

Fibroma osificante de maxilar superior: informe de un caso

Ossifying fibroma of the upper maxilla: A case report

Santiago Leyva-Brooks ¹ , Aliandri Ballart-Ramos ² , Daimeris Román-Luna ³ 

¹Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo. Facultad de Ciencias Médicas. Guantánamo, Cuba.

²Hospital General Docente "Dr. Agostihno Neto". Guantánamo, Cuba.

³Policlínico "Mártires del 4 de agosto". Guantánamo, Cuba.

RESUMEN

El fibroma osificante es un tumor mesenquimatoso osteogénico benigno. Se presenta el caso de una paciente de 18 años, de piel negra, que acude a consulta de cirugía maxilofacial por presentar aumento de volumen nasal y maxilar superior del lado izquierdo, de crecimiento lento, asintomático. La radiografía panorámica constató imagen radiolúcida unilocular bien definida, con desplazamiento de raíces de dientes sin reabsorción radicular. La biopsia comprobó un estroma de tejido conjuntivo de constitución neoplásica, con presencia de espículas óseas de estructura periférica laminar. El diagnóstico fue de fibroma osificante de maxilar superior. Se realizó resección completa del tumor, incluyendo dientes relacionados con el mismo y reparando el defecto óseo con hidroxapatita. La evolución posoperatoria fue favorable. Esta afección requiere un manejo multidisciplinario, diagnosticada con la clínica, apoyada en herramientas complementarias como la imagenología e histopatología. Es un tumor benigno muy raro que se presenta en personas jóvenes. Es importante realizar un diagnóstico con el fin de diferenciarlo de otras lesiones fibrosas.

Palabras clave: Fibroma osificante; Maxilar; Neoplasia.

ABSTRACT

Ossifying fibroma is a benign osteogenic mesenchymal tumor. It is presented the case of an 18-year-old female patient, with black skin, who attended the maxillofacial surgery clinic due to an increase in nasal and upper jaw volume on the left side, slow-growing, asymptomatic. The panoramic X-ray confirmed a well-defined unilocular radiolucent image, with displacement of tooth roots without root resorption. The biopsy confirmed a neoplastic connective tissue stroma, with the presence of bone spicules with a laminar peripheral structure. The diagnosis was ossifying fibroma of the upper jaw. Complete resection of the tumor was performed, including teeth related to it, and the bone defect was repaired with hydroxyapatite. The postoperative evolution was favorable. This condition requires multidisciplinary management. Its diagnosis is a clinical one, supported by complementary tools such as imaging and histopathology. It is a very rare benign tumor that occurs in young people. It is important to make a diagnosis in order to differentiate it from other fibrous lesions.

Keywords: Ossifying fibroma; Maxillary; Neoplasm.



Publicado: 05/01/2023 || Recibido: 08/03/2022 || Aceptado: 13/05/2022

Citar como:

Leyva-Brooks S, Ballart-Ramos A, Román-Luna D. Fibroma osificante de maxilar superior: informe de un caso. Revista 16 de abril [Internet]. 2023 [citado: fecha de acceso]; 62:e1625. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/1625

INTRODUCCIÓN

Las lesiones fibroósas benignas del macizo craneofacial representan un grupo de alteraciones en donde existe remplazo de hueso normal por tejido conectivo fibroso. Aun cuando presentan características clínicas diferentes, sus características radiográficas e histológicas son similares. De ello depende su pronóstico y tratamiento¹.

Estas lesiones fueron clasificadas por Waldron y Giansanti en tres grupos: displasia fibrosa, lesiones fibroósas que aparecen en el ligamento periodontal (fibroma osificante central y fibromas osificantes periféricos) y neoplasias fibroósas de relación incierta o discutible (osteoblastoma y cementoblastoma)². Entre los tumores benignos destacan los papilomas sinonasales, angiofibroma nasofaríngeo juvenil y lesiones fibroósas³. El fibroma osificante, la más rara de estas entidades, representa una verdadera neoplasia^{4,5}.

En 1872 Menzel fue el primero en describir una lesión fibroósea; sin embargo, no fue hasta 1927 que el término "fibroma osificante" fue utilizado por primera vez por Montgomery, nombre con el cual actualmente se reconoce a la lesión. Hasta 1948 se pensó que la displasia fibrosa y el fibroma osificante eran la misma enfermedad o que una era variante de la otra. Fue en los inicios de la década de los cincuenta del siglo XX que Sherman y Sternberg, con sus estudios detallados de los aspectos clínicos, radiológicos, histológicos y patológicos, las dividieron en dos identidades diferentes. El nombre "fibroma osificante" fue adoptado desde el comienzo de la década de los noventa por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁶.

