



## FIBROMA OSIFICANTE PERIFÉRICO

### PERIPHERAL OSSIFYING FIBROMA

Gnecco-Goenaga Boris<sup>1</sup>

Viola-Rhenals Maricela<sup>2</sup>

López-Arrieta Zulieth<sup>3</sup>

Correspondencia: zuliarrieta-1925@hotmail.com

Recibido para evaluación: marzo – 23 – 2013. Aceptado para publicación: mayo – 25 - 2014

### RESUMEN

**Introducción:** el fibroma osificante periférico es un tumor de crecimiento focal, que se localiza usualmente en la encía y frecuentemente es recidivante. Clínicamente se puede confundir con el granuloma periférico de células gigantes, fibroma de células gigantes, fibroma simple y con el granuloma telangiectásico, por lo que siempre amerita diagnóstico histológico.

**Caso clínico:** paciente femenina de 49 años de edad, que consultó por presentar recidiva de una lesión en la cavidad oral. Presentaba inconformidad estética y funcional por la tumoración en zona premolar izquierda, con evolución de dos años. Se realizó extracción quirúrgica. El estudio histopatológico confirmó diagnóstico de fibroma osificante periférico.

**Conclusión:** la intervención quirúrgica debe incluir la escisión completa del tumor para reducir la posibilidad de recidiva. **Rev.cienc.biomed. 2014;5(1):130-133**

### PALABRAS CLAVE

Fibroma osificante; Enfermedades de la boca; Medicina oral.

### SUMMARY

**Introduction:** Peripheral ossifying fibroma is a focal growth tumor which is usually located in the gum and is frequently recurrent. Clinically, it could be confused with peripheral giant cell granuloma, giant cell fibroma, simple fibroma and telangiecticum granuloma, consequently a histological diagnosis is always necessary.

**Clinical case:** A 49 years old female patient, who consulted for recurrence injury in oral cavity; who presented esthetic and functional dissatisfaction because of the tumor, which was located in the maxillary left premolar region, and with two years of evolution. The injury was surgically removed. The diagnosis of peripheral ossifying fibroma was confirmed by histopathological study.

<sup>1</sup> Odontólogo. Cirujano oral. Universidad de Cartagena. Cartagena. Colombia.

<sup>2</sup> Químico Farmacéutico. Doctor en Ciencias, mención Bioquímica. Docente. Grupo de Bioquímica y Biología Celular del Cáncer. Universidad de Cartagena. Cartagena. Colombia.

<sup>3</sup> Odontólogo. Grupo de Bioquímica y Biología Celular del Cáncer. Universidad de Cartagena. Cartagena. Colombia.

**Conclusion:** Surgical procedure must include a complete surgical excision of the tumor in order to reduce the risk of relapse. **Rev.cienc.biomed. 2014;5(1):130-133**

### KEYWORDS

Fibroma ossifying; Mouth diseases; Oral medicine.

## INTRODUCCIÓN

El fibroma osificante periférico es una lesión tumoral benigna de los tejidos blandos, que eleva la papila interdental. Se origina en el ligamento periodontal y tiene la potencialidad que sus células indiferenciadas se conviertan en hueso laminar, tejido fibroso o cemento (1).

Se clasifica dentro de las lesiones reactivas de la encía, ocasionadas por irritación crónica o por traumatismo por la presencia de cálculo, placa, aparatología ortodóncica o restauraciones defectuosas (2).

Es mayor la incidencia en mujeres que en hombres, más común en la segunda o tercera década de la vida y se localiza preferentemente delante de los molares, incisivos, caninos y premolares. En ocasiones se reportan lesiones en áreas edéntulas, adyacente a zonas dentadas. No tiene características clínicas propias por lo que el diagnóstico definitivo se establece por estudio histopatológico (3,4).

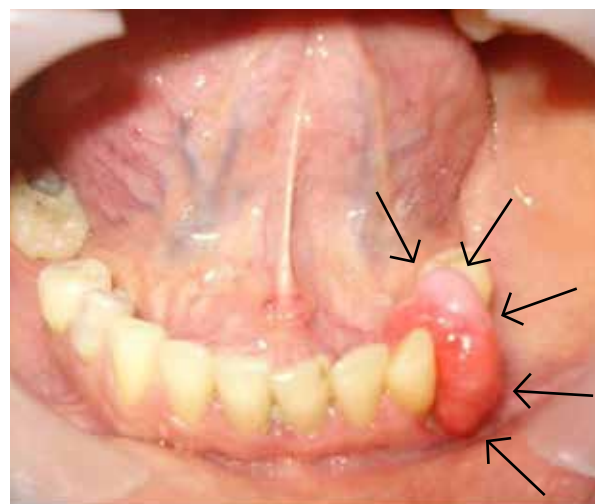
Clínicamente se observa una lesión tumoral, isocrómica, fibrosa y asintomática. En el examen radiográfico se aprecian múltiples lesiones radiopacas, rodeadas por zonas radiolúcidas que confluyen en una zona determinada. La tasa de recidiva llega a ser del 30 al 58%, por lo que la escisión quirúrgica cuidadosa es importante para alcanzar tratamiento adecuado. En la valoración histológica se encuentra estroma celular, tejido fibroso conectivo con porciones óseas calcificadas y calcificaciones del cemento (5-7).

## CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 49 años de edad, sin alteraciones hemáticas ni patologías sistémicas de importancia. Consultó por inconformidad estética y funcional, causada por una lesión presente en el sector posterior,

inferior e izquierdo en zona premolar, al parecer recidivante. Aproximadamente cinco años antes, tuvo una lesión similar, en el mismo lugar, que fue retirada quirúrgicamente.

Al examen se observó lesión tumoral de dos años de evolución, ubicada en zona premolar, mandibular izquierda, de 2.5 centímetros de alto y 1.5 de ancho, de base sésil y móvil, asintomática y sin sangrado espontáneo. A la palpación se percibió consistencia fibrosa y el tejido que la recubría era de color similar al resto de la encía (Figura N°1). La profundidad de sondeo estaba aumentada en los órganos dentales N°34 y N°35. Al examen radiográfico se apreció imagen mixta ubicada entre los órganos dentales señalados, con desplazamiento de los mismos. La lesión tenía fondo radiopaco. Se propuso intervención operatoria para la resección de la lesión.



**FIGURA N°1.** Lesión tumoral isocrómica de 1.5 cm de diámetro en el reborde del lado izquierdo de la mandíbula.

Para la intervención se utilizó anestesia troncular, mandibular izquierda con lidocaína al 2%. Con una pinza Allis se sujetó la lesión y el borde inferior se convirtió en la señalización para el corte agudo con bisturí Bard Parker con hoja número 15. Se extirpó en su

totalidad la lesión, se eliminaron los remanentes de la porción ósea con ayuda de cureta periodontal, para asegurar la completa eliminación del tejido potencialmente hiperplásico. Se realizó exodoncia de los órganos dentales N° 34 y N°35 con fórceps 151, previa sindesmotomía con periostotomo y luxación con elevador angulado.

Se reposicionaron los tejidos por medio de incisión y disección roma de espesor parcial, sobre la encía vestibular. Se aproximaron los bordes con varios puntos simples y separados, con seda negra 5-0. El tejido retirado fue colocado en formol y enviado a estudio histopatológico con diagnóstico presuntivo de fibroma osificante periférico recidivante (Figura N° 2a, 2b, 2c).



**FIGURA N° 2a.**

Antes del corte para la escisión de la lesión.

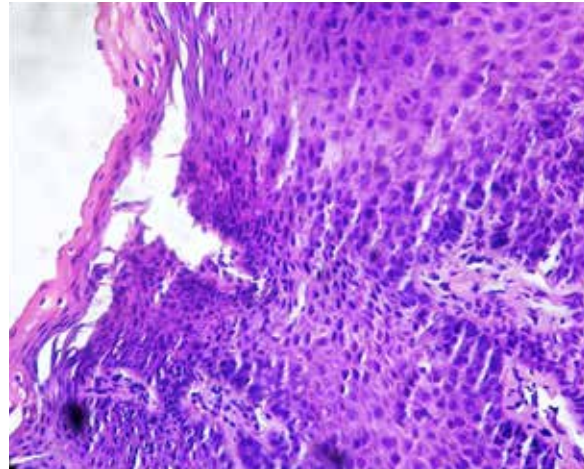


**FIGURA N° 2b.** Lecho quirúrgico posterior a la escisión de la lesión tumoral y las exodoncias.



**FIGURA N° 2c.** Lesión tumoral luego de retirada.

El resultado macroscópico de histopatología fue el siguiente: masa de aspecto óseo, de consistencia firme que midió 1.0 x 0.6 centímetros. El microscópico: los cortes muestran lesión benigna compuesta por abundante tejido óseo irregular, rodeado por tejido fibroconectivo denso. Diagnóstico: Fibroma osificante periférico (Figura N°3).



**Figura N° 3.** Corte histológico. Tejido óseo irregular, rodeado por tejido fibroconectivo denso.

## DISCUSIÓN

Uno de los problemas que ofrece el fibroma osificante periférico, es la alta tasa de recidiva, siendo un reto para el cirujano realizar la escisión de forma completa. De no realizarse en forma cuidadosa, genera problemas funcionales y estéticos en el paciente. Kumar (8) reporta el caso de un paciente con fibroma osificante periférico, con múltiples recidivas, también en área de los premolares mandibulares, semejante al presentado.

El lugar de predilección suele ser la encía, pero se reportan casos en otras localizaciones, lo que permite cuestionar la asociación etiológica a las fibras del ligamento periodontal (4,9).

