

Fibroma osificante juvenil psamomatoide maxilar con quiste óseo aneurismático secundario. Reporte de un caso*

Maxillary juvenile psammomatoid ossifying fibroma with secondary aneurysmal bone cyst. A case report.

Oswaldo Manuel Vera González 1

Carlos Juan Licéaga Escalera 2

Madeleine Edith Vélez Cruz 3

Luis Alberto Montoya Pérez 4

María del Carmen González Galván 5

* Trabajo terminal derivado de la investigación realizada para optar al título de Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial. Universidad Nacional Autónoma de México.

RESUMEN

El fibroma osificante juvenil psamomatoide es un tumor raro y de crecimiento progresivo de los huesos extragnáticos craneofaciales, con tendencia a un comportamiento agresivo localmente y a la recidiva. La característica patognomónica es la presencia de osificaciones esféricas parecidas a los cuerpos de psamoma. Se han reportado algunos casos asociados a quiste óseo aneurismático secundario. El tratamiento quirúrgico radical y el seguimiento clínico y radiográfico estricto parecen ser el abordaje de preferencia para estas lesiones. Se reporta un caso de un fibroma osificante juvenil psamomatoide maxilar, asociado a quiste óseo aneurismático, en una paciente de 10 años de edad.

PALABRAS CLAVE:

Fibroma osificante, quiste óseo aneurismático, fibroma, neoplasias óseas, lesiones fibroósas

ABSTRACT

The juvenile psammomatoid ossifying fibroma is a rare, progressive growing tumor of the extragnathic craniofacial bones, with tendency to an aggressive behavior and recurrence. The pathognomonic histopathologic feature is the presence of spherical ossicles resembling to psammoma bodies. Some cases in association with a secondary aneurysmal bone cyst have been reported. The radical surgical treatment with a clinical and imaging follow-up appears to be the preferred approach for this lesions. We report a case of psammomatoid juvenile ossifying fibroma in the maxilla in association to secondary aneurysmal bone cyst in a 10-year-old female patient.

KEY WORDS:

Ossifying fibroma, aneurysmal bone cyst, fibroma, bone tissue neoplasm, fibro-osseous lesions

1 Cirujano Dentista. Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial. Docente de las Cátedras de Cirugía Bucal I y III. Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Asunción. Av. España casi Brasil. Barrio Belvedere. Asunción, Paraguay. CP 01401. Teléfono (595 21) 207502. Correspondencia: Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Asunción. Avda. España casi Brasil. Barrio Belvedere. Código Postal 01401. Asunción, Paraguay. Teléfono + 595 21 207-502. Correo electrónico: overagon@hotmail.com

2 Cirujano Dentista. Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial. Jefe del Servicio de Cirugía Maxilofacial, Hospital Juárez de México. Av. Instituto Politécnico Nacional 5160. Magdalena de las Salinas, Ciudad de México D.F., México. CP 07760. (01 55) 57477560. maxilofacial.hjm@gmail.com

3 Cirujano Dentista. Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial. Médico adscrito al servicio de Cirugía Maxilofacial, Hospital Juárez de México. Av. Instituto Politécnico Nacional 5160. Magdalena de las Salinas, Ciudad de México D.F., México. CP 07760. (01 55) 57477560. maxilofacial.hjm@gmail.com

4 Cirujano Dentista. Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial. Médico adscrito al servicio de Cirugía Maxilofacial, Hospital Juárez de México. Av. Instituto Politécnico Nacional 5160. Magdalena de las Salinas, Ciudad de México D.F., México. CP 07760. (01 55) 57477560. maxilofacial.hjm@gmail.com

5 Cirujano Dentista. Máster en Patología Oral. Estudiante de Doctorado en Investigación Biomédica, Universidad del País Vasco/EHU. Departamento de Estomatología II. Barrio Sarriena s/n, Leioa/Bilbao, España. CP 48950. Teléfono (34) 946015711. maricarmen_galvan@hotmail.com

Citación sugerida

Vera-González OM, Licéaga-Escalera CJ, Vélez-Cruz ME, Montoya-Pérez LA, González-Galván MC. Fibroma osificante juvenil psamomatoide maxilar con quiste óseo aneurismático secundario. Reporte de un caso. *Acta Odontológica Colombiana* [en línea] 2015, [fecha de consulta: dd/mm/aaaa]; 5(2): 143-152. Disponible desde: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>

