

FIBROMA ODONTOGENICO EN MAXILAR INFERIOR. A PROPÓSITO DE UN CASO

MANDIBULAR ODONTOGENIC FIBROMA. A CASE REPORT

Gustavo Guzmán* y Carlos Mozo Duran**

RESUMEN

Los tumores benignos son neoplasias que se pueden presentar en cualquier parte de la cavidad oral estos pueden ulcerarse, sangrar o interferir con la masticacion o con la adhesion de protesis dentales, tambien presentan un desarrollo lento, una superficie mucosa conservada y compresion de estructuras vecinas. Los fibromas odontogenicos son tumores benigno poco frecuente caracterizado por tejido fibroso con celulas de tejido conectivo, este se puede presentar en cualquier etapa de la vida, no tiene predileccion de sexo y se da mas en la mandibula que en los maxilares. El objetivo de este artículo es describir un caso clínico de este tumor, hacer una breve revisión de la literatura, analizar sus características clínicas e histológicas y la actitud terapéutica a tomar. (DUAZARY 2012 No.2, 190 - 195)

Palabras Claves: Fibroma osificante, neoplasia benigna, fibromas, Neoplasias maxilomandibulares. (mesh)

ABSTRACT

Benign tumors are growths that can occur in any part of the oral cavity they can ulcerate, bleed, or interfere with chewing or the adhesion of dental prostheses, also show a slow development, a preserved mucosal surface and compression of adjacent structures. Odontogenic fibroma is a fairly common tumor tissue characterized by fibrous connective tissue cells, this can occur at any stage of life, has no sex predilection an occurs more in the mandible than the maxilla. The aim of this paper is to describe a case of this tumor, a brief review of the literature, analyze their clinical and histological features and therapeutic approach to take.

Keywords: Ossifying fibroma, benign neoplasms, fibromas, Jaw Neoplasms.

* Odontólogo cirujano maxilofacial, docente del área de cirugía oral y maxilofacial de la Universidad del Magdalena. Santa marta, Colombia. Guguzman_01@hotmail.com
 ** Estudiante de prácticas profesionales del programa de odontología de la Universidad del Magdalena. odoncar85@hotmail.com



INTRODUCCIÓN

El concepto de fibroma odontogénicos está actualmente en evolución, anteriormente se decía a cualquier tumor intraóseo que se formaba en el maxilar¹. Estos presentan una localización superficial o profunda². Los tumores benignos de la boca generalmente surgen solos y crecen muy lentamente durante un periodo de 2 a 6 años. Pueden aparecer en los labios, encías, paladar, suelo de la boca o lengua³.

La organización mundial de la salud (OMS) lo define como una proliferación benigna del ectomesénquima caracterizada por tejido fibroblástico con una cantidad variable de epitelio odontogénico aparentemente inactivo. La OMS distingue dos variantes dependiendo de su topografía: una intraóseo o central (FOC) y una extraósea o periférica (FOP)⁴.

El fibroma odontogénico central (FOC) es una neoplasia benigna muy poco frecuente, de presentación exclusiva del maxilar y la mandíbula, se presenta como una masa pediculada o sésil, de color similar al tejido conectivo que la rodea, la lesión no se úlceras y raras veces produce resorción del hueso alveolar. El FOC puede aparecer a cualquier edad, más frecuentemente entre la 2^a y 4^a década de la vida, es dos veces más común en las mujeres que en los hombres. Puede presentarse tanto en el maxilar (zona anterior) como en la mandíbula (zona posterior), se cree que es derivado del tejido mesenquimatoso de origen dental: ligamento periodontal, papila dental o folículo dental⁴. En la mayoría de los casos muestra un crecimiento lento y progresivo y produce expansión cortical con o sin sintomatología. Histológicamente se distinguen 2 variables principales. a) El tipo simple contiene escaso componente celular y finas fibras colágenas dispersas, y además puede presentar remanentes de tejido odontogénico aparentemente inactivo y pequeños focos de calcificaciones distróficas. b) El tipo complejo, también llamado tipo WHO, está compuesto de tejido conectivo celular y fibroblástico maduro, contiene islotes y cordones de epitelio odontogénico y calcificaciones compuestas generalmente de material dentinario. El tratamiento habitual del FOC es la enucleación⁵. Dunlap y Barrer presentan 2 casos de FOC tratados con curetaje con un seguimiento de 9 y 10 años sin evidencia de recurrencia⁴.