Afecta a los maxilares y huesos largos. Se caracteriza por ser encapsulado y bien delimitado, y presentar expansión de la lámina cortical, además de deformidad de las estructuras óseas afectadas. También afecta a las estructuras craneofaciales. Debe destacarse que algunos autores lo consideran como una lesión proliferativa, que se expande lenta y progresivamente. Además, clínicamente es una neoplasia benigna que aflige con mayor continuidad al hueso mandibular posterior a la región canina y, de manera ocasional, al maxilar u otros huesos del cráneo. Se manifiesta especialmente en el sexo femenino debido a los efectos vasculares de las hormonas⁷.

El fibroma osificante (FO) es un tumor mesenquimatoso osteogénico benigno, originado del ligamento periodontal. Es intraóseo, asintomático, de comportamiento agresivo. Suele ser de gran tamaño, destruye significativamente al hueso afectado y tiende a reincidir en el 30 % al 58 % de los casos. Es capaz de producir una gran variedad de neoplasias benignas que ponen en riesgo la integridad de las corticales óseas, generando expansión y destrucción progresiva. Algunos autores relacionan la aparición del FO con factores irritantes, placas bacterianas y cálculos subgingivales^{1,8}. Los factores desencadenantes del desarrollo de esta neoplasia se asocian con traumatismos de exodoncia y enfermedad periodontal⁸. Se ha determinado que el FO tiene una prevalencia en América Latina del 0,1 % de todas las afecciones cementoóseas benignas⁹.

Debido a la baja de frecuencia de este tipo de lesiones, resulta relevante el conocimiento de su diagnóstico y tratamiento, por lo que en el presente artículo se describió el manejo clínico-quirúrgico de un paciente con FO en el maxilar superior.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 18 años de edad, de piel negra, procedencia urbana, con antecedentes patológicos personales de asma bronquial y tratamiento regular con prednisona, que acudió a consulta de cirugía maxilofacial por presentar aumento de volumen nasal y maxilar superior del lado izquierdo, de crecimiento lento, asintomática y con un año de evolución, sin antecedentes de trauma en la zona.

Al examen físico extraoral se constató asimetría facial, aumento de volumen de 5 cm de diámetro, de consistencia duropétreas, que se extendía a la región infraorbitaria y la zona del maxilar superior del lado izquierdo, sin compromiso sensitivo, con borramiento del surco nasolabial y elevación del ala nasal (fig. 1).

El examen físico intraoral reveló una masa firme, bien definida, con compromiso de la hemiarcada maxilar superior izquierda desde el canino hasta al segundo premolar con borramiento del surco vestibular,



Fig. 1. Vista anteroposterior de la paciente al examen físico facial

abombamiento de la cortical vestibular y palatina sin fístulas ni drenaje intra- o extraoral, sin adenopatías cervicales, y con un ligero cambio en el plano oclusal en el sector posterior (fig. 2).



Fig. 2. Examen físico intraoral

El análisis de la radiografía panorámica confirmó una imagen radiolúcida unilocular bien definida, con desplazamiento de las raíces de los dientes sin reabsorción radicular. En la vista Walter se observó un área radiolúcida en el maxilar izquierdo que involucró la región nasal e invadió el seno maxilar.

Se realizó una biopsia incisional bajo anestesia local, en la cual se obtuvo un tejido de consistencia dura, al que posteriormente se le realizó un estudio histopatológico, donde se observó una masa de color crema, amarilla homogénea al corte. La lesión estaba formada por un estroma de tejido conjuntivo de constitución neoplásica, con presencia de espículas óseas de estructura periférica laminar, rodeadas por hileras de osteoblastos. No se encontró anaplasia, ni necrosis; los bordes de la lesión presentaron una delgada capa de hueso comprimido. Se confirmó, de este modo, el diagnóstico de FO de maxilar superior.

Se procedió a realizar la resección completa del tumor bajo anestesia general (fig. 3), incluyendo todos los dientes relacionados con el mismo y reparando el defecto óseo con hidroxapatita. Sin embargo, no se removieron el primer y segundo molar, los cuales se encontraban desplazados, pero no involucrados dentro de la lesión. Se conservó la mucosa vestibular y palatina para obtener el cierre por primera intención.