Recibido	Septiembre 10 2015
Aprobado	Octubre 3 2015
Publicado	30 de junio de 2015

Introducción

Las lesiones fibro-óseas son un grupo de lesiones pobremente definidas que afectan los huesos maxilares y craneofaciales; se caracterizan por el reemplazo de hueso por tejido celular fibroso, conteniendo focos de mineralización que varían en cantidad y apariencia (1). El fibroma osificante (FO) es una lesión bien delimitada compuesta de tejido fibrocelular y material mineralizado de apariencia variable. Las dos variantes histológicas de esta entidad son el fibroma osificante juvenil trabecular (FOJT) y el fibroma osificante juvenil psamomatoide (FOJS) (2).

El FOJS fue descrito, por primera vez por Benjamins en 1938, quien le dio la denominación de fibroma osteoide con osificación atípica del seno frontal. Posteriormente, recibe el nombre de fibroma osificante psamomatoide de la nariz y senos paranasales por Gögl, en 1949. La misma lesión fue referida por Johnson, en 1952, como fibroma osificante juvenil activo, describiéndola como "una masa celular que genera innumerables cuerpos osteoides pequeños y uniformes". Makek revisa 86 casos y la considera como una variante del osteoblastoma, nombrándola desmo-osteoblastoma samomatoide (3). Esta entidad se caracteriza por la edad a la que aparece, su presentación clínica y su comportamiento agresivo (4). Aparece entre los 5 y 15 años, aunque se reportan casos entre 3 meses y 72 años. Algunos autores mencionan que tiene ligera predominancia en el sexo masculino en un 1.2:1 (3, 5); mientras, otros reportan predominancia en el sexo femenino de 1.5 a 1 (6).

Afecta predominantemente los huesos craneofaciales extragnáticos (7). Las lesiones se centran principalmente en el área paranasal (1 - 7); aunque también, pueden afectar los huesos periorbitarios frontal y etmoides (3 - 7). Pueden presentar rápido crecimiento de la zona anatómica afectada; ocasionando, a veces, una deformación facial considerable (4). La primera manifestación clínica es el aumento de volumen. La obstrucción nasal y el desplazamiento bulbar han sido reportados previamente junto con manifestaciones, menos comunes, como ceguera progresiva, deformidad craneofacial y extensión intracraneal; éstos, sobre todo, cuando afectan a la órbita (4, 8 - 10).

En los estudios de imagen, el FOJS se caracteriza por presentar bordes bien delimitados, adelgazamiento de las corticales, invasión de estructuras adyacentes y forma esférica mixta con un patrón de "vidrio esmerilado" (3, 7, 11). Owosho refiere que el patrón mencionado de "vidrio esmerilado" es característico del tipo histológico psamomatoide, ausente en el tipo trabecular (11). Se menciona que la variación en la densidad intralesional se relaciona con la localización y la cantidad de tejido calcificado producido por el tumor (4, 8, 9, 11). El desplazamiento de las raíces es un hallazgo común y, raras veces, puede observarse reabsorción radicular (10).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2), el FOJS se caracteriza por un estroma fibroblástico con contenido de pequeñas osificaciones, parecidas a los cuerpos de psamoma. El estroma varía de ser laxo y fibroblástico a intensamente celular con mínima cantidad de colágeno. El material mineralizado consiste en osificaciones esféricas o curvas acelulares o con células dispersas. Estas osificaciones no deben ser confundidas con los depósitos tipo cemento que se presentan en el FO convencional; tienen un margen de colágeno grueso e irregular que puede alcanzar un tamaño que incluye múltiples osificaciones. Las osificaciones se pueden fusionar para formar trabéculas mostrando líneas inversas. Los FOJS, a veces, contienen partículas muy basofílicas concéntricas y laminares y calcificaciones irregulares en forma de hilos o espinas en un fondo hialinizado. Células gigantes multinucleadas y figuras mitóticas pueden estar presentes, pero no son específicas para este patrón histológico. En este tipo de lesiones es reportado comúnmente el desarrollo de quiste óseo aneurismático (10). Para esta entidad se sugiere un tratamiento como neoplasia localmente agresiva, debido a su naturaleza agresiva y las altas tasas de recurrencia reportadas (30-58%) . La resección quirúrgica es el tratamiento de elección (4, 10).

