

Osteofibroma periférico

PERIPHERAL OSSIFYING FIBROMA

JOSÉ RAFAEL, BERMÚDEZ RODRÍGUEZ¹ • NORMA ANGÉLICA MARTÍNEZ DE PÁEZ²

1/ Periodoncista, Cátedra de Clínica Patológica y Terapéutica Estomatológica de la Facultad de Odontología
Universidad de Los Andes. Mérida-Venezuela. E-Mail: rafaelb@ula.ve

2/ Cirujano Maxilofacial, Cátedra de Anestesiología y Cirugía Estomatológica de la Facultad de Odontología.
Universidad de Los Andes. Mérida-Venezuela. E-Mail: normangelica1@hotmail.com

RESUMEN

Los Osteofibromas Periféricos son tumores benignos de tejido conectivo, generalmente asintomático y se ubican en ambos maxilares, con mayor predilección en el maxilar superior en la región anterior, asociado con la papila interdental y dientes adyacentes. Se presenta un caso clínico de un osteofibroma periférico en un paciente de 37 años de edad, donde la lesión provocó alteraciones en la encía papilar en cuanto al color, contorno, consistencia y tamaño gingival. Se planificó un tratamiento adecuado y a tiempo, se realizaron controles clínicos post-operatorios, sin presentarse recidiva de la lesión; consiguiéndose el éxito del tratamiento.

Palabras clave: Osteofibroma Periférico, Fibroma con Calcificación, Granuloma Fibroblástico Calcificante.

ABSTRACT

The Peripheral Ossifying Fibroma is a benign tumor in the connective tissue, generally without symptoms and located in both maxillary pieces with preference in the anterior area of the upper maxillary and associated with the interteeth papila and adjacent teeth. A clinical case of peripheral ossifying fibroma in a 37 years old patient, where the injury caused alterations in the papilar gum in the color, contour, consistency and gingival size is presented. A suitable treatment was planned on time and post-operatariial clinical controls were made. There was not reappearance of the injury. Hence, the success of the treatment was obtained.

Key words: Peripheral Ossifying Fibroma, Fibroma with Calcification, Calcifying Fibroblastic Granuloma.

1. Introducción

El Osteofibroma Periférico es un crecimiento tumoral de tejido blando, que eleva la papila interdental, cursa generalmente de manera asintomática. Se considera una lesión gingival hiperplásica reactiva, la cual afecta con frecuencia de 2 a 4 veces el sexo femenino con respecto al sexo masculino, con mayor prevalencia en adultos jóvenes. La lesión se puede presentar en ambos maxilares, con mayor predilección en el maxilar superior en la región anterior, asociado con la encía papilar y dientes adyacentes, la recurrencia aproximada es de un 20%.

Su etiología es incierta. Sin embargo, se le ha asociado a irritantes locales, (Biopelícula, cálculo dental), restauraciones defectuosas y traumatismos crónicos. Hipotéticamente se cree que la lesión se origina de las células provenientes del ligamento periodontal, lo cual crea diferencia y controversia con el Fibroma Odontógeno Periférico.

Clínicamente se caracteriza por una tumoración bien delimitada, ubicada en la encía interdental, asintomática, de base sesil o pediculado, la cual presenta el mismo color de la mucosa. Otras veces se presenta como una lesión eritematosa o con ligera ulceración, consistencia firme, crecimiento exofítico. Su tamaño varía entre 1 a 4 cms. y en algunos casos pueden causar migración de los dientes adyacentes. Radiográficamente no presentan manifestaciones por ser lesiones de tejidos blandos. Sin embargo, algunos casos han reportado una ligera erosión superficial del hueso subyacente.

Histopatológicamente se caracteriza por ser un tumor benigno originado en el tejido conjuntivo. Pueden encontrarse variaciones desde lesiones intactas cubiertas por un epitelio escamoso estratificado, hasta lesiones parcial o completamente ulceradas.

Se han definido tres zonas histológicas de la lesión:

Zona I: (superficial): cubierta por un exudado fibrinoso y neutrófilos polimorfonucleares cuyo epitelio adyacente es paraqueratinizado o hiperplásico.

Zona II: compuesta por proliferación fibroblástica.

Zona III: el tejido conectivo en la zona profunda es más colagenizado y menos vascular con gran proliferación de células inflamatorias.

La lesión se caracteriza por un alto grado de celularidad; la cual por lo regular muestra formación ósea, aunque a veces se encuentra en su lugar material parecido al cemento o rara vez calcificaciones distróficas.

El diagnóstico se realizó con los datos que aporta la historia clínica y los exámenes radiográficos para descartar otros tipos de lesiones. El diagnóstico definitivo se confirmó con el estudio histopatológico.

