

**CASO CLÍNICO**Online ISSN: 2665-0193  
Print ISSN: 1315-2823**Fibroma osificante en el maxilar: reporte de un caso y revisión de la literatura****Central ossifying fibroma in the maxilla: report of a case and review of the literature**López García Julio Alejandro<sup>1</sup>, Nava Simancas Miguel Alejandro<sup>2</sup>, Rodríguez Gaerste Richard Rafael<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Odontólogo. Profesor Ordinario, Facultad de Odontología, Universidad José Antonio Páez. Valencia, Venezuela. <sup>2</sup>Odontólogo. Consulta privada. Barquisimeto, Venezuela. <sup>3</sup>Odontólogo. Docente, Facultad de Odontología, Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela.

[juliolopezgarcia0@gmail.com](mailto:juliolopezgarcia0@gmail.com)Recibido 22/10/2020  
Aceptado 13/12/2020<https://doi.org/10.54139/odous.v22i1.81>**Resumen**

El fibroma osificante central (fibroma cementificante/fibroma cemento osificante FO), es un tumor benigno caracterizado por manifestarse en mandíbula, en escasas ocasiones en maxilar y que comúnmente afecta al sexo femenino entre la tercera y cuarta década de vida. La mayoría de las lesiones típicamente muestran una evolución lenta que a su vez puede llegar a ser extensa. La resección quirúrgica es el tratamiento de elección. Su recurrencia es infrecuente. El objetivo es presentar un caso clínico de fibroma central con sus repercusiones físicas, mostrando la experiencia clínica alcanzada con el uso de un colgajo modificado, así como la terapéutica a seguir para la resolución de dichos casos, con lo que se logró una excelente evolución postoperatoria.

**Palabras clave:** fibroma osificante, fibroma cemento osificante, neoplasia benigna.

**Summary**

Central ossifying fibroma (cementifying fibroma / fibroma cementum ossificans FO) is a benign tumor characterized by manifesting itself in the mandible, rarely in the maxilla and that commonly affects females between the third and fourth decade of life. Most injuries typically show a slow progression that in turn can become extensive. Surgical resection is the treatment of choice. Its recurrences are infrequent. The objective is to present a clinical case of central fibroma with its physical and psychological repercussions, showing the clinical experience achieved with the use of a modified flap, as well as the therapy to be followed for the resolution of these cases, with which an excellent postoperative evolution.

**Keywords:** fibroma ossificans, fibroma ossificans cementum, benign neoplasm

## Introducción

El fibroma osificante (FO) es una neoplasia benigna intraosea descrita por primera vez por Montgomery; la cual afecta a los maxilares y a los huesos largos, caracterizada por ser encapsulada y bien delimitada, presentando expansión de la lámina cortical además de deformidad de las estructuras óseas afectadas; además éste afecta a las estructuras craneofaciales<sup>1</sup>.

Es oportuno mencionar, que algunos autores, la consideran como una lesión proliferativa, la cual se expande lenta y progresivamente<sup>1</sup>. En adición, es de puntualizar que clínicamente el fibroma osificante es una neoplasia benigna que aflige con mayor continuidad al hueso mandibular posterior a la región canina y de manera ocasional al maxilar o a otros huesos del cráneo, como puede ser la región periorbitaria, frontal, etmoidal, esfenoidal y temporal. Asimismo, se caracteriza por ser una lesión indolora, la cual tiene un crecimiento lento, lo que genera expansión de las corticales y el engrosamiento de las estructuras contiguas, causando una notable deformidad, la cual constantemente evoluciona, manifestándose especialmente en el sexo femenino, durante la tercera y cuarta década de vida, aunque existen casos de desarrollo de este mal a cualquier edad, predominando principalmente en mujeres debido a los efectos vasculares de las hormonas femeninas, por cuanto contribuyen los factores hormonales, los cuales aceleran el crecimiento de dichas lesiones en todos los casos reportados odontológicamente.<sup>2,3</sup>