El presente artículo tiene por objetivos: (a) Presentar el caso de una paciente de diez años de edad quien presenta un fibroma osificante juvenil psamomatoide maxilar con quiste óseo aneurismático asociado y (b) actualizar los conocimientos sobre esta patología, especialmente las características clínicas y el tratamiento.

Caso Clínico

Paciente de sexo femenino de diez años de edad, quien se presenta a nuestro servicio con aumento de volumen en tercio medio facial del lado izquierdo, de forma ovalada sin cambios de la piel suprayacente en hidratación, coloración ni textura. Se observa laterorrinia y distopia a expensas de supraposición del globo ocular izquierdo, respecto al lado no afectado (Fig. 1A). Los movimientos oculares están conservados y la valoración oftalmológica no halla alteración visual, a pesar de un ligero aumento en la presión intraocular del lado izquierdo. La paciente refiere obstrucción nasal del lado afectado, ligero dolor en el ojo izquierdo y niega pérdida de la sensibilidad en la piel de la zona de la lesión. A la palpación, la lesión tenía consistencia dura, no adherida a tejidos blandos adyacentes e indolora. Intraoralmente, se observó adecuada apertura oral, con presencia de dentición mixta y expansión alveolar vestibular y palatina sin sobrepasar la línea media (Fig. 1, B y C). Mucosa de coloración conservada y vitalidad de los órganos dentarios involucrados en la zona de la lesión. Los estudios de laboratorio estuvieron dentro de parámetros normales y se descarta hiperparatiroidismo.

Se solicita tomografía computarizada (Fig. 2), en la que se observa imagen hipodensa a tejidos duros adyacentes bien delimitada, con forma irregularmente redonda de 5.5 x 5 x 5.5cm, desplazamiento de órganos dentales adyacentes, piso de la órbita, oclusión de corredor nasal izquierdo y desviación del septum nasal sin rebasar la línea media palatina. No se observa seno maxilar del lado afectado y la imagen se extiende hasta la tuberosidad maxilar sin sobrepasar la apófisis pterigoides izquierda.

