

## Caso Clínico

---

# Fibroma osificante de mandíbula: Reporte de un caso clínico



Dra. Helia Mussiett T.<sup>1,2</sup>, Dr. Luis Araneda S.<sup>3,4,5</sup>, Dr. Claudio Molina C.<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Periodoncista, Servicio Dental, Hospital del Salvador.

<sup>2</sup>Área de Periodoncia, Facultad de Odontología, Universidad San Sebastián.

<sup>3</sup>Radiólogo Máxilo Facial, Servicio Dental, Hospital del Salvador.

<sup>4</sup>Área de Radiología, Facultad de Odontología, Universidad de Chile

<sup>5</sup>Área de Radiología, Facultad de Odontología, Universidad Mayor.

<sup>6</sup>Patólogo Oral, Área de Patología, Facultad de Odontología, Universidad Mayor.

## Resumen

Se presenta un caso clínico, hallazgo radiográfico, de fibroma osificante en zona de premolares inferiores en paciente de género femenino, 49 años de edad, sin antecedentes mórbidos médicos de relevancia, que es derivada desde el nivel primario de salud a atención especializada por periodontitis crónica.

**Palabras clave:** fibroma osificante, lesiones fibro óseas benignas.

## Abstract

*We present a clinic case report of a radiological finding of a mandibular ossifying fibroma in the premolars area in a female patient, 49 years old, without relevant medical history, derivate from the general practice to specialized treatment because of a chronic periodontitis.*

## Introducción

El fibroma osificante (FO) corresponde a una neoplasia fibro ósea benigna de origen odontogénico (Head and neck tumors, OMS 2005). De crecimiento lento y baja prevalencia. Más común en mujeres de la 3ª y 4ª décadas de la vida y que se ubica preferentemente en región molar o premolar de la mandíbula (70-80%).

Este tipo de lesiones óseas serían derivadas de células blásticas mesenquimales del ligamento periodontal con potencial para formar hueso, cemento y tejido fibroso. En estadios avanzados se presenta aumento de volumen indoloro.

## Presentación del caso

### Anamnesis e historia médica:

Paciente de género femenino, 49 años de edad, sin antecedentes médicos relevantes. Derivada al Servicio Dental del Hospital del Salvador desde un consultorio de atención primaria, para ser evaluada y tratada por una periodontitis crónica.

---

Contacto:

Dra. Helia Mussiett T.

Correo electrónico: helia.mussiett@uss.cl

Al examen intraoral presentaba movilidad grado 1 en el diente 3.4 y un saco periodontal distovestibular de 6mm. En relación a la zona vestibular de los dientes 3.4 y 3.5 presentaba un leve aumento de volumen de la tabla vestibular duro y no doloroso. La mucosa superficial se apreciaba en condiciones normales. Los dientes 3.4 y 3.5 se encontraban vitales.

### Exámenes imagenológicos

Se realizó examen radiográfico periapical (Fig. 1) el cual fue complementado con una radiografía panorámica (Fig. 2) y una tomografía computada de haz cónico mandibular (Fig. 3, 4, 5 y 6), este último realizado en un servicio radiológico externo al Hospital del Salvador.



Figura 1.  
Radiografía retroalveolar que exhibe lesión de densidad mixta que impresiona desplazar la raíz del diente 3.5 a mesial, con presencia de banda radiolúcida irregular hacia reborde óseo marginal.



Figura 2. Radiografía panorámica que muestra lesión de densidad mixta en relación a dientes 3.4 y 3.5.

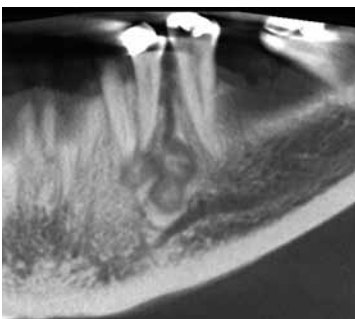


Figura 3.  
Reconstrucción en orientación panorámica del volumen adquirido, con clara expresión de tres centros de mineralización.



Figura 4. Reconstrucción axial que muestra adelgazamiento de ambas tablas óseas y abombamiento de la tabla ósea vestibular.

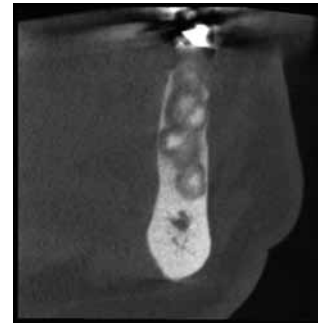


Figura 5. Reconstrucción paraxial que evidencia los centros de mineralización de la lesión rodeados de un halo radiolúcido.



Figura 6.  
Reconstrucción paraxial mostrando la relación a la lesión con el ápice radicular.

### Examen histopatológico

Se realizó la biopsia excisional en el Servicio Dental del Hospital del Salvador. El examen histopatológico fue enviado a patólogo oral externo, para fines de realizar el diagnóstico definitivo y definir el plan de tratamiento a seguir.