El fibroma odontogénico periférico es considerado la contraparte de tejido blando del fibroma odontogénico central. Es una lesión gingival benigna poco común⁶. Esta es una lesión tumoral de la submucosa oral o del ligamento periodontal causado por irritación crónica como traumatismos locales, cuerpos extraños y cálculo o ciertos factores que transforman el tejido conectivo de las mucosas en tejido fibroso. Es de crecimiento lento, asintomático y en ocasiones involuociona cuando se eliminan los factores causales⁷. Este tipo de lesión es más frecuente en los pacientes entre la 2^a y 4^a década de la vida, su incidencia es más alta en la mandíbula inferior, en regiones anteriores y zona de premolares⁸. Es más común que su contraparte central, en una proporción de 1,4: 1⁹. Clínicamente presenta un agrandamiento gingival que puede confundirse con otras lesiones gingivales. Puesto que las lesiones pequeñas están localizadas en el tejido blando gingival y no suele existir alteración radiográfica del hueso. Cuando las lesiones contienen numerosas calcificaciones en el tejido conjuntivo celular, pueden verse algunas pequeñas imágenes radiopacas. Las lesiones grandes pueden revelar aplanamiento del hueso cortical a algún ensanchamiento de la porción cervical del espacio periodontal¹. El tratamiento consta de escisión quirúrgica y curetaje de la base de la lesión⁷ que incluya el ligamento periodontal si está afectado y cualquier agente etiológico como cálculo dental u otro material extraño, debe extirparse para evitar recurrencias¹⁰. Histológicamente el fibroma periférico es una hiperplasia fibrosa focal también conocido como cicatriz hiperplásica. Contiene bastante colágena, es relativamente avascular y en ocasiones muestra infiltrado de células inflamatorias crónicas de leve a moderado⁷.

Mediante este artículo se hace reporte de un caso clínico donde se demuestra la importancia de tener conocimientos claros a la hora de identificar y/o diagnosticar cada uno de los fibromas odontogénicos, poder así diferenciar cada uno de ellos y optar por un plan de tratamiento .

REPORTE DE CASO

Se presenta el caso de un paciente de 30 años de edad, masculino que ingresa al servicio de cirugía oral y maxilofacial del hospital universitario Fernando Troconis de la ciudad de Santa Marta. El paciente es remitido de la

unidad de consulta externa para cirugía programada por masa tumefacta en maxilar inferior, manifiesta presentar masa en región del maxilar inferior derecha, de 1 año de evolución aproximadamente, que no le produce dolor ni ningún tipo de molestias al momento de realizar movimientos masticatorios. (fig.1).

Respecto a los antecedentes médicos personales niega padecer de enfermedad sistémica alguna, ser alérgico a algún tipo de medicamento, haber sido intervenido quirúrgicamente o haber padecido traumas. Con respecto a su historial clínico familiar se evidencia antecedentes de muerte por infarto.

Al momento de realizar el respectivo examen físico presento signos vitales entre los valores normales: presión arterial: 120/70 mmHg; pulso: 79 pulsaciones/minuto; frecuencia respiratoria: 19 respiraciones/minuto; temperatura: 37 °C. A la valoración clínica de la lesión se observa tumoración a nivel de maxilar inferior derecho de aproximadamente 6 cm de diámetro, la cual inicia en el sector posterior de la mandíbula hasta la región del agujero mentoniano. A nivel intraoral se evidencia expansión de tabla ósea lingual y vestibular a nivel de cuerpo mandibular, asociado a órganos dentarios 45 y 46 con mucosa oral eritematosa a nivel de la zona (Fig. 3). Se le ordena al paciente una tomografía axial computarizada (TAC) de maxilar inferior, Perfil de coagulación, cuadro hemático completo y glicemia los cuales arrojaron resultados dentro de los parámetros normales. Por último se establece como plan de tratamiento la resección quirúrgica de neoplasia benigna en maxilar inferior. El TAC mostró una lesión que producía adelgazamiento y expansión cortical vestibular y lingual conservando el borde mandibular (fig 5).

El paciente es trasladado a quirófano para ser intervenido quirúrgicamente, bajo anestesia general inhalatoria con intubación oro traqueal, previa asepsia y antisepsia, se procede a infiltrar xilocaína con epinefrina en la zona de la patología para reducir el sangrado. Luego se realiza abordaje intraoral con electro bisturí con el cual se hace resección de toda la lesión a nivel de la base de la misma,

posteriormente se hace control hemostático, se irriga con solución salina y se observa que no haya laceración de vasos sanguíneos. Por último se procede a suturar con vicryl 3-0 mediante punto simple. El material extraído se envía al estudio histopatológico reportando tumor odontogénico. La lesión fue analizada histológicamente y se informó por anatomía patológica la existencia de un fibroma odontogénico central. El paciente quedó en observación durante 1 días en donde se hizo control y posteriormente se dio de alta.

Toda la información recopilada fue autorizada por medio de un consentimiento informado del paciente, que permitió utilizarlas para este artículo.

