

Presentación de casos

Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Docente “Manuel Ascunce Domenech”.
Camagüey

Fibroma odontogénico maxilar. A propósito de un caso

Dr. Oscar N. García-Roco Pérez, 1 Dra. Esther María Castillo Betancourt 2 y Dr. Alfredo Correa Moreno³

RESUMEN

El fibroma odontogénico maxilar es un tumor raro, que acontece en menos del 0,1% de los tumores odontógenos. Solo alrededor de 69 casos bien documentados han sido reportados en la literatura. Teniendo en cuenta la casuística, se considera de interés aportar un nuevo caso. Se revisa el tema. Se reporta un caso de paciente masculino, blanco, de 34 años de edad, que refiere inflamación gingival marcada en región de primer molar maxilar derecho que fue diagnosticado clínica, imagenológica e histológicamente en el Hospital Interprovincial Docente Clínicoquirúrgico “Manuel Ascunce Doménech” de Camagüey, e intervenido quirúrgicamente en el año 2002. Se brindan consideraciones diagnósticas y terapéuticas reportadas en la literatura. El paciente en el momento del reporte está rehabilitado y controlado.

Palabras clave: fibroma odontogénico maxilar/diagnóstico, fibroma odontogénico maxilar/terapéutica, neoplasmas bucales.

El fibroma odontogénico (FO) es una neoplasia benigna, formada por tejido conjuntivo fibroso y cordones o restos de epitelio odontogénico, que puede aparecer en tejidos blandos como una lesión periférica, o central en los huesos maxilares y la mandíbula, origina desde el punto de vista clínico aumento de volumen, por expansión de las corticales interna y externa del hueso afectado y es, por lo general, asintomático. Se observa con mayor frecuencia en edades tempranas; se ha comprobado que la mandíbula es el hueso más afectado.¹⁻³

Radiográficamente, muestra una imagen radiolúcida que puede ser unilocular o multilocular, tiene relación con el órgano dental, aunque su origen no está bien determinado; se estima que se forma a partir del tejido mesodérmico del órgano del esmalte o del ligamento parodontal.^{2,4,5}

El FO constituye una entidad rara que acontece en menos del 0,1% de los tumores odontógenos, incluso con incidencia baja en clínicas especializadas. En la literatura se han reportado solo alrededor de 69 casos debidamente documentados.^{1,4,6,7}

Al tener en cuenta que se trata de una afección de escasa casuística y del hecho de la existencia de disparidad de criterios en cuanto a la conducta terapéutica, se consideró de interés la presentación de un nuevo caso.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino, de raza blanca, con 34 años de edad, que acude al Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Docente “Manuel Ascunce Domenech” de Camagüey en noviembre de 2002.

Antecedentes patológicos personales sin interés. Refiere un aumento de volumen gingival marcado en región de primer molar maxilar derecho, asintomático, de 6 meses de evolución, período durante el cual fue ganando tamaño de manera progresiva.

Examen físico general y por aparatos dentro de los límites normales. Intraoralmente se aprecia aumento de volumen redondeado de aproximadamente 5 cm de diámetro en la región del primer molar maxilar derecho con caries de quinto grado y gran destrucción coronaria, de consistencia dura y mucosa suprayacente ligeramente hipocoloreada (figs.1 y 2).



Fig. 1. Aspecto clínico vestibular de la formación, se aprecia aumento de volumen redondeado de aproximadamente 5 cm de diámetro en la región lateral derecha del maxilar, mucosa suprayacente hipocoloreada.



Fig. 2. Aspecto clínico oclusal de la formación, se aprecia lesión del hemipaladar del mismo lado, de consistencia dura y submucosa, con marcas de indentación.

Estudiado en consulta externa, se realizaron exámenes de laboratorio, con resultados de química sanguínea normales, exámenes imagenológicos con radiografías simples que evidencian la presencia de una masa tumoral que provoca una imagen radiolúcida,

compatible con una destrucción ósea de límites precisos que expande y perfora cortical vestibular (fig.3).