En líneas generales, se puede afirmar que radiográficamente se observa en pacientes con esta lesión una imagen radiolúcida interradicular y periapical corticalizada con zonas radiopacas, de aspecto multilocular, consecuentemente se muestra una tumoración intraosea, adelgazamiento de la cortical interna y

destrucción de la cortical externa con un trabéculado de aspecto desorganizado, los contornos son lobulados y bien definidos<sup>2</sup>. Según lo reportado en la literatura, histológicamente dichos pacientes presentan un tejido conectivo fibroso con abundantes fibras de colágeno, en el seno del cual se encuentran masas basófilas de diversas morfologías, con áreas de calcificación distrófica<sup>4,5</sup>. Su etiología es idiopática, aunque diferentes autores explican que existen casos donde se desarrolla después de un traumatismo o luego de una irritación crónica, generalmente ocasionada por higiene deficiente, rehabilitación protésica no ajustada, mal posición dentaria, biopelícula, cálculo y extracción, dando como resultado una úlcera y sangrado excesivo.<sup>6,7</sup>

Dicha patología es de carácter asintomático; sin embargo, algunos pacientes suelen presentar ligera molestia a la palpación. El diagnóstico definitivo de estas lesiones se obtiene por medio del estudio histopatológico y el tratamiento principal es la enucleación quirúrgica con el legrado de los tejidos adyacentes afectados<sup>8</sup>. No obstante, para el diagnóstico del Fibroma Osificante se requiere de la correlación clínica-radiológica exhaustiva, con los hallazgos intra operatorios; por cuanto la histología puede presentar similitudes con otras lesiones fibro-óseas.<sup>9,10</sup>

Cuando se realiza el estudio radiográfico se presenta, en la mayoría de los casos, una lesión circunscrita con borde esclerótico y unilocular, aunque han sido reportados FO multiloculares. La apariencia depende de la madurez de la lesión, pudiendo ser radiolúcida, radiopaca o mixta<sup>11</sup>. El tratamiento del FOC incluye la extirpación quirúrgica y legrado del lecho óseo con una extensión que depende del tamaño y de la localización de la lesión<sup>6</sup>. Recientemente, el fibroma osificante se ha clasificado en fibroma osificante convencional y juvenil (JOF). JOF se considera una entidad separada de fibrosis osificante debido a su comportamiento localmente agresivo y tendencia a ocurrir a una

edad temprana<sup>12</sup>. Se han identificado dos subtipos de JOF, es decir, el fibroma osificante psamomatoide juvenil (JPOF) y el fibroma osificante trabecular juvenil, sobre la base de la histología, el 70% del JPOF ocurre en los senos paranasales, el 20% en el maxilar y sólo el 10% en mandíbula.<sup>13</sup>

El objetivo de este trabajo de investigación es presentar un caso, revelando los aspectos clínicos y tratamiento quirúrgico de manera práctica y sencilla que sirva de orientación y permita un exitoso desenlace en la terapéutica planteada para la resolución de esta patología.

## Reporte del caso

Paciente de sexo femenino, de cuarenta años de edad (Fig.1), quien se presenta al servicio de triaje de la Universidad José Antonio Páez, del estado Carabobo en Venezuela el día 25/05/2015, siendo referida al área de cirugía de la misma Universidad en donde se le realizó evaluación diagnóstica.



**Figura Nro. 1.** A. Fotografía de frente de la paciente, nótese la ligera elevación del ala de la nariz. B. Fotografía intrabucal donde se evidencia el aumento de volumen en la zona vestibular. C. Fotografía intrabucal, visión desde palatino donde no se evidencia aumento ni expansión del paladar.

Durante la evaluación clínica se observó aumento de volumen en tercio medio facial del lado derecho, de forma ovalada sin cambios de la piel suprayacente. La paciente niega sintomatología alguna, a la palpación es de consistencia dura, no adherida a tejidos blandos adyacentes e indolora. Intraoralmente, se observó adecuada apertura bucal, con ausencias dentarias y expansión alveolar vestibular, la mucosa es de coloración conservada y con movilidad grado 3 de los órganos dentarios involucrados en la zona de la lesión. Es de acotar que la paciente presenta inconformidad con su apariencia física y buco dentaria, así como también relevante un aumento de volumen en la región del maxilar y movilidad de a la UD 11.