Aunque el fibroma osificante primario es predominante en la segunda o tercera década de la vida, su aparición después de los cuarenta años es factible como en el caso presentado. La lesión se debe considerar entre los diagnósticos diferenciales con otras lesiones reactivas (10-12). En este caso se utilizó anestesia local y sutura, no obstante la anestesia general puede ser necesaria en

pacientes pediátricos o en otras situaciones. El recurso del electrocauterio también puede ser de valor, aunque al parecer no ofrece ventajas concluyentes frente a las suturas (13).

En el presente reporte, el compromiso periodontal irreversible en los premolares adyacentes por parte de la lesión, indujo a la exodoncia de los mismos. Similar situación reportan Yadav y colaboradores, quienes observaron lesiones en los órganos dentales próximos al fibroma, como reabsorciones óseas en la cresta y además desplazamiento lateral de los ápices (5). Las lesiones en niños se deben atender de forma temprana, por el riesgo de desplazamientos de los botones dentales permanentes, que en el peor de los casos sufren lesiones que pueden alterar la forma, el tamaño y estructura de los dientes (14). Dentro de las medidas de prevención de las recidivas es necesario el adecuado control de los factores contribuyentes, ya sean el cálculo, la placa dental o eventos traumáticos como la aparatología ortodóncica.

El diagnóstico definitivo de fibroma osificante periférico solo se puede realizar mediante estudio histopatológico, debido a que no tiene características clínicas patognomónicas. Los hallazgos microscópicos de la lesión, como en el caso presentado, es la presencia de tejido conjuntivo fibroso el cual posee numerosas estructuras óseas calcificadas cubiertas por epitelio escamoso estratificado (15).

## CONCLUSIONES

El fibroma osificante periférico es una lesión benigna, con impactos adversos estéticos y funcionales, que amerita tratamiento quirúrgico adecuado. La falta de remoción completa de la lesión aumenta las posibilidades de recidiva.

**CONFLICTOS DE INTERESES:** ninguno que declarar.

**FINANCIACIÓN:** recursos propios de los autores. Los costos de materiales odontológicos, estudios y honorarios profesionales fueron cubiertos por el acto asistencial.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cohen D, Bhattacharyya I. Case of the month: peripheral ossifying fibroma. *Today's FDA*. 2008;20(4):17-19.
2. Buchner A, Shnaiderman-Shapiro A, Vered M. Relative frequency of localized reactive hyperplastic lesions of the gingiva: a retrospective study of 1675 cases from Israel. *J Oral Pathol Med*. 2010;39(8):631-638.
3. García-de Marcos JA, García-de Marcos MJ, Arroyo-Rodríguez S, Chiari- Rodrigo J, Poblet E. Peripheral ossifying fibroma: a clinical and immunohistochemical study of four cases. *J Oral Sci*. 2010;52(1):95-99.
4. Das UM, Azher U. Peripheral ossifying fibroma. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2009;27(1):49-51.
5. Yadav R, Gulati A. Peripheral ossifying fibroma: a case report. *J Oral Sci*. 2009;51(1):151-154.
6. Salum FG, Yurgel LS, Cherubini K, De Figueiredo MA, Medeiros IC, Nicola FS. Pyogenic granuloma, peripheral giant cell granuloma and peripheral ossifying fibroma: retrospective analysis of 138 cases. *Minerva Stomatol*. 2008;57(5):227-32.
7. Shekhar MG, Bokhari K. Juvenile aggressive ossifying fibroma of the maxilla. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2009;27(3):170-174.
8. Kumar SK, Ram S, Jorgensen MG, Shuler CF, Sedghizadeh PP. Multicentric peripheral ossifying fibroma. *J Oral Sci*. 2006;48(4):239-243.
9. Thierbach V, Quarcoo S, Orlian AI. Atypical peripheral ossifying fibroma. A case report. *N Y State Dent J*. 2000;66(8):26-28.
10. Moon WJ, Choi SY, Chung EC, Kwon KH, Chae SW. Peripheral ossifying fibroma in the oral cavity: CT and MR findings. *Dentomaxillofac Radiol*. 2007;36(3):180-182.
11. Hanemann JA, Pereira AA, Ribeiro-Júnior NV, Oliveira DT. Peripheral ossifying fibroma in a child: report of case. *J Clin Pediatr Dent*. 2003;27(3):283-85.
12. Houston GD. Oral pathology case. Peripheral ossifying fibroma. *J Okla Dent Assoc*. 2006;97(10):24-25.
13. Farquhar T, Maclellan J, Dyment H, Anderson RD. Peripheral ossifying fibroma: a case report. *J Can Dent Assoc*. 2008;74(9):809-812.
14. Ozalp N, Sener E, Songur T. Peripheral giant cell granuloma and peripheral ossifying fibroma in children: two case reports. *Med Princ Pract*. 2010;19(2):159-162.
15. Baughman R. Testing your diagnostic skills. Case no. 1: peripheral ossifying fibroma. *Today's FDA*. 2005;17(12):32-34.