Figura 1. Imágenes clínicas

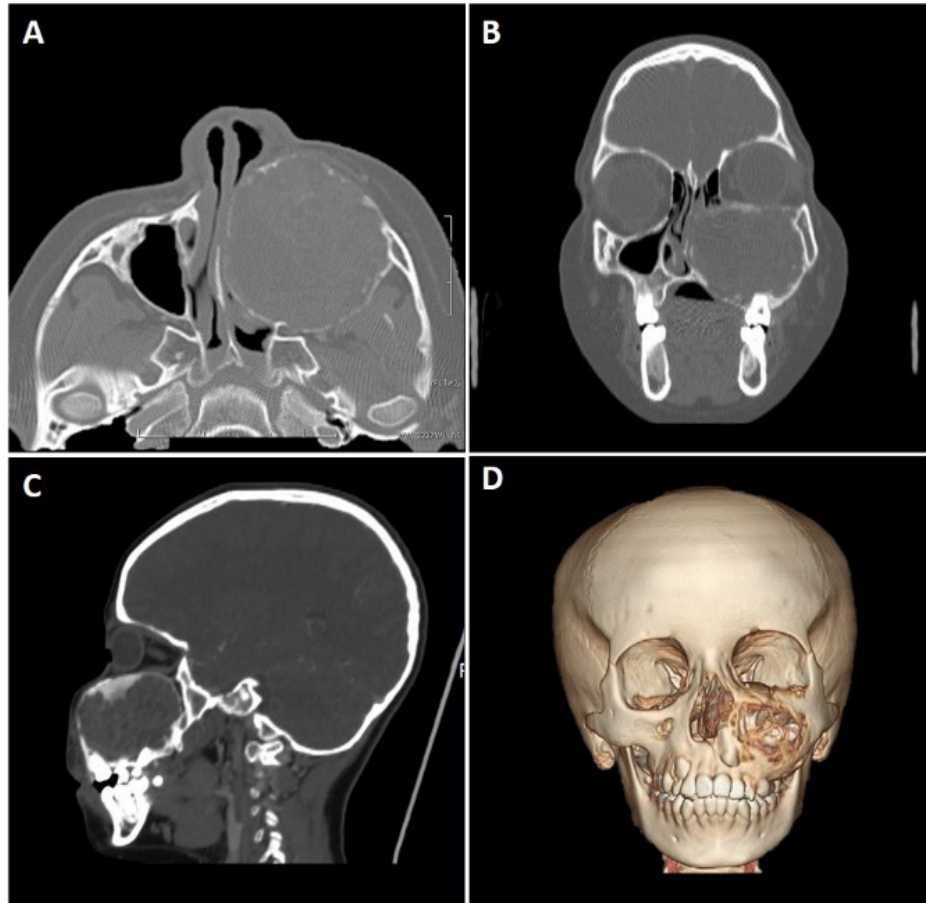


(A) Fotografía clínica que muestra el aumento de volumen en el lado izquierdo de la cara con desplazamiento del globo ocular. (B y C) Fotografías intraorales donde se aprecia el aumento de volumen vestibular y palatino.

Fuente: Servicio de Cirugía Maxilofacial, Hospital Juárez de México.

Se toma biopsia incisional, bajo anestesia local, mediante un colgajo vestibular; se observa expansión de la cortical sin fenestración. Se toman dos muestras, encontrándose que la cortical se separa fácilmente de la lesión y que es de color rojo, sangrante, consistencia blanda y friable. Se envía a estudio histopatológico y se obtiene resultado de Fibroma Osificante Juvenil Agresivo. Las pruebas de inmunohistoquímica reportan positividad para Vimentina y positivo focal para Actina y Ki-67 de 1%, confirmando el diagnóstico.

Figura 2. Tomografía computarizada.



Cortes axial (A), coronal (B), sagital (C) y reconstrucción tridimensional (D) donde se observa la lesión desplazando el tabique nasal y el piso de la órbita del lado izquierdo.

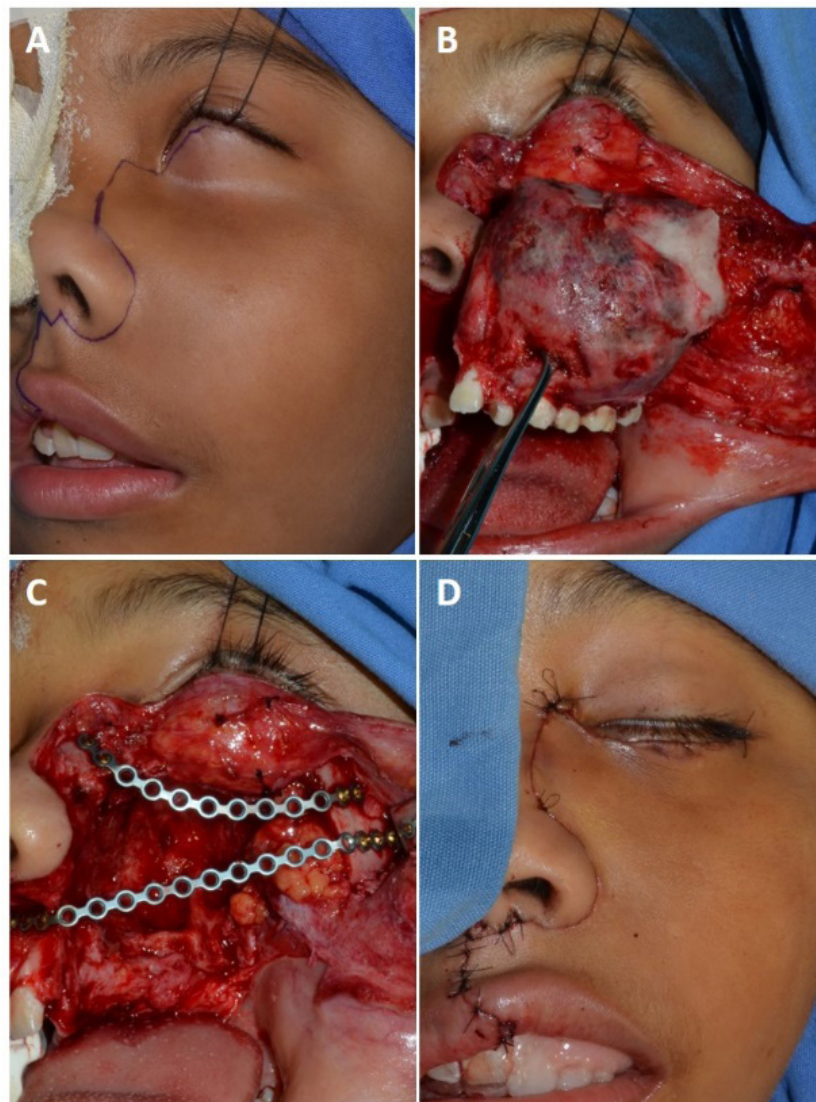
Fuente: Servicio de Cirugía Maxilofacial, Hospital Juárez de México.