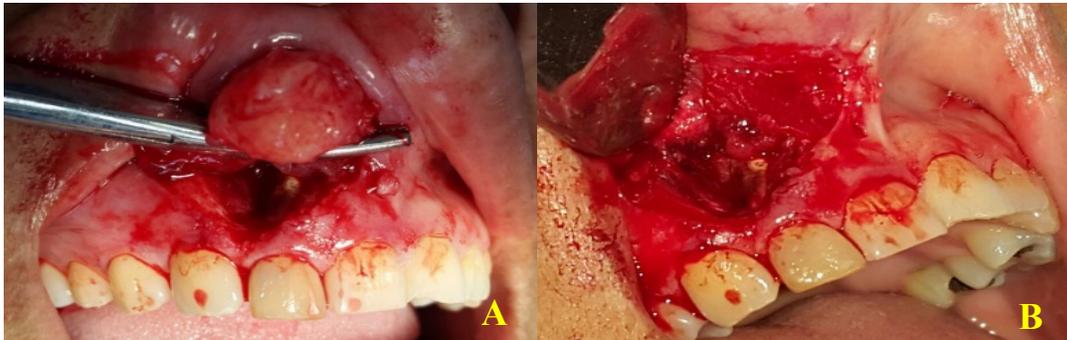
Se indicó terapia antimicrobiana previa a la intervención quirúrgica y radiografía periapical de la zona, así como los exámenes respectivos según el caso, haciendo entrega expresamente del debido consentimiento informado, explicándole los alcances e implicaciones de la cirugía, así como la posibilidad de visibilizar su caso con fines académicos, firmando conforme. Al examen radiográfico, se evidencia una imagen radio-lúcida (Fig.2) compatible con un tumor odontogénico quístico queratinizante (TOQQ), quiste central solitario y fibroma osificante, por lo cual se requiere de la biopsia para conocer su diagnóstico final.



**Figura 2.** En la radiografía periapical se observa una imagen radiolúcida compatible con un tumor odontogénico.

Previa asepsia y antisepsia quirúrgica, se realizó una biopsia excisional del tumor el día 01/06/15, procediendo al bloqueo sensitivo regional del nervio alveolar anterior y nasopalatino. Se verificó el tamaño de la lesión, además se planificó un abordaje con un colgajo modificado intraoral (Fig. 3), observándose pérdida de continuidad de la cortical vestibular, por lo que

se procedió a la realización de una osteotomía logrando el acceso para la enucleación y legrado del tumor, así como la toma de la muestra a ser enviada a su análisis, teniendo como diagnóstico diferencial: Quiste óseo y fibroma osificante central y como resultado final histopatológico: Fibroma Osificante Central.



**Figura 3.** Fotografía intrabucal. **A.** Procedimiento quirúrgico etapa operatoria. **B.** Enucleación y legrado de la lesión.

En cuanto al estudio histopatológico se reportó un estroma de tejido conectivo fibroso, constituido por fibroblastos fusiformes y angulados, se identificaron abundantes calcificaciones basófilas de forma y tamaño variado. Otras secciones muestran epitelio escamoso estratificado de superficie, sobre estroma de tejido conectivo fibroso, el cual contiene un severo infiltrado inflamatorio mononuclear.

En el manejo postoperatorio se trató con antimicrobianos y analgésicos. Ya en condiciones adecuadas, se refiere a prótesis para su adecuada rehabilitación por presentar movilidad en la UD 11 grado 3 por lo que se tomó la decisión de realizar la exodoncia al momento de la toma de la biopsia. La paciente se dio de alta y se recomendó chequeo radiográfico cada 6 meses durante dos años para comprobar que no existiesen recidivas.

## Discusión

Menzel en 1872 fue el primero en describir una lesión fibro ósea, sin embargo no fue hasta 1927 que el término fibroma osificante fue utilizado por primera vez por Montgomery, nombre por el cual actualmente se reconoce a la lesión<sup>6, 11</sup>. Hasta 1948 se pensó que la displasia fibrosa y el fibroma osificante eran la misma enfermedad o que una era variante de la otra.<sup>14</sup> Fue en los inicios de la década de los cincuenta que Sherman y Sternberg, con sus estudios detallados de los aspectos clínicos, radiológicos, histológicos y patológicos, dividieron éstas, en dos identidades diferentes<sup>11,15</sup>. El nombre fibroma osificante fue adoptado desde el comienzo de la década de los noventa por la Organización Mundial de la Salud (OMS), por lo cual es considerado actualmente como lesiones fibro-óseas y osteo condromatosas<sup>16</sup>. Algunas características clínicas importantes, que señalan el comportamiento benigno del tumor en este

caso clínico, fueron el crecimiento lento y gradual de la lesión y la zona de aumento de volumen que se presentaba cubierta por una mucosa de características normales al tejido adyacente<sup>11</sup>, encontrándose similitudes entre lo reportado por los estudios y el caso presentado en esta investigación.

