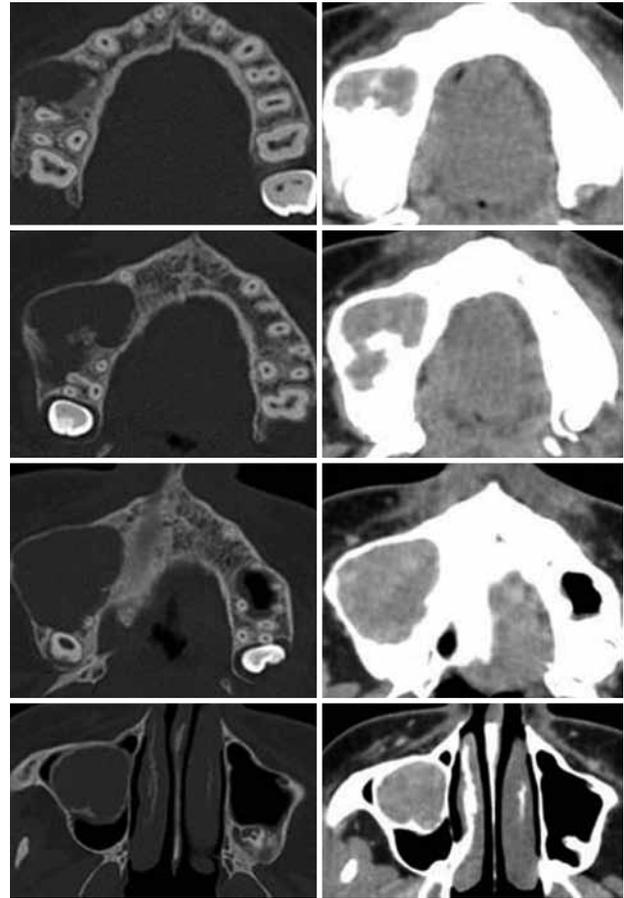


Figura 5. A la izquierda imágenes axiales de TC con ventana ósea, a la derecha imágenes post-contraste.

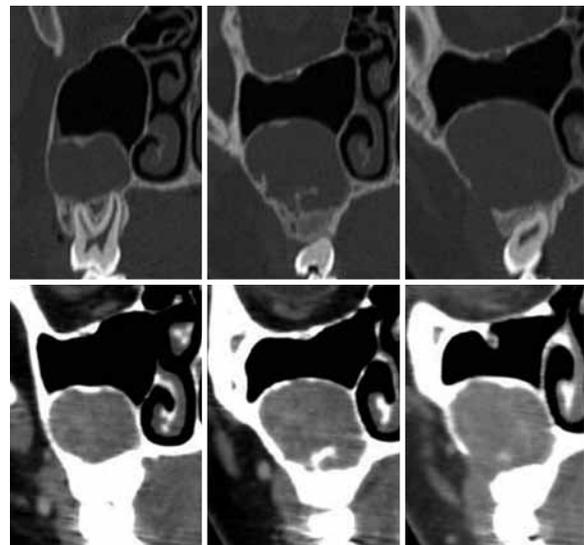


Figura 6. Arriba reconstrucciones coronales de TC con ventana ósea, abajo imágenes post-contraste.

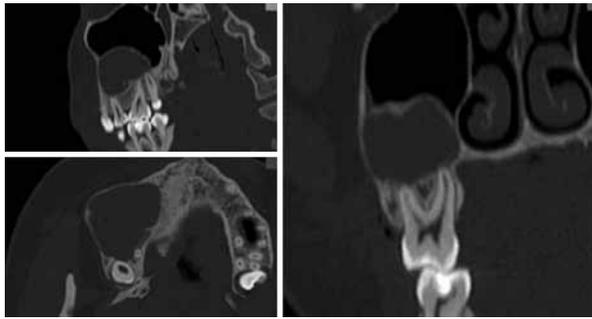


Figura 7. Reconstrucciones multiplanares de la lesión.

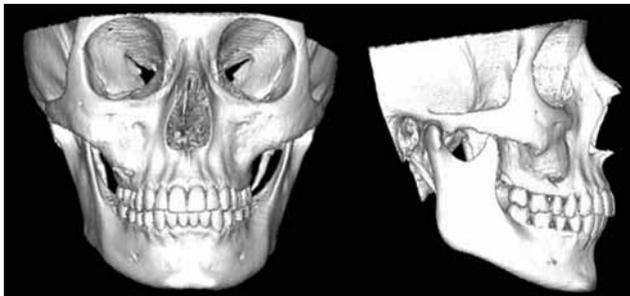


Figura 8. Reconstrucciones 3D.

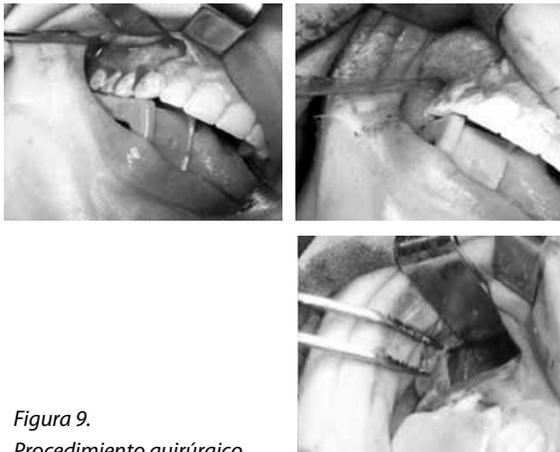


Figura 9. Procedimiento quirúrgico.



