

Fibroma osificante periférico. Reporte de un caso y revision de la literatura.

*Fibroma ossificans peripherals.
A case report and review of literature*

*Periféricos fibroma ossificante.
Relato de caso e revisão da literatura*

Fecha de Recepción
27 de diciembre de 2012

Aceptado para su publicación
13 de mayo de 2013

Andrés E. Garay.

Odontólogo ULA (Mérida-Venezuela).

Arnaldo R. Vallejos.

Prof. Anatomía Patológica. Laboratorio de
Anatomía Patológica "Prof. Dr.
Walter Anselmo Alsina" UNNE.

Carlos A. Contreras.

Odontólogo ULA (Mérida-Venezuela).

María M. González.

Prof. Clínica Estomatológica UNNE.

Roque O. Rosende.

Servicio de Cirugía y Traumatología
Buco-Maxilofacial UNNE.

Sebastián Krupp.

Servicio de Cirugía y Traumatología
Buco-Maxilofacial UNNE.

Resumen

En la mucosa bucal con relativa frecuencia se observan hiperplasias como el Fibroma Osificante Periférico (FOP), el cual es una lesión reactiva inflamatoria, que puede estar asociada a la presencia de traumatismos e irritantes crónicos a nivel gingival y a su vez, diversos autores en la actualidad lo asocian con un estadio maduro del Granuloma Telangiectásico. El objetivo del presente estudio, es aportar información actualizada acerca de esta patología y describir el caso clínico de una paciente de 68 años de edad, que acudió al servicio del Hospital Odontológico de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste, por presentar un abultamiento asintomático de un año aproximado de evolución, en el fondo de surco vestibular del sector antero-inferior, el tratamiento de elección fue biopsia por escisión y eliminación de los factores desencadenantes, para de esta forma disminuir la posibilidad de recidiva.

Palabras clave

Hiperplasia, Fibroma Osificante Periférico, lesión reactiva inflamatoria, granuloma telangiectásico.

Abstract

In the oral mucosa with hyperplasia observed relative frequency as the Peripheral Ossifying Fibroma (FOP), which is an inflammatory reactive lesion that may be associated with the presence of trauma and chronic irritants to the gingival

level and in turn, several authors in the currently he is associated with a mature stage of pyogenic granuloma. The aim of this study is to provide updated information about this disease and to describe the clinical case of a patient 68 years old, who arrived at the Dental Hospital, Faculty of Dentistry, National University of the Northeast, by presenting a asymptomatic swelling of approximately one year of evolution, at the bottom of the vestibular sulcus anterior-inferior sector, the treatment of choice was excisional biopsy and removal of triggers, to thereby reduce the possibility of recurrence.

Keywords

Hyperplasia, Ossifying fibroma Peripheral, inflammatory reactive lesion, telangiectatic granuloma.

Resumo

Na mucosa oral, com hiperplasia frequência relativa como o periférico fibroma ossificante (FOP), que é uma lesão inflamatória reativo que pode ser associada com a presença de trauma e crônicas irritantes para o nível da gengiva e, por sua vez, vários autores na Atualmente, ele está associado a um estágio maduro de granuloma piogênico. O objetivo deste estudo é fornecer informações atualizadas sobre esta doença e para descrever o caso clínico de uma paciente de 68 anos, que chegou ao Hospital de Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Nacional do Nordeste, através da apresentação de um inchaço assintomático de aproximadamente um ano de evolução, na parte inferior do sector anterior inferior do sulco vestibular, o tratamento de escolha é a biópsia excisão e remoção de gatilhos, para assim reduzir a possibilidade de recidivas.

Palavras chave

Hiperplasia, fibroma ossificante periférico, lesão reativa inflamatória, granuloma telangiectásico.

Introducción

En la mucosa bucal se puede observar con frecuencia un grupo de entidades denominadas hiperplasias simples o pseudotumores, que debido a sus características y etiologías reactivas

o dependientes de un estímulo, se diferencian del tumor benigno verdadero.