Los diagnósticos diferenciales se hacen con el Granuloma Periférico de Células Gigantes, Fibroma de Células Gigantes, Granuloma piógeno, Fibroma Simple, Fibroma Odontógeno Periférico.

El pronóstico es bueno, ya que se refiere que es una lesión benigna, que no tiende a recidivar si es correctamente extirpada.

El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica de la masa tumoral mediante la enucleación total o curetaje de la misma. Se recomienda la excisión quirúrgica profunda incluyendo el periostio y el ligamento periodontal subyacente, con el fin de evitar posibles recidivas.

2. Materiales y métodos

Se realizó historia clínica completa, radiografías periapicales y los exámenes de laboratorios pertinentes. Se tomaron fotografías pre-operatorias (Figuras 1-4), fotografías operatorias (Figuras 5-8) y fotografías post-operatorias (Figuras 9 y 10) para el seguimiento del caso clínico. El tratamiento quirúrgico fue una biopsia exicional.

3. Reporte del caso clínico

Paciente femenina de 37 años de edad, procedente del Estado Mérida que acudió a la consulta por dolor, hemorragia gingival y un agrandamiento a nivel de la encía.

En el examen clínico se observó una lesión eritematosa de tres centímetros de diámetro, base pedunculada, textura lisa, consistencia firme, crecimiento exofítico, asintomático; ubicada en la región premolar del segundo cuadrante.

En el examen radiográfico, se observó una zona radiolúcida irregular a nivel de la corona del 24, compatible con caries dental y ligero ensanchamiento del espacio correspondiente al ligamento periodontal.

Realizados los exámenes de laboratorio, se elaboró un plan de tratamiento, en el cual se procedió a la asepsia y antisepsia del campo operatorio, anestesia infiltrativa, remoción de la lesión con bisturí al frío y electro bisturí. Se acompañó de remoción y curetaje del periostio subyacente y del ligamento periodontal. No hubo la necesidad de realizar la exodoncia de la pieza dental involucrada. Se indicó tratamiento post-operatorio con antibiótico, analgésico y antiinflamatorios. No se presentaron complicaciones.

4. Discusión

La Organización Mundial de la Salud clasifica al Osteofibroma Periférico como una entidad individual, diferente a los tumores odontógenos, la controversia existe, cuando algunos investigadores sugieren distintas hipótesis de la lesión: Brown, Darlingt y Kupfer en 1956 sugieren que el origen es a partir del "periostio". McDonald (1993) y Regezzi y Sciubba (1995) dicen que la lesión se origina en el tejido conectivo, derivado de la proliferación celular proveniente del ligamento periodontal, reafirmando la razón de su aparición en la encía, Kendrick y Waggoner (1996) lo clasifican dentro de las lesiones inflamatorias reactivas. Por estas razones algunos investigadores lo clasifican como lesiones de origen Odontógeno. Sin embargo en la actualidad su derivación exacta es incierta.

Al referirnos con él termino "osteo", daría a entender que la lesión involucra los huesos de los maxilares, y lo cierto es que en gran parte de los casos, no hay compromiso óseo. Sin embargo, en algunas ocasiones se puede apreciar una erosión superficial

del hueso subyacente a la masa tumoral. El material calcificado u óseo suele encontrarse en el tejido conectivo de la lesión como tal.

Los resultados histopatológicos del caso clínico en estudio, mostraron fragmentos de neoplasia benigna de origen mesenquimática, caracterizada por proliferación de tejido fibroso, compuesta por numerosos fibroblastos irregulares, entrelazados con citoplasma fusiforme, núcleos ovoideos o redondos, normocromáticos. Las bandas de fibroblastos se encuentran separadas por tiras de colágenos, algunas veces hialinizado. Severo infiltrado inflamatorio de tipo crónico, representado por linfocitos maduros, así como numerosos plasmocitos. En ciertas zonas se observan focos de calcificación distrófica y algunas trabéculas óseas.

El epitelio de revestimiento es plano estratificado de tipo mucoso, presenta en ciertas áreas hiperplasia de la capa de células basales, así como hiperqueratosis, intercalada con focos de erosión superficial. Diagnosticándose la lesión como un Osteofibroma Periférico.

Las manifestaciones clínicas e histológicas del caso clínico reportado, coinciden con los estudios consultados en las referencias bibliográficas que presentamos en este artículo.

El diagnóstico diferencial con otros tumores de tejido conectivo suele basarse en las características histológicas, así como la predilección con el sexo, edad y zona donde la lesión se presenta con mayor frecuencia, ya que pueden presentar semejanzas en las manifestaciones clínicas en cuanto al color, textura, consistencia, tamaño y base de la lesión.