DISCUSIÓN

En el caso presentado se diagnosticó la existencia de un fibroma odontogénico partiendo de las características clínico-radiográficas antes mencionadas y elementos histológicos que la señalan, como la presencia de tejido conectivo fibroso colagenizado.

El FOC supone alrededor del 1,5% de los tumores odontogénicos intraóseo. Se presenta en un amplio rango de edad, entre los 5 y los 80 años (promedio 37 años), este tipo de lesión es más frecuente en los pacientes entre la 2ª y 4ª década de la vida, lo cual concuerda con el caso presentado donde el paciente presenta una edad de 30 años. Muestra una marcada predilección por el sexo femenino sobre el sexo masculino no coincidiendo con el caso. Puede presentarse tanto en el maxilar (zona anterior) como en la mandíbula (zona posterior).

En general, el tratamiento descrito en todos los casos publicados es de tipo conservador. Los reportes más antiguos, como Dunlap y Doyle, mencionan sólo curetaje de la lesión. Actualmente, los autores se refieren a la remoción o enucleación del tumor junto al curetaje del lecho residual, siempre que la lesión no muestre un comportamiento agresivo y no se detecte evidencia histológica de malignidad.

INDICE DE IMÁGENES (RADIOGRAFIAS Y FOTOGRAFÍAS)



Figura 1. Fotografía clínica vista frontal. Se evidencia asimetría de tercio facial inferior.

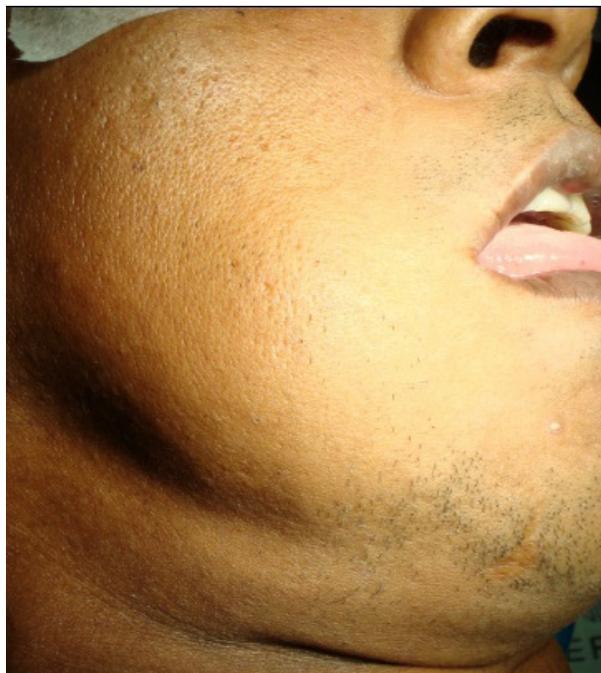


Figura 2. Fotografía clínica vista lateral, se evidencia tumefacción en cuerpo mandibular.



Figura 3. Imagen clínica de aspecto intraoral de la lesión.

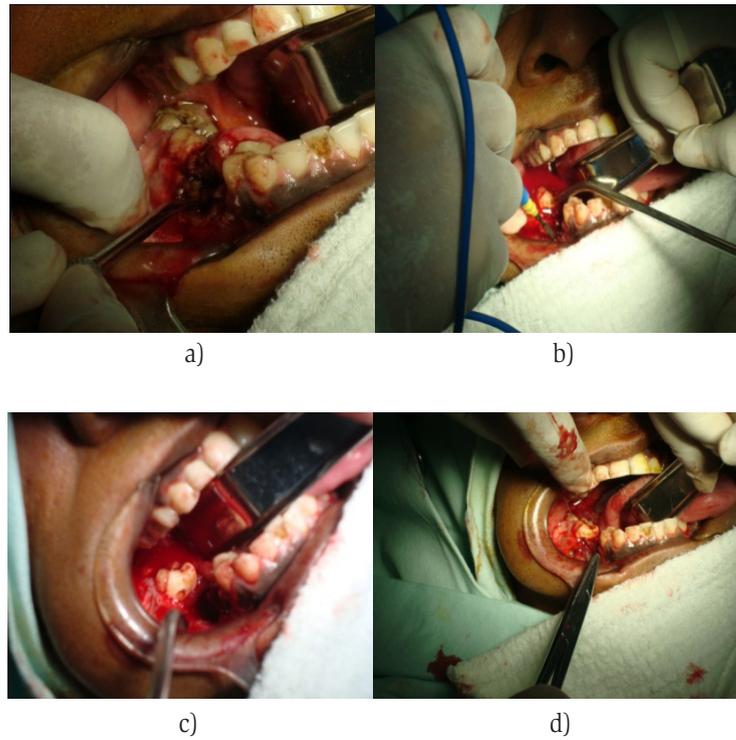


Figura 4. a), b) (resección de la lesión con electro bisturí), c) (resección total de la lesión), d) (sutura con vicryl 3-0)