Específicamente, en los tejidos gingivales y periodontales se evidencian en algunos casos agrandamientos o lesiones tumorales que afectan su integridad, estas patologías se pueden clasificar según sus factores etiológicos y cambios evolutivos en agrandamientos inflamatorios crónicos o agudos, agrandamientos gingivales inducidos por fármacos, agrandamientos relacionados con enfermedades sistémicas, agrandamientos condicionados inespecíficos y agrandamientos neoplásicos, entre otros.

En el grupo de los agrandamientos inflamatorios crónicos, se encuentra el Fibroma Ossificante Periférico (FOP), el cual se caracteriza por ser una lesión reactiva sin una etiología clara, pero su formación está asociada a traumatismos, irritaciones crónicas, mal posición dentaria, higiene deficiente, rehabilitaciones protésicas no adaptadas, placa bacteriana, cálculo, exodoncias y restos radiculares.

En este sentido, algunos autores suponen que el origen del FOP está relacionado con células del ligamento periodontal, Parveen y cols, refieren que la irritación crónica al periostio y la membrana periodontal causan metaplasia del tejido conectivo, provocando la formación de hueso o calcificaciones distróficas. Asimismo, Pérez y cols, señalan que la aparición de esta lesión es generalmente en la papila interdental (próxima al ligamento periodontal). Además, evidenciaron la presencia de fibras oxytalan en los focos de mineralización en el interior de la entidad y que la respuesta fibrocelular del FOP es similar a otras lesiones gingivales reactivas originadas en el ligamento periodontal^{3,4}.

Clínicamente, el FOP es una tumefacción deformante de crecimiento lento, que puede ser sésil o pediculada, de consistencia firme, superficie lisa que ocasionalmente se ulcera, el color es eritematoso o similar al tejido gingival adyacente, el tamaño por lo general es de 2 cm de diámetro aproximadamente, aunque existen reportes de hasta 9 cm de diámetro. Esta entidad cursa con una evolución indolora que puede causar pérdidas de piezas dentarias vecinas y suele aparecer en la región anterior del maxilar superior^{3,5}.

A nivel radiográfico, el FOP se aprecia como una imagen bien delimitada, pudiéndose observar

radiolucido en etapa temprana, mixto en etapa intermedia o radiopaco en etapa avanzada, lo cual está directamente relacionado con la cantidad de material mineralizado que pueda presentar en su interior. Generalmente, es una entidad unilocular, capaz de desplazar piezas dentarias adyacentes, en casos de lesiones muy grandes se evidencia aplanamiento o reabsorción del hueso cortical y superficies radiculares⁶.

El FOP histológicamente puede presentar un epitelio escamoso estratificado intacto o completamente ulcerado, paraqueratinizado, hiperplásico y con un exudado fibrinoso. Se caracteriza a nivel del tejido conectivo por ser una lesión fibro-ósea, donde predominan los fibroblastos, miofibroblastos, colágeno e infiltrado inflamatorio crónico, agregado a esto se observa proliferación de células endoteliales, focos de material mineralizado, el cual puede ser hueso maduro, lamelar o inmaduro, cemento radicular, calcificación distrófica o combinación de las anteriores^{4,5,8}.

El tratamiento de elección para el FOP es la excisión quirúrgica con un curetaje profundo que abarque el periostio circundante y el ligamento periodontal; en algunos casos donde piezas dentarias estén comprometidas se debe realizar la exodoncia de las mismas, con la finalidad de evitar la recidiva de esta lesión que es del 20%, aproximadamente, en los casos reportados. El tejido retirado en el procedimiento quirúrgico se debe referir para el estudio histopatológico y de esta forma obtener el diagnóstico definitivo^{5,6}.

Según las características clínicas que presenta esta lesión, el diagnóstico diferencial se puede realizar con granuloma piógeno, granuloma periférico de células gigantes, hiperplasia fibrosa focal, tumores odontogénicos periféricos, fibroma, inflamación gingival hiperplásica, hemangioma y angiosarcoma.