5. Conclusiones

El diagnóstico definitivo se obtuvo del estudio histopatológico que se le realizó al espécimen, dando como resultado Osteofibroma Periférico.

A los seis meses no se presentó recidiva de la lesión. Hay que hacer referencia que durante este período de tiempo, la paciente no se había realizado el tratamiento restaurador de la pieza dental ubicada en la zona donde se encontraba la lesión, lo que conllevaría mayor acumulación de irritantes y traumatismos en la mucosa bucal, por los bordes filosos de la fractura dental, pudiendo ocasionar la recurrencia de la lesión.



Figura 1. Características Clínicas de la lesión: Color rojo violáceo, textura lisa, consistencia firme, base pedunculada, crecimiento exofítico.



Figura 3. Características clínicas de localización de la lesión: segundo cuadrante.



Figura 2. Presencia de placa bacteriana, cálculo dental, asociado con la irritación de la mucosa.

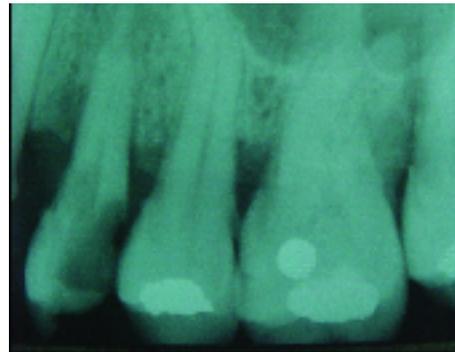


Figura 4. Manifestaciones radiográficas: Se observó una zona radiolúcida a nivel de la corona del 24, compatible con caries dental y ensanchamiento del espacio correspondiente al ligamento periodontal.



Figura 5. Técnica Quirúrgica: Extirpación de la lesión con bisturí al frío.

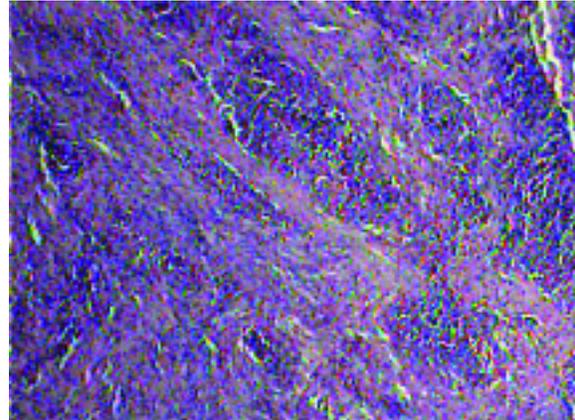


Figura 8. Estudio microscópico de la lesión, que muestra los dos tipos de tejidos: fibroso y mineralizado.



Figura 6. Técnica Quirúrgica: Cauterizando la zona sangrante.



Figura 9. Post-operatorio una semana después de eliminada la lesión.



Figura 7. Espécimen en su totalidad.



Figura 10. Post-operatorio a los seis meses. La paciente no se había realizado el tratamiento restaurador en el 24.

Referencias

- Abitbol, T. & Santi, E. (1997). Peripheral ossifying fibroma – Literature update and clinical case. *Periodont Clin Invest*, 19: 36-37.
- Brown, G., Darling, C. & Kupfer, S. (1956). Clinicopathologic study of alveolar bone epulis, with especial emphasis on benign giant cell tumor. *Oral surg*, 9:765.
- Eversole, L. & Rovin, S. (1972). Reactive lesions of the gingiva. *Oral path*, 1:30-38.
- Kendrick, F. & Waggoner, W. (1996). Managing a peripheral ossifying fibroma. *ASDC J Dent Child*, 63(2):135-8.
- Layfield, L., Shopper, T. & Weir, J. (1995). A diagnostic survey of biopsied gingival lesions. *J Dent Hyg*, 69(4):175-9.
- Mc Donald, R. & Avery, D. (1993). *Odontología pediátrica y del adolescente. (5ta ed.)*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Panamericana.
- Neville, B., Damm, D., Allen, C. & Bouquot, J. (1995). *Oral and maxillofacial pathology*. Philadelphia: WB Saunders.
- Regezi, J. & Sciubba, J. (1995). *Patología bucal, (2da ed. interamericana)*.
- Shafer, B. & Levy. (1986). *Tratado de patología bucal*. Editorial Interamericana, S.A.
- Tasar, F., Giray, C., Tasman, U. & Sarsel, M. (1996). Abstract ossifying fibroma. A case report. *Turk J Pediatr*, 38(2):265-70.