Fig. 3. Examen radiográfico, detalle vista Waters. Se evidencia la presencia de una masa tumoral que involucra ambas corticales maxilares, con expansión de la pared inferior del seno maxilar. Se comprueba una imagen radiolúcida, compatible con una destrucción ósea de límites precisos.

Se decidió tomar una conducta terapéutica quirúrgica, con exéresis del tumor con margen de seguridad tridimensional, incluyendo restos radiculares del primer molar y segundo molar, involucrado en la tumoración (fig. 4). La lesión fue analizada histológicamente y se informó por Anatomía Patológica la existencia de un tejido celular fibroblástico caracterizado por abundantes haces de fibra colágena densamente agrupados y ausencia de epitelio odontogénico. Se realizó reparación del defecto, con colgajos locales, cubriéndose toda la zona tratada.



Fig. 4. Aspecto macroscópico y dimensiones de la pieza quirúrgica.

El tratamiento se realizó en forma ambulatoria, con seguimiento periódico por consulta externa. No se presentaron complicaciones posoperatorias.

DISCUSIÓN

En el caso presentado confirmamos la existencia de un FO partiendo de las características clínico-radiográficas antes mencionadas y elementos histológicos que la

señalan, como la presencia de tejido conectivo fibroso colagenizado, que permite diferenciarlo del fibroma ameloblástico, el cual presenta un estroma más embrionario; dentro de la masa de tejido fibroso pueden aparecer cordones o restos de epitelio odontogénico más o menos numerosos; no se observan células angulosas que recuerden al retículo estrellado del órgano del esmalte, ni la presencia de células periféricas dispuestas "en empalizadas" (fig. 5).^{1-3,6,8}

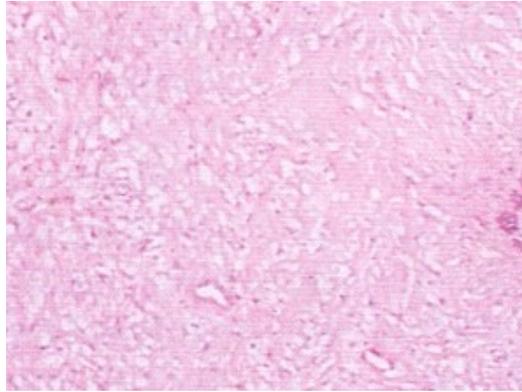


Fig. 5. Microfotografía (Mag. x 75). Nótese el componente fibroconectivo con abundante colágeno y ausencia de epitelio odontogénico.

Al igual que en otros casos reportados, el diagnóstico fue complejo, confundiéndose con otras entidades clínico-histológicas como el queratoquiste odontógeno, querubismo, granuloma central de células gigantes, quiste óseo aneurismático, hiperparatiroidismo, ameloblastoma, neoplasias neurogénicas centrales, malformación arteriovenosa central y la displasia fibrosa, que constituyen diagnósticos diferenciales.^{1-3,9,10}

Radiográficamente, la imagen del FO puede ser indistinguible de otras lesiones radiolúcidas. Se puede observar separación de los dientes por el crecimiento tumoral, pero la reabsorción radicular es menos frecuente.^{1,7,9,10}

La naturaleza del FO, así como su etiología, es un tema aún polémico; algunos autores consideran que es una neoplasia derivada de las células del mesénquima primitivo del órgano del esmalte; por otro lado, se niega su existencia independiente, interpretándose como una degeneración de un fibroma con células muy primitivas.^{5,6,11}

El FO de tejido blando puede ser encontrado en la mucosa de la boca, generalmente en encía adherida, al nivel de la papila interdientaria con una base pediculada; el FO periférico puede desarrollarse por igual en el maxilar como en la mandíbula, hay incluso autores que lo consideran una entidad propia y especial.^{1,2,4,9}

La mayoría de los FO se comportan como neoplasias benignas y después de su exéresis no recidivan, pero, ocasionalmente, se comportan con gran agresividad local y tendencia a la recidiva; esto lo hacen sin variar sustancialmente su cuadro histopatológico.^{1,2,5,6} Hay informaciones sobre fibrosarcomas odontogénicos de los maxilares y la mandíbula.^{6,9,12}

En lo que al tratamiento