Se decide realizar una hemimaxilectomía del lado afectado, mediante un abordaje tipo Weber-Fergusson modificado con extensión subciliar (Fig. 3A). Se levanta el colgajo de espesor total y se expone la zona afectada, se realizan osteotomías en hueso sano (Fig. 3B) y, posterior al retiro de la pieza quirúrgica, se observa la conservación del piso de órbita que se encuentra desplazado superiormente debido a la expansión de la lesión. Se corrobora que el lecho quirúrgico se encuentre libre de lesión y se colocan dos placas de titanio del sistema 2.0 para la reconstrucción del reborde orbitario y dar soporte a los tejidos blandos genianos (Fig. 3C). Se cierra por planos, fijando el colgajo a las placas para minimizar la ptosis de los tejidos y se reposiciona la mucosa palatina, logrando un cierre primario (Fig. 3D). Se coloca placa obturadora de acetato, previamente confeccionado con acondicionador de tejidos. Se envía pieza quirúrgica para estudio histopatológico definitivo.

En el manejo postquirúrgico inmediato se decide mantener hospitalizada a la paciente para impregnación antibiótica y supervisión estricta. En cuanto se encuentra en condiciones, se remite a prótesis maxilofacial del Hospital General de México para confección de aparatología protésica.

El estudio histopatológico reporta una lesión neoplásica que se caracteriza por proliferación de tejido fibroconectivo hipercelular con células fusiformes y formación de trabéculas de hueso osteoide, mineralizado y organizado en formas concéntricas, "cuerpos psamomatoides" (Fig. 4A), con presencia de células gigantes multinucleadas tipo osteoclasto, localizadas en la periferia de vasos de gran calibre y extensas áreas hemorrágicas con depósitos de hemosiderina (Fig. 4B). Se establece diagnóstico de fibroma osificante juvenil con patrón psamomatoide, asociado a quiste óseo aneurismático.

Figura 3. Fotografías intraoperatorias

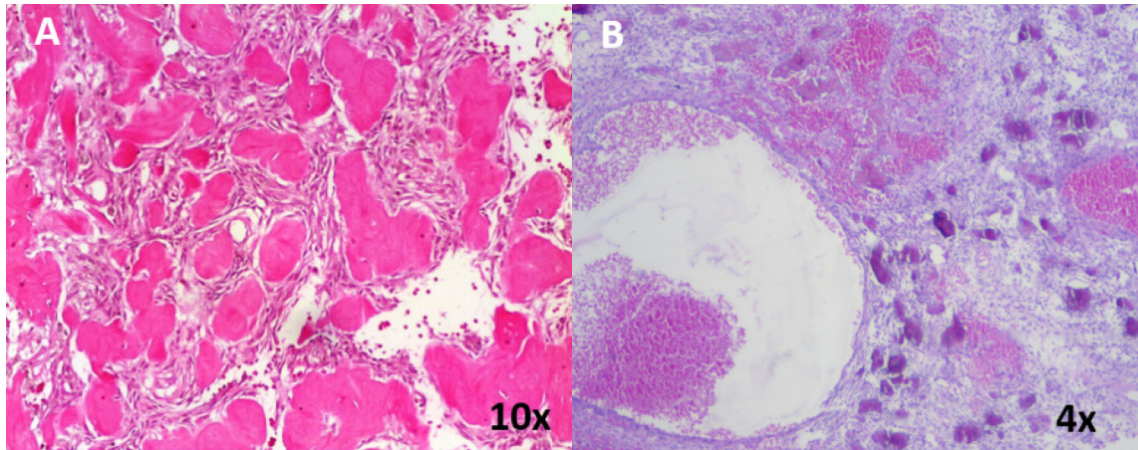


(A) Marcaje del abordaje tipo Weber-Fergusson modificado. (B) Hemimaxilectomía con bordes clínicamente sanos. (C) Reconstrucción con placas de titanio. (D) Cierre del abordaje luego de la reposición del colgajo.