Figura 10. Dientes extraídos y macroscópico de la masa tumoral.

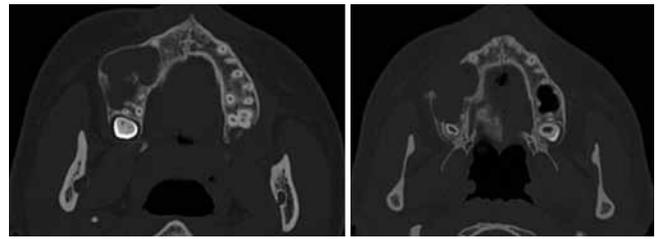


Figura 11. TC de control post-operatorio inmediato.

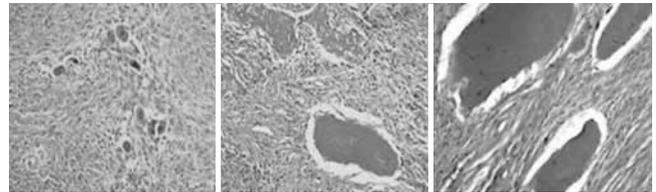


Figura 12. Fotografías de FOJT que muestran células gigantes multinucleadas y tejido calcificado inmerso en un estroma fibroblástico.

Discusión

El fibroma osificante se presenta mayormente entre la 2ª y 4ª décadas de la vida, pudiendo aparecer en etapas tempranas. Se localiza principalmente en la región posterior mandibular. Aparece como una tumoración localizada, indurada, que desplaza dientes vitales y la mucosa que lo recubre es de aspecto normal. Radiológicamente pueden ser radiolúcido, mixto o radiopaco y su límite es definido. Su enucleación es relativamente fácil ya que puede presentar o no una cápsula y tiene un buen plano de clivaje. Presenta dos variantes; el fibroma osificante juvenil trabecular y el fibroma osificante juvenil psamomatoide, los que se observan en edades tempranas, localizándose principalmente en el maxilar.

La Organización Mundial de la Salud clasifica al fibroma osificante como una lesión relacionada con el tejido óseo, derivada del ligamento periodontal (se han presentado casos en otros huesos de macizo facial lo que deja en duda esa teoría), presenta formación de tejido fibroso, cemento o hueso, o una combinación de los mismos. Por estas características es que su diagnóstico incluso histopatológico es complicado. Entonces para realizar un diagnóstico diferencial correcto es necesario realizar en forma detallada la anamnesis y los exámenes clínico, radiológico e histopatológico.

Bibliografía

1. Neville B, Damm D, Allen C, Bouquot J. *Oral and Maxillofacial Pathology, Third edition*, St Louis: Saunders, 2009, p 646-648.
2. Liu Y, You M, Wang et al. *Ossifying fibromas of the jaw bone: 20 cases. Dentomaxillofacial Radiology* 2010; 39: 57-63.
3. Som P, Curtin H. *Radiología de cabeza y cuello, 4ª edición*, St Louis: Mosby, 2003, p 141.
4. Barnes L, Eveson J, Reichart P, Sidransky D. (Eds), *World Health Organization. Classification of Tumours Pathology & Genetics Head and Tumours*. Lyon: IARC Press, 2005, p 319-320.
5. Langlais R, Langland O, Nortjé C. *Diagnostic Imaging of the Jaws*, Baltimore: Williams & Wilkins, 1995, p 551-563.
6. Larheim T, Westesson P. *Maxillofacial Imaging*, Berlin: Ed. Springer, 2006, p 62-65.
7. Dalghous A, Alkhabuli J. *Cemento-ossifying fibroma occurring in an elderly patient. A case report and a review of literature. Libyan J Med* 2007; 2(2): 95-98.
8. Silvestre-Rangil J, Silvestre F, Requeni J. *Cemento-ossifying fibroma of the mandible: Presentation of a case and review of the literature. J Clin Exp Dent* 2011; 3(1): e66-69.
9. Jayachandran S, Sachdeva S. *Cemento-ossifying Fibroma of Mandible: Report of Two Cases. Journal of Indian Academy of Oral Medicine and Radiology* 2010; 22(1): 53-56.
10. Sanchis J, Peñarrocha M, Balaguer J, Camacho F. *Fibroma cemento-osificante mandibular: Presentación de dos casos y revisión de la literatura. Med Oral* 2004; 9: 69-73.
11. 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: 333-339.
12. Fuentes F, Mendoza V. *Fibroma osificante: Reporte de un caso clínico y revisión de la literatura. Revista Odontológica Mexicana* 2006; 10(2):88-92.
13. Domínguez L, Martín-Granizo R. *Análisis clínico, radiológico e histológico de los fibromas cemento-osificantes de los maxilares. Revista Española Cirugía Oral y Máxilofacial* 2004; 26:31-40.
14. Ah Hup M. *Ong y col. Cemento-ossifying fibroma with mandibular fracture. Case report in a young patient. Australian Dental Journal* 1998; 43(4): 229-33.