Epidemiológicamente, se conoce que el FOP es una de las lesiones reactivas inflamatorias más frecuentes que afectan a la cavidad bucal, además, se le atribuye predilección por el género femenino, particularmente en la segunda y tercera década de la vida. Por otra parte, la literatura refiere que usualmente su aparición es a nivel de la papila interdental de la zona anterior del maxilar, aunque se puede observar en otras regiones de la cavidad bucal^{4,5}.

Caso Clínico

Paciente femenino de 68 años de edad procedente de la Provincia de Corrientes – Argentina, que acude al servicio del Hospital Odontológico de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste (UNNE), refiriendo como motivo de consulta un abultamiento en el fondo de surco vestibular del sector antero-inferior de cavidad bucal, que incrementó de tamaño con el paso del tiempo y presentó sangrado.

Historia clínica

Antecedentes personales: la paciente relató padecer de hipertensión arterial controlada, artrosis, hipercolesterolemia y alergia a la penicilina.

Examen clínico: presenta una lesión ubicada en la encía adherida del sector anteroinferior, con 3.0 cm de ancho, 2.5 cm de alto y 1.5 cm de profundidad, asociada a piezas dentarias con caries y enfermedad periodontal (33, 32, 31, 41 y 42). La lesión es de color rosa pálido con zonas eritematosas y amarillas parduzcas, base pediculada, móvil, textura rugosa, crecimiento indoloro y un año aproximado de evolución (Figura 1).

Diagnóstico y pronóstico: Paciente parcialmente edéntula, con restos radiculares, periodontitis crónica generalizada e Hiperplasia gingival en zona antero inferior, por vestibular de 33, 32, 31, 41 y 42. El pronóstico del caso es bueno siguiendo el protocolo de tratamiento.



Figura 1. Manifestación clínica.

Tratamiento: se realizó interconsulta con el médico tratante, el cual determinó a través del seguimiento de los niveles de tensión arterial y chequeos de la función cardíaca con ECG, que la paciente estaba en condiciones de recibir el tratamiento quirúrgico.

Debido al tamaño significativo de la lesión y a los diversos diagnósticos presuntivos, se decidió realizar una biopsia incisional, con la cual se obtuvieron dos losanges de 1cm x 1cm y de 1cm x 1.5cm, de coloración blanco-grisáceas con zonas rojizas, que se enviaron al Laboratorio de Anatomía Patológica "Prof. Dr. Walter Anselmo Alsina". Las secciones estudiadas mostraron fragmentos de mucosa con extensa ulceración del epitelio, proliferación de tejido de granulación constituido por vasos de neoformación, infiltrado linfoplasmocitario y polimorfonuclear, proliferación fibroblástica y extensas áreas de hemorragia, asociando estas características con un Granuloma Telangiectásico.

Una vez conocida la naturaleza de la lesión, se procedió a realizar la remoción total (biopsia excisional). El acto quirúrgico propiamente dicho se inició con la antisepsia del campo operatorio, técnica anestésica troncular mentoniana, incisión crevicular, profundización hasta el pedículo de la lesión, divulsión por planos con cureta del pedículo y extirpación. A su vez, se hicieron las exodoncias de las piezas dentarias comprometidas, regularización del reborde alveolar y cierre por planos del colgajo con suturas seda negra 4-0. En el estudio histopatológico se evidenció una formación nodular constituida por tejido de granulación con ulceración parcial del epitelio, estroma conectivo edematoso con focos de hemorragia intersticial (Figura 2). En profundidad se observa proliferación fibrosa, dispuesta en haces fasciculados y focos de osificación con islotes de osteoide parcialmente calcificado, obteniendo como diagnóstico definitivo Fibroma Osificante Periférico con ulceración y cambios inflamatorios superficiales (Figura 3).