Teniendo en cuenta que el fibroma osificante es una lesión bien delimitada y está compuesta de tejido fibrocelular y material mineralizado de aparición variable<sup>7</sup>. A pesar de su carácter benigno, su comportamiento silencioso permite que se expanda, pudiendo alcanzar un gran tamaño sin presentar sintomatología<sup>14,17</sup>. Clínicamente, el paciente puede presentar un aumento de volumen asintomático tal y como se evidencio en el caso presentado, de evolución lenta y que tal y como lo refieren los estudios pudiera generar un desplazamiento de las unidades dentarias como manifestación temprana<sup>15</sup>. Alsharif, Sun, Chen, *et al.* afirman que existe una mayor tendencia en la segunda década de vida, con un promedio de edad de 28 años, promedio bastante cercano a la edad de la paciente de esta investigación. Estos mismos autores exponen que en un estudio, en donde evaluaron a 127 pacientes con diagnóstico de lesiones fibro óseas benignas presentando el fibroma osificante, el 33.85% con 43 casos, para ser comparado con un estudio donde se evaluaron 2.439 pacientes se observó que existían casos con lesiones gingivales graves y la tendencia marcada en el sexo femenino, en más de un 60%.<sup>18,19</sup>

De igual forma se encontró similitud en el caso existiendo publicaciones que afirman que ocurre con mayor frecuencia en el maxilar a nivel anterior<sup>19,20</sup>. Es importante mencionar la discrepancia que existe en cuanto a la clasificación de este tipo de lesiones fibrosas óseas centrales por el número de nombres usados para las lesiones gingivales fibroblásticas, Lo que puede generar confusión en el momento del diagnóstico<sup>10</sup>. La etiopatogenia de estas lesiones

es incierta, varios autores han sugerido que los fibromas osificantes son lesiones fibro-óseas benignas con origen en el ligamento periodontal, sin embargo se ha hallado células de mucha similitud en regiones específicas como orbita, etmoides, esfenoides, frontal lo cual pudiera explicarse que existen células pluripotenciales mesenquimales que producen material calcificado semejante al hueso o al cemento o a la presencia del ligamento periodontal en posición ectópica. Cabe destacar que la lesión puede o no estar ulcerada<sup>10</sup>. Por otra parte, la alta frecuencia de recidivas en esta entidad se debe a una remoción quirúrgica inadecuada. Como medida preventiva se requiere de controles clínicos, radiográficos y periodontales postoperatorios.<sup>8</sup>

## Conclusiones

El término lesión fibro-ósea no indica que es una lesión única, sino que agrupa a una serie de procesos patológicos con un origen y apariencia imagenológica e histológica similar, siendo de suma importancia los exámenes clínicos, radiográficos, quirúrgicos e histológicos para determinar el correcto diagnóstico.

Esta patología se puede presentar sin que exista una enfermedad previa y tiene mayor incidencia en el género femenino entre la tercera y cuarta décadas de la vida, siendo de tipo asintomático y con un pronóstico favorable si se ataca en estadios tempranos, ya que de lo contrario pueden verse afectado los huesos cráneo faciales de manera importante y/o comprometer la masticación y fonación ya que puede ocasionar movilidad dentaria grado II y grado III.

El tratamiento principal de elección es la escisión quirúrgica con el curetaje de los tejidos adyacentes afectados teniendo en cuenta las dimensiones y etapas por las que cursa la lesión. La apariencia clínica, histológica y tomográfica son fundamentales para realizar un diagnóstico

adecuado; por ello se recomienda a los clínicos realizar una identificación precoz del tumor que permita tomar medidas terapéuticas tempranas debido a la condición extensiva del tumor una vez que alcanza un tamaño importante, sin olvidar los aspectos estéticos y por consiguiente psicológicos que pudiera ocasionar en el paciente, por lo que muchas veces se hace necesario la actuación de multidisciplinaria del equipo de salud antes y durante el proceso de quirúrgico así como también en la rehabilitación.