Fuente: Servicio de Cirugía Maxilofacial, Hospital Juárez de México.

En el control postoperatorio a 8 meses, la paciente refiere parestesia del área palpebral inferior, nasal lateral y labio superior del lado intervenido. Se observan adecuada oclusión palpebral sin datos de ectropión, movimientos oculares conservados, corrección de la distopía previa a la cirugía, mínima retracción de la cicatriz a nivel del labio y contorno facial adecuado (Fig. 5A). Intraoralmente sin datos de comunicación oroantral y con presencia de prótesis dental (Fig. 5, B y C). Sin datos clínicos ni radiográficos de recidiva.

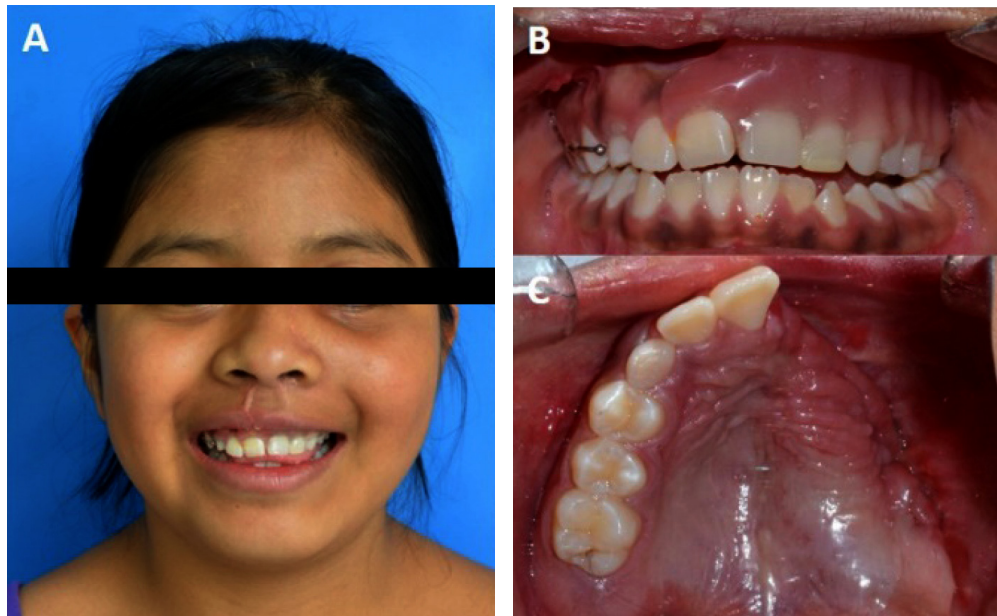
Figura 4. Examen histopatológico (tinción con H&E)



(A) Osificaciones psammatoides en estroma fibroblástico hipercelular (10x). (B) Quiste óseo aneurismático asociado a la lesión (4x).

Fuente: Servicio de Cirugía Maxilofacial, Hospital Juárez de México.

Figura 5. Fotografías clínicas a 8 meses de la cirugía.



(A) Fotografía extraoral. Fotografías intraorales (B) con prótesis definitiva y (C) en vista oclusal. Se observa adecuada cicatrización de tejidos sin comunicación oroantral.

Fuente: Servicio de Cirugía Maxilofacial, Hospital Juárez de México.

Discusión

El fibroma osificante es una lesión bien delimitada compuesta de tejido fibrocelular y material mineralizado de apariencia variable. Se le conoce también como fibroma cementificante, fibroma cemento-osificante y fibroma osificante juvenil (activo/agresivo) (3). El-Mofty identifica dos variantes histopatológicas distintas: el fibroma osificante juvenil trabecular y el fibroma osificante juvenil psamomatoide. Ambos, presentan características clínicas diferentes (particularmente edad de los pacientes y sitio de incidencia) que justifica su clasificación (3).

Las edades de los pacientes, en los casos revisados por Makek, van desde los 3 hasta los 49 años, con una media de 17.7 años. En 62.8% se encontraban entre 5 y 15 años de edad. Algo similar fue descrito por Johnson, en su reporte de 112 casos, donde la edad de los pacientes, al momento de la cirugía, variaba entre 3 meses y 72 años, con la mayoría (65%) entre los 10 y 25 años de edad (3). La OMS, en su última clasificación, establece una edad media de 20 años en la variante samomatoide (2). La paciente de diez años de edad, del presente estudio, se encuentra dentro del rango reportado como de mayor incidencia. Las series más amplias de casos reportados refieren una ligera predilección por el sexo masculino que varía de 1.3:1 a 1.1:1. Series más pequeñas son variables en cuanto a la relación hombre/mujer (3, 6).