Discusión

El FOP es una lesión hiperplásica inflamatoria reactiva, que afecta generalmente a los tejidos blandos de la cavidad bucal, específicamente la encía marginal. En relación con la etiopatogéne-

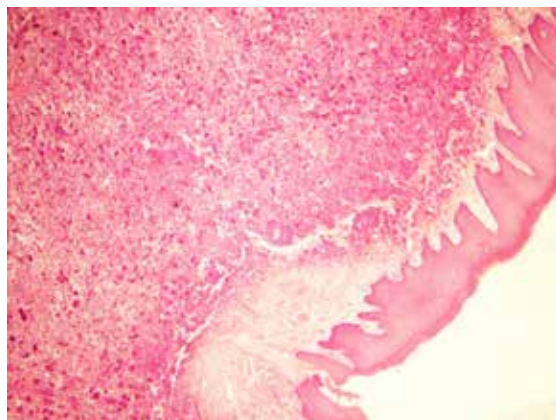


Figura 2. Corte histológico. Hematoxilina-eosina, se observa ulceración parcial del tejido epitelial, infiltrado inflamatorio y tejido de granulación.

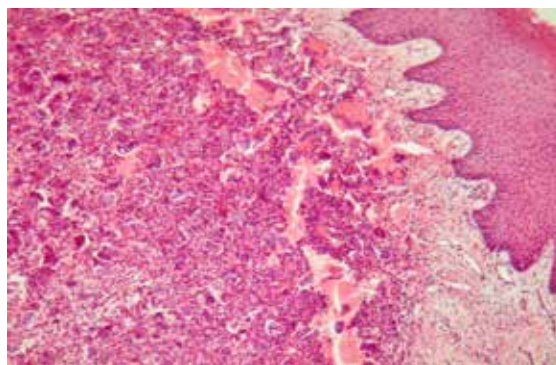


Figura 3. Corte histológico. Hematoxilina-eosina, se observa hemorragia intersticial, proliferación fibrosa e islotes de osteoide parcialmente calcificado.

sis, autores como Parveen y cols⁵, sostienen la teoría más aceptada actualmente, la cual explica que el desarrollo de esta entidad se inicia con la irritación crónica de las células del ligamento periodontal o del periostio, produciendo cambios metaplásicos en el tejido conjuntivo, lo que resulta en la formación de hueso o calcificaciones distrofas^{4,6}.

Por otra parte, Prasad y cols⁸ plantean que el FOP es un estadio avanzado del granuloma telangiectásico, que con el paso del tiempo puede sufrir cambios histológicos como la disminución de la vascularidad, del infiltrado inflamatorio y neoformación de focos de osificación o calcificación³. Concluyendo, que estas dos lesiones representan distintos periodos de la misma entidad patológica, lo cual se relaciona con los hallazgos reportados en este estudio, refiriéndose específicamente al diagnóstico inicial de granuloma telangiectásico, que se obtuvo a través de una biopsia insin-

y posteriormente con el análisis histopatológico del total de la lesión se llegó al diagnóstico definitivo de FOP.

Con respecto a los datos epidemiológicos del FOP, se conoce que suele encontrarse con mayor frecuencia en pacientes del género femenino, en edades comprendidas entre la segunda y tercera década de vida, localizado en la zona anterior del maxilar superior y específicamente en la papila interdental^{5,6,9,23,24}. A diferencia de lo mencionado, en esta oportunidad se reporta un caso de FOP en una paciente de 68 años de edad, que desarrolló la lesión en la zona anterior del maxilar inferior a nivel de encía adherida, presentando similitud con el estudio retrospectivo de Zhang y cols, en el que encontraron mayor número de casos de esta lesión en la quinta y sexta década de la vida.

Conclusión

El FOP es una lesión hiperplásica inflamatoria reactiva, que afecta con gran frecuencia los tejidos blandos de la cavidad bucal sin predilección de algún grupo etario y a su vez puede estar asociado con un estadio maduro del granuloma telangiectásico. Debido a la variabilidad clínica de esta lesión, es importante que el odontólogo tenga conocimientos actualizados para generar diagnósticos y tratamientos correctos, evitando de este modo las posibles recidivas y complicaciones de los casos.