Los hallazgos histopatológicos evidenciaron abundante proliferación benigna de fibroblastos dispuestos de manera desordenada, sin atipias evidentes, asociada a la presencia de material calcificado que recuerda cemento y abundantes trabéculas de hueso no laminillar (Fig. 7). El examen histopatológico resultó compatible con un fibroma osificante, cuyo diagnóstico clínico inicial podría haber pasado desapercibido.

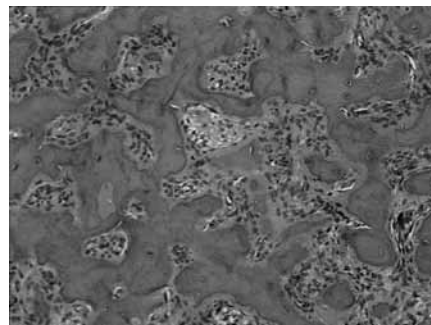


Fig. 7.  
Corte histológico con presencia de tejido y abundante material mineralizado.

## Control Post Operatorio

Luego de obtenido el diagnóstico histopatológico se reevaluó el caso dada la presencia de remanente de material opaco en la zona de la lesión, situación en que la paciente se manifestó reacia a una nueva intervención quirúrgica y en que el cirujano consideró posible someter a un régimen de controles el área de la lesión toda vez que la lesión se encuentra bastante próxima a la zona del canal y foramen mentoniano (Fig. 8, 9 y 10)

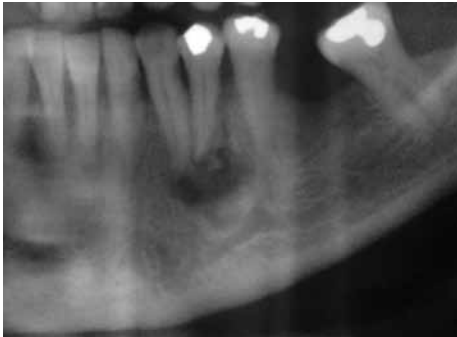


Figura 8.  
Imagen panorámica de control post biopsia con presencia de algunos focos de mineralización.



Figura 9.  
Aspecto intraoral un año después de la toma de biopsia.



Figura 10. Radiografía panorámica de control un año después de la biopsia evidenciando reparación ósea del tejido extraído y mantención de tamaño del material opaco remanente.

## Discusión

El diagnóstico oportuno y eficaz de las lesiones de maxilares es primordial para definir el mejor tratamiento que debe recibir cada uno de los pacientes que presentan patologías de estas características y que son usuarios del servicio público.

Es de suma importancia el examen exhaustivo de cada caso clínico y su correspondiente seguimiento en el tiempo para evaluar comportamiento de las lesiones fibro óseas, en este caso el fibroma osificante.

## Bibliografía

- Cavalcanti M., Ruprecht A., Vannier M. "Evaluation of an ossifying fibroma using three-dimensional computed tomography" *Dentomaxillofacial Radiology*, Vol 30, 6; 342-345, 2001.
- 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.29-37.
- 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.
- Domínguez Cuadrado, R. Martín-Granizo López; "Clinical, radiological and histological analysis of the cemento-ossifying fibromas of the maxilla" *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac.* 2004; 26:31-40.
- Fanibunda K., Reed M. "Cemento-ossifying fibroma of the mandible" *Dentomaxillofacial Radiology*, Vol 26, 4; 246-248, 1997.
- Galdeano M., Crespo J., Alvarez 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. ISSN 1698-4447.
- Goaz P., White S. "Radiología Oral" 1995; págs.509 – 512.
- Kramer I., Pindborg J., Shear M., "Hystological Typing of Odontogenic Tumors" 2nd Ed. Springer Verlag 1992; 27-33.
- Manganaro AM, Ragno JR, Karlis V. "Mixed Radiolucent/Radiopaque Lesion of the Mandible 1997" *J Oral Maxillofac Surg* 1997; 55:1456-9.
- Mejeanc N., B. Laurea J.-P. Trijolet a,b, J. Parmentiera,b, F. Surya,b, D. Gogaa,b, "Cemento-ossifying fibroma of the mandible"; *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck diseases* 2011; 128, 30-33.
- More, Chandramani; Thakkar, Krushna; Asrani, Mukesh; "Cemento-ossifying fibroma" *Indian Journal of Dental Research* 22.2; Mar 2011: 352-5.
- Neville B., Damm D., Allen C., Bouquot J. "Oral & Maxillofacial Pathology" 1995; pág. 469 – 470.
- Pérez-García S, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. "Fibroma osificante maxilar: Presentación de un caso y revisión de la literatura". *Med Oral* 2004; 9:333-9.
- Sanchis JM, Peñarrocha M, Balaguer JM, Camacho F. *Fibroma cemento-osificante mandibular: Presentación de dos casos y revisión de la literatura. Med Oral* 2004; 9:69-73.