## Referencias

1. Montgomery A.H. Ossifying fibroma of the jaw. *Arch Surg.* 1927; 15: 30-44.
2. Regezi JA, Sciubba JJ. *Patología bucal. Tumores benignos no odontógenos.* 3a edición. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana Editores S.A. de C.V; 2000.
3. Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. *Patología oral y maxilofacial contemporánea. Lesiones óseas.* 2a edición. Madrid, España: Elsevier España S.A.; 2005.
4. El Mofty SK. Cemento-ossifying fibroma and benign cementoblastoma. *Semin Diagn Pathol* 1999; 16:302-7.
5. MacDonald-Jankowski DS. Cemento-ossifying fibromas in the jaws of Hong Kong Chinese. *Dentomaxillofac Radiol.* 1998 Sep;27(5):298-304. doi: 10.1038/sj/dmfr/4600378. PMID: 9879220.
6. Su L, Weathers DR, Waldron CA. Distinguishing features of focal cemento-ossesous dysplasias and cemento-ossifying fibromas: I. A pathologic spectrum of 316 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1997 Sep;84(3):301-9. doi: 10.1016/s1079-2104(97)90348-6. PMID: 9377196.
7. Su L, Weathers DR, Waldron CA. Distinguishing features of focal cemento-ossesous dysplasia and cemento-ossifying fibromas. II. A clinical and radiologic spectrum of 316 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1997 nov;84(5):540-9. doi: 10.1016/s1079-2104(97)90271-7. PMID: 9394387.
8. Gómez RCA, Rodríguez RD, Lemus RO. Tratamiento quirúrgico de fibroma cemento-ossificante. Reporte de un caso. *Rev Mex Cir Bucal Maxilofac* 2016; 12 (3)
9. Mainville G, Turgeon D, Kauzman A. Diagnosis and management of benign fibro-ossesous lesions of the jaws: a current review for the dental clinician. *Oral Dis.* 2017; 23(4): 440-50. <https://doi.org/10.1111/odi.12531>
10. Tovío EG, Urbano SE, Vergara CI, Díaz AJ. ¿Displasia fibrosa o fibroma ossificante? Caracterización histológica de dos casos inusuales. *Univ Odontol.* 2019 jul-dic; 38(81). doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo38-81.dffo>
11. Eversole LR, Leider AS, Nelson K. Ossifying fibroma: a clinicopathologic study of sixty-four cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1985 nov;60(5):505-11. doi: 10.1016/0030-4220(85)90239-7. PMID: 3864113.
12. Neville BW, Damm DS, Allen C, Chi AC. *Oral and Maxillofacial Pathology.* 4th.ed. Elsevier, 2016.
13. Yadav N, Gupta P, Naik SR, Aggarwal A. Juvenile psammomatoid ossifying fibroma: An unusual case report. *Contemp Clin Dent.* 2013 oct;4(4):566-8. doi: 10.4103/0976-237X.123094. PMID: 24403813; PMCID: PMC3883348.
14. González O, Escalera C, Vélez M, Montoya L, González M, et al. Fibroma ossificante juvenil psamomatoide maxilar con quiste óseo aneurismático secundario. Reporte de un caso. *Acta Odontológica Colombiana* Julio - diciembre 2015; 5(2): 143-152.

15. 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 Mar;93(3):296-304. doi: 10.1067/moe.2002.121545. PMID: 11925539.
16. El-Naggar AK. Editor's perspective on the 4th edition of the WHO head and neck tumor classification. *J Egypt Natl Canc Inst.* 2017.
17. Rinaggio J, Land M, Cleveland DB. Juvenile ossifying fibroma of the mandible. *J Pediatric Surg.* 2003; 38:648–50.
18. Droguett C, Rondanelli B, Madrid A, Contreras L, Muñoz R, et al. Fibroma osificante gigante de la mandíbula: presentación de un caso con reconstrucción mandibular mediante colgajo microvascularizado de peroné e implantes oseointegrados. *Revista española de cirugía oral y maxilofacial: Publicación Oficial de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*, ISSN 1130-0558, ISSN-e 2173-9161, Vol. 34, N°. 3, 2012, págs. 122-127.
19. Alsharif MJ, Sun ZJ, Chen XM, Wang SP, Zhao YF. Benign fibro-osseous lesions of the jaws: a study of 127 Chinese patients and review of the literature. *Int J Surg Pathol.* 2009 Apr;17(2):122-34. doi: 10.1177/1066896908318744. Epub 2008 May 14. PMID: 18480400.
20. Das UM, Azher U. Peripheral ossifying fibroma. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2009 Jan-Mar;27(1):49-51. doi: 10.4103/0970-4388.50818. PMID: 19414975.