Fig. 3. Transoperatorio

La evolución posoperatoria fue favorable tanto clínico como radiográficamente –esta última se constató semanalmente durante un mes (fig. 4), luego mensualmente por tres meses y después cada tres meses a lo largo de un año. Progresivamente, la paciente fue remitida a la especialidad de prótesis para rehabilitación de los dientes extraídos.



Fig. 4. Evolución a los 15 días de la cirugía

DISCUSIÓN

La clasificación de tumores de cabeza y cuello de la OMS (2017) divide a los FO en lesiones fibroósas y osteocondromatosas. Según la edad de aparición, la presentación clínica, el comportamiento potencial, el patrón de mineralización y las características histopatológicas, se han identificado tres variantes: cemento-FO (FOC) y dos FO juveniles distintas (FOJ) [FO psamomatoide juvenil (FOPJ) y FO trabecular juvenil (FOTJ)]¹⁰, de ahí que el caso clínico sea clasificado según la última actualización de la OMS.

López JA *et al.*⁷ determinaron características clínicas importantes que señalan el comportamiento benigno del tumor, como el crecimiento lento y gradual de la lesión, así como la zona de aumento de volumen que se presentó cubierta por una mucosa de características normales al tejido adyacente, resultados similares a este caso.

Kawaguchi *et al.*¹⁰ afirman que se han notificado casos de FO de cemento con mayor frecuencia en adultos entre 16 y 33 años, lo que coincide con la edad de la paciente.

Afecta a la mandíbula entre el 70 % al 80 % de los casos y luego se localiza preferiblemente en el área de los premolares-molares, seguido del maxilar y los senos paranasales. El FO es una lesión poco común y se han publicado pocas series de casos, principalmente en la región maxilar², de ahí la peculiaridad de este caso.

Diversos artículos relacionados^{1,7,8} constatan la realización de examen histopatológico y la toma de radiografías para obtener el diagnóstico definitivo de la entidad, conducta adaptada en este caso.

Viana *et al.*¹¹ describen que la enucleación o legrado de la lesión es la elección de tratamiento para el fibroma cementoosificante, como fue en el caso realizado.

El diagnóstico diferencial depende del grado y patrón de radiopacidad interna. Incluye neoplasias benignas mixtas radiolúcidas y radiopacas, con el diagnóstico determinado por el comportamiento clínico y radiográfico¹². Las entidades patológicas fibroósas que se asemejan al FO son: displasia **óseocementaria** (displasia focal periapical y florida), displasia fibrosa, osteoma osteoide, osteoblastoma y osteomielitis crónica esclerosante¹³. Otras posibles opciones para el diagnóstico diferencial son: quiste óseo solitario, queratoquiste, ameloblastoma, granuloma de células gigantes, mixoma, tumor odontogénico adenomatoide, mieloma múltiple, osteosarcoma y cementoblastoma^{14,15}.

En la actualidad, el FOC continúa siendo motivo de estudio y discusión. Esta afección requiere de un manejo multidisciplinario y debe ser diagnosticada principalmente con la clínica, apoyada en herramientas complementarias como la imagenología e histopatología para proporcionar el diagnóstico definitivo.