Se menciona que principalmente aparece en el área paranasal (1 - 7) hasta en un 62% de los casos (1); a diferencia del patrón trabecular que se presenta principalmente en los maxilares, con predilección por el maxilar hasta en un 50%(1, 11). En nuestro caso, se encontraba en el área paranasal del lado izquierdo, correspondiéndose con la literatura.

Clínicamente se presenta, principalmente, con aumento de volumen, obstrucción nasal, desplazamiento de estructuras adyacentes y el desplazamiento bulbar. En nuestra paciente, se observaron todas esas características; sin embargo, manifestaciones menos comunes, como ceguera progresiva y extensión intracraneal, reportados en otros casos no se observaron en éste; probablemente, debido a que éstos se manifiestan, sobre todo, cuando afectan a la órbita (4,7-10).

En los estudios de imagen de esta entidad se encuentran principalmente bordes bien delimitados, adelgazamiento de las corticales, invasión de estructuras adyacentes, forma esférica mixta con un patrón de "vidrio esmerilado" (3, 7, 11) y desplazamiento de las raíces (10) que al pudimos observar en la tomografía computarizada de nuestra paciente. No se observaron datos de reabsorción radicular.

Histológicamente, el fibroma osificante juvenil psamomatoide se caracteriza por la presencia de osificaciones concéntricas, similares a los cuerpos de psamoma observados en el meningioma psamomatoso (12), en un estroma fibroconectivo, que se reporta también en nuestro caso. Igualmente, se observa que el estroma es hiper celular y aparecen células gigantes multinucleadas tipo osteoclasto con extensas áreas hemorrágicas y depósito de hemosiderina. Debido al rápido crecimiento y a la hiper celularidad se realizaron estudios de inmunohistoquímica con lo que se descartó la posibilidad de estar ante un osteosarcoma de bajo grado.

En cuanto a la presencia del quiste óseo aneurismático secundario, es un hallazgo común en el patrón psamomatoide respecto al trabecular. Tiende a aparecer en pacientes entre la primera y segunda décadas de la vida y, generalmente, se asocia a lesiones maxilares de gran tamaño (10). Padwa, en su revisión de casos reportados en la literatura, encontró que 58% se asociaban a

lesiones fibro-óseas primarias. Sin embargo, Struthers y Shear (13) reportan que sólo 4%, de 49 casos revisados, presentaron esta transición. Ellos mencionan que Ewing fue el primero en establecer la teoría de que estas lesiones podrían ser secundarias a cambios en lesiones óseas. Refieren que Jaffe hipotetizó que se podrían desarrollar secundariamente a una ruptura hemorrágica de una lesión ósea preexistente (quiste óseo aneurismático "plus"). Se menciona que Buraczewski y Dabska concluyen que la diferencia entre un quiste óseo aneurismático puro y uno "plus" depende de un examen microscópico minucioso de toda el espécimen (14).

En cuanto al tratamiento quirúrgico, debido a la naturaleza agresiva de esta entidad y la alta tasa de recurrencia (30-58%) se sugiere la resección quirúrgica antes que el curetaje conservador (4,10). De 112 casos, revisados por Johnson et al, 30% presentaron recidiva una o más veces. El abordaje quirúrgico, para lesiones que afectan el tercio medio facial, puede ser intraoral o extraoral de acuerdo a las estructuras afectadas. Para nuestro caso, la decisión de un abordaje tipo Weber-Fergusson se fundamenta en que inicialmente se había considerado la necesidad de reconstruir el reborde inferior y el piso de la órbita. Sin embargo, ante los hallazgos clínicos (desplazamiento sin invasión del piso orbitario) sólo fue necesario reconstruir el reborde afectado. La extensión lateral subciliar se realizó con la finalidad de minimizar la cicatriz en el párpado inferior. De igual modo, la modificación de incisión, en Z en la base de la columna y el bermellón labial, se realizó para la posterior reposición anatómica de los colgajos y disminuir la retracción de la cicatriz.