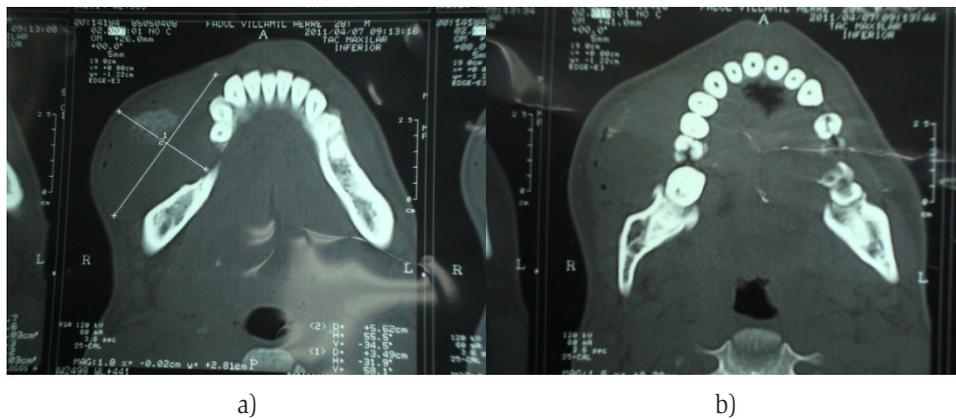


Figura 5. a), b). TAC de maxilar inferior; cortes horizontales que muestran la magnitud de la lesión.

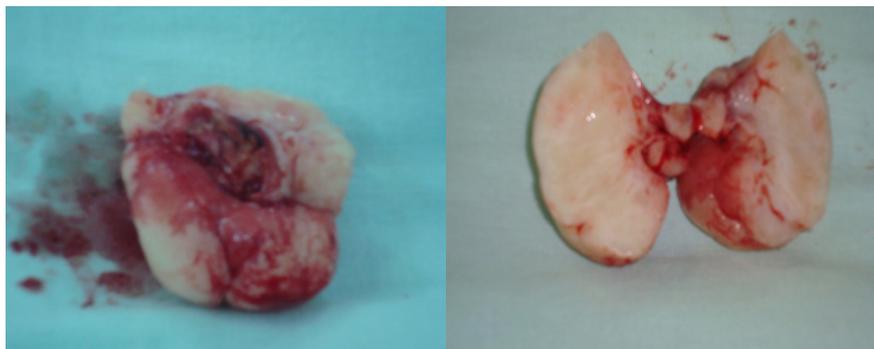


Figura 6. Imagen anatomopatológica del tumor



Figura 7. Imágenes extra orales 24 horas después de la intervención. a) (Imagen extra oral). b), (imagen intraoral posquirúrgica).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva M, Salcedo D, Hurtado A, Quispe A, Andamayo D, Pineda M, et al. Fibroma odontogénico periférico, reporte de un caso. *Odontológico*. Sanmarquina 2008; 11(2): 92-5.
2. Suárez D, Vanegas S, Santos M, Godoy A. Fibroma Traumático evaluación clínica e histológica de un caso. *Acta bioclínica*. 2011; 1(1): 1-7.
3. Pérez L, Bascones A. Tumores benignos de la mucosa oral. *Av Odontoestomatol*. 2010; 26 (1): 11-7.
4. Cortés G, Liceaga R, Mosqueda A. Lesión mandibular inusual de fibroma odontogénico central combinado con granuloma central de células gigantes mandibular. *Revista Odontológica Mexicana*. 2011; 15 (2) : 126-31.
5. Muñoz C, Reyes P, Álvarez C, Venegas B. Fibroma odontogénico central, tipo WHO: Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev esp cir oral maxilofac*. 2010; 32(4):159-64.
6. Yoris O, Pérez L, Maalouf C, Rodríguez E, Parra S. Una lesión periférica poco común. Reporte de un caso. *Acta odontol*. 2009; 47(4): 265-73.
7. Rebolledo M, Cantillo O, Díaz A. Fibroma periférico odontogénico. A propósito de un caso. *Av. Odontoestomatol*. 2010; 26 (4): 183-87.
8. Santos B, Yamamoto P, Bringel R, Cruz B, Souza W, Rebelo H. Fibroma odontogénico periférico: reporte de un caso de un tumor poco frecuente simulando una lesión gingival reactiva. *Rev Odontol unesp*. 2012; 41(1): 64-7.
9. Kyung-Soo N. Central odontogenic fibroma: a case report. *Imaging Science in Dentistry*. 2011; 41 : 85-8.
10. Osorio A. Fibroma Odontogénico Periférico. *Acta odontol*. 2003; 41(3): 295-96.