CONCLUSIONES

El FO es un tumor benigno muy raro que se presenta en personas muy jóvenes. Es importante realizar un diagnóstico adecuado con el fin de diferenciarlo de otras lesiones fibrosas que permitan realizar una terapia adecuada precozmente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tovía EG, Urbano SE, Vergara CI, Díaz AJ. ¿Displasia fibrosa o fibroma osificante? Caracterización histológica de dos casos inusuales. *Univ Odontol* [Internet]. 2019 [citado 01/03/2021]; 38(81). DOI: [10.11144/Javeriana.uo38-81.dffo](https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo38-81.dffo)
2. Batista C, de Moraes D, Neves DF, Dan S, de Lima I, de Souza NL. Central Ossifying Fibroma in the maxilla: a rare case report. *Research, Society and Development* [Internet]. 2020 [citado 01/03/2021];9(8):e308985922. Disponible en: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/5922>
3. Chávez C, García K, Rojas S, Barahona L, Naser A, Nazar R. Tumores fibroóseos de cavidades paranasales: Experiencia en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile y revisión de la literatura. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello* [Internet]. 2020 [citado 01/03/2021]; 80(2):157-165. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162020000200157&lng=es
4. Sultan A, Schwartz M, Caccamese J, Papadimitriou J, Basile J, Foss R, *et al.* Juvenile Trabecular Ossifying Fibroma. *Head Neck Pathol* [Internet]. 2018 [citado 01/03/2021]; 12(4):567-571. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6232201/>
5. Félix FJ, Ríos ER, Urias CM. Frecuencia de tumores odontogénicos: un estudio multicéntrico en población sinaloense. *Rev Med UAS* [Internet]. 2020 [citado 01/03/2021]; 10(4):202-209. Disponible en: http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:lbirfRBKkjcJ:scholar.google.com/+fibroma+cemento+osificante+maxilar&hl=es&as_sdt=0,5&as_ylo=2020
6. El-Naggar AK. Editor's perspective on the 4th edition of the WHO head and neck tumor classification. *J Egypt Natt Canc Inst* [Internet]. 2017 [citado 01/03/2021]; 29(2):65-66. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28455004/>
7. López JA, Nava MA, Rodríguez RR. Fibroma osificante en el maxilar: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Odous Científica* [Internet]. 2021 [citado 01/03/2021]; 22(1):45-51. Disponible en: http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:M_ZgRPk9SEIJ:scholar.google.com/+fibroma+cemento+osificante+en+el+maxilar&hl=es&as_sdt=0,5&as_ylo=2020
8. Landa C, Gómez FJ. Fibroma osificante juvenil: presentación de un caso y actualización bibliográfica. *Rev Facultad Odontológica* [Internet]. 2020 [citado 01/03/2021]; 13(1):36-46. DOI: [10.30972/rfo.1314339](https://doi.org/10.30972/rfo.1314339)
9. Lovato Salazar VS. Hallazgo radiográfico de fibroma osificante mandibular y su diagnóstico diferencial: Reporte de un caso clínico [tesis]. Ecuador: Universidad Internacional del Ecuador, Facultad de Ciencias Médicas, de la salud y de la vida; 2020. Disponible en: <https://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/4357/1/T-UIDE-0087.pdf>
10. Kawaguchi M, Kato H, Miyasaki T, Kato K, Hatakeyama D, Mizuta K, *et al.* CT and MR imaging characteristics of histological subtypes of head and neck ossifying fibroma. *Dentomaxillofacial Radiology* [Internet]. 2018 [citado 01/03/2021]; 47(6):1-7. Disponible en: <https://www.birpublications.org/doi/full/10.1259/dmfr.20180085>
11. Viana AM, Rohden D, Assein N, Dias HL, Campos L. Central Cemento-Ossifying Fibroma: Clinical-Imaging and Histopathological Diagnosis. *Int J Odon* [Internet]. 2018 [citado 01/03/2021]; 12(3):233-236. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2018000300233&lng=es
12. Myeong J, Jin K. Three types of ossifying fibroma: A report of 4 cases with an analysis of CBCT features. *Imaging Sci Dent* [Internet]. 2020 [citado 01/03/2021]; 50(1):65-71. DOI: [10.5624/isd.2020.50.1.65](https://doi.org/10.5624/isd.2020.50.1.65)
13. Gomes PH, Carrasco LC, de Oliveira D, Pereira JC, Alcalde LF, Faverani LP. Conservative Management of Central Cemento-Ossifying Fibroma. *J Craniofac Surg* [Internet]. 2017 [citado 01/03/2021]; 28(1):8-9. Disponible en: https://journals.lww.com/jcraniofacialsurgery/Abstract/2017/01000/Conservative_Management_of_Central.84.aspx
14. Chrcanovic BR, López R, Horta CR, Freire B, Souza LN. Fibroma osificante central en el maxilar superior:

- reporte de un caso y revisión de literatura. *Ava en Odon* [Internet]. 2011 [citado 01/03/2021]; 27(1):2-8. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v27n1/original3.pdf>
15. Animasahun BA, Kayode G, Kusimo OY. Juvenile ossifying Fibroma in Nigerian boy: a rare case report. *AME Case Rep* [Internet]. 2019 [citado 01/03/2021]; 3:20. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6624364/>

AUTORÍA

Santiago Leyva-Brooks: conceptualización, curación de contenidos y datos, investigación, metodología, redacción-borrador original.

Aliandri Ballart-Ramos: curación de contenidos y datos, metodología, redacción-borrador original.

Daimeris Román-Luna: conceptualización, investigación, metodología, supervisión, redacción-borrador original.

Todos los autores aprobaron la versión final del artículo.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para la realización del presente estudio.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.



Este artículo de Revista 16 de abril está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Revista 16 de abril.