Bibliografía

- Cecotti E. y Sforza R. El diagnóstico en clínica estomatológica. Buenos Aires: Médica Panamericana: 2007: 193.
- Sosa L., Ramírez D., Palacios M., Arteaga S. y Dávila L. Granuloma piógeno reporte de un caso. Acta Odontológica Venezolana [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 2012 junio 8];48(4):1-12. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/4/art18.asp>
- Duarte S., Hernández F. y Martínez L. Fibroma osificante periférico del maxilar: a propósito de un caso. Revista ADM [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 2012 julio 27]; LXVII (3): 133-36. Disponible en: <http://www.artemisaenlinea.org.mx/articulo.php?id=4371&arte=a>
- Luvizuto ER., Silva J., Luvizuto GC., Pereira G., Facó E., Sedlacek P. y Poi W. Peripheral ossifying fibroma. J Craneofac Surg [revista en la Internet]. 2012 Ene [citado 2012 julio 27];23(1):7-10. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22337469>
- Parveen D., Reet K., Gaurav S. y Shweta A. Peripheral ossifying fibroma. J Nat Sci Biol Med [revista en la Internet]. 2012 Jun [citado 2012 julio 27]; 3(1):94-96. Disponible en: <http://www.jnsbm.org/article.asp?issn=0976-9668;year=2012;volume=3;issue=1;spage=94;epage=96;aulast=Dahiya>
- Pérez D., González MA., Berini L. y Gay C. Fibroma osificante periférico: presentación de tres casos y revisión de la literatura. Avancs en odontostomatología [revista en la Internet]. 2011 [citado 2012 julio 27]; 27(4): 183-88. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852011000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Kumar S., Ram S., Jorgensen MG., Shuler CH. y Sedghizadeh P. Multicentric Peripheral ossifying fibroma. J Oral Science [revista en la Internet]. 2006 Dic. [citado 2012 julio 27]; 48(4):239-43. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17220623>
- Prasad S., Reddy S., Patil S., Kalburgi N. y Purnik R. Peripheral ossifying fibroma and pyogenic granuloma are they interrelated?. N Y State Dent J [revista en la Internet]. 2008 Mar [citado 2012 julio 28]; 74(2):50-52. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18450191>.
- Trasad V., Devarsa G., Reddy SV y Shashikiran N. Peripheral ossifying fibroma in the maxillary arch. J Indian Soc Pedod Prev Dent. [revista en la Internet]. 2011 Sep [citado 2012 julio 28];29(3):255-

259. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21985885>.
- Martins J., Santos F. y Schmidt M. Peripheral ossifying fibroma of the maxilla: case report. *Int Arch of otorhinolaryngology* [revista en la Internet]. 2008 Jun [citado 2012 julio 28];12(2):295-299. Disponible en: http://www.arquivosdeorl.org.br/conteudo/acervo_eng.asp?ld=529
 - Charro E., Vásquez I., Gómez G., Sironvalle S. y López JL. Fibroma osificante periférico. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac* [revista en la Internet]. 2007 abr [citado 2012 julio 30];29(2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-05582070020005&script=sci_arttext
 - Silva M., Salcedo D., Hurtado A., Quispe A., Adamayo D., Pineda M. y Ochoa J. Fibroma odontogénico periférico. Reporte de un caso. *Odontol. Sanmarquina* [revista en la Internet]. 2008 [citado 2012 julio 30]; 11(2):92-95. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2008_n2/pdf/a12v11n2.pdf
 - Chaudhari S. y Umarji HR. Peripheral ossifying fibroma in the oral cavity: MRI findings. *Case reports in dentistry* [revista en la Internet]. 2011 Ago [citado 2012 julio 30];2011(190592):3. Disponible en: <http://www.hindawi.com/crim/dentistry/2011/190592/>
 - Pérez C y López Z. Fibroma osificante periférico. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Acta odontológica venezolana* [revista en la Internet]. 1999 [citado 2012 julio 28];37(2). Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/1999/2/fibroma_osificante_periferico.asp
 - Leite R., Rodrigues FG., Rodrigues TL. y Figueiredo C. Fibroma osificante periférico: presentación de caso clínico. *Acta odontológica venezolana* [revista en la Internet]. 2011 [citado 2012 julio 28];49(3). Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/3/art15.asp>
 - Yadav R. y Gulati A. Peripheral ossifying fibroma: a case report. *Journal of oral science* [revista en la Internet]. 2009 [citado 2012 julio 31];51(1):151-154. Disponible en: https://www.jstage.jst.go.jp/article/josnusd/51/1/51_1_151/_pdf
 - Das UM. y Azher U. Peripheral ossifying fibroma. *Journal of Indian society of pedodontics and preventive dentistry* [revista en la Internet]. 2009 [citado 2012 julio 31];27(1):49-51. Disponible en: <http://www.jisppd.com/article.asp?issn=0970-4388;year=2009;volume=27;issue=1;spage=49;epage=51;aulast=Das>
 - Walters JD. Excision and repair of the peripheral ossifying fibroma: a report of a 3 cases. *Journal of periodontology* [revista en la Internet]. 2001 [citado 2012 julio 31];72(7):939-944. Disponible en: <http://www.joponline.org/doi/abs/10.1902/jop.2001.72.7.939?journalCode=jop>
 - Chaitra T., Anand P., Prasad N. y Adwait U. Peripheral ossifying fibroma: dilemma in diagnosis. *BMJ Case Rep* [revista en la Internet]. 2012 jul [citado 2012 Agosto 01]. Disponible en: <http://casereports.bmj.com/content/2012/bcr.12.2011.5452.long>
 - Ababneh KT. Lesiones gingivales biopsiadas en sujetos del norte de Jordania: Análisis retrospectivo de 10 años. *Revista Internacional de Odontología Restauradora & Periodoncia* [revista en la Internet]. 2006 [citado 2012 Agosto 02];10(4):395-401. Disponible en: <http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloId=459254>
 - Abhay K., Rajshri K. y Tushar S. Focal fibrous overgrowths: A case series and review of literature. *Contemp Clin Dent. Dentistry* [revista en la Internet]. 2010 dic [citado 2012 Agosto 02];1(4):271-274. Disponible en: <http://www.contempclindent.org/showstats.asp?issn=097-0;volume=0;issue=0;month=Ahead%20of%20print%20schedule>
 - Farahani S., Navabzham A. y Ashkevari F. Comparison of mast cells count in oral reactive lesions. *Pathol Res Pract.* [revista en la Internet]. 2010 Mar [citado 2012 Agosto 02];206(3):151-5. Disponible en: <http://harvard.vizcom.com/file-richtext/Jan-Mar.pdf>
 - Buchner A., Shnaiderman A. y Vered M. Pediatric localized reactive gingival lesions: a retrospective study from Israel. *Pediatric dentistry* [revista en la Internet]. 2010 Dic [citado 2012 Agosto 02];32(7):486-492. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21462760>
 - Shetty D., Aadithya B., Ahuja P., Sahu A., Manchanda A. y Sirohi Y. Mineralized components and their interpretation in the histogenesis of peripheral ossifying fibroma. *Ind Jor Dent Res.* [revista en la Internet]. 2011 [citado 2012 Agosto 02];22(1):56-61. Disponible en: <http://www.ijdr.in/article.asp?issn=0970-9290;year=2011;volume=22;issue=1;spage=56;epage=61;aulast=Shetty;type=0>
 - Zhang W., Chen Y., An Z., Geng N. y Bao D. Reactive gingival lesions: a retrospective study of 2439 cases. *Quintessence Int.* [revista en la Internet]. 2007 Feb [citado 2012 Agosto 02];38(2):103-10. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17263149>