La recurrencia de la lesión se podría atribuir a la dificultad para su resección apropiada debido a su localización y a la naturaleza infiltrativa de los bordes del tumor. El comportamiento agresivo de la lesión no se puede predecir histológicamente, no encontramos reportes de malignización (3). En el presente caso, pasados 8 meses de la intervención, no se encontraron signos ni síntomas de recidiva.

Finalmente, no existe un protocolo estandarizado de seguimiento en la literatura. Debido a la alta recurrencia, la reconstrucción inmediata no es recomendable (9), en comparación con el patrón reticular donde es factible la reconstrucción inmediata (15). La reconstrucción secundaria se puede realizar, lo antes posible, en lesiones de crecimiento lento y debe ser retrasada en lesiones de crecimiento rápido, tal como nuestro caso clínico. El pronóstico es favorable (9).

Conclusión

El fibroma osificante variante psamomatoide es una entidad que afecta en las primeras décadas de vida y presenta un comportamiento localmente agresivo: el tratamiento quirúrgico radical, acompañado de un seguimiento clínico-radiográfico estricto, parece ser el abordaje apropiado para este tipo de patología. La reconstrucción secundaria debe ser planificada para minimizar las secuelas postquirúrgicas, una vez confirmado el diagnóstico histopatológico.

Bibliografía

1. Speight PM, Carlos R. Maxillofacial fibro-osseous lesions. *Current Diag Pathol* 2006; 12(1):1-10.
2. Slootweg PJ, El Mofty SK. Ossifying fibroma. In: Barnes L, Eveson JW, Reichart P, et al, (eds). *World Health Organization Classification of Tumors. Pathology and Genetics of Head and Neck Tumors*. Lyon: IARC press, 2005: 319-320.
3. El-Mofty S. Psammomatoid and trabecular juvenile ossifying fibroma of the craniofacial skeleton: Two distinct clinicopathologic entities. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 93(3): 296-304.
4. Guruprasad Y, Giraddi G. Juvenile ossifying fibroma of the maxilla. *J Maxillofac Oral Surg* 2010; 9(1): 96-8.
5. Waldron CA. Fibro-osseous lesions of the jaws. *J Oral Maxillofac Surg*. 1993; 51(8): 828-35.
6. Fuentes Vázquez FR, Mendoza Rosas V. Fibroma Osificante: Reporte de un caso clínico y revisión de la literatura. *Revista Odontológica Mexicana* 2006; 10 (2): 88-92.
7. El-Mofry S. Fibro-osseous lesions of the craniofacial skeleton: An Update. *Head and Neck Pathol* 2014; 8(4): 432-44.
8. Sun G, Chen X, Tang E, et al. Juvenile ossifying fibroma of the maxilla. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg* 2007; 36(1): 82-5.
9. Thakur G, Nair PP, Ahuja R, et al. Juvenile ossifying fibroma of the maxilla. *BMJ Case Reports* 2011; doi:10.1136/bcr.02.2011.3896
10. Deshingkar SA, Barpande SR, Bhavthankar JD. Juvenile psammomatoid ossifying fibroma with secondary aneurysmal bone cyst of mandible. *The Saudi Journal for Dental Research* 2014; 5(2): 135-38.
11. Owosho AA, Hughes MA, Prasad JL, et al. Psammomatoid and trabecular juvenile ossifying fibroma: two distinct radiologic entities. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2014;118(6): 732-8.
12. Granados R, Carrillo R, Nájera L, et al. Psammomatoid ossifying fibromas: Immunohistochemical analysis and differential diagnosis with psammomatous meningiomas of craniofacial bones. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2006; 101(5): 614-619.
13. Struthers PJ, Shear M. Aneurysmal bone cyst of the jaws (II) Pathogenesis. *Int. J. Oral Maxillofac Surg* 1984; 13(2): 92-100.

14. Padwa BL, Denhart BC, Kaban LB. Aneurysmal bone cyst-"plus". A report of three cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 1997; 55 (10): 1144-1152.
15. Bravo Ahumada R, Gunchel Muñoz R, Mardones Muñoz M, *et al.* Fibroma osificante juvenil trabecular mandibular: presentación de un caso con reconstrucción inmediata mediante un injerto libre de cresta ilíaca y costocondral. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac* 2015; 37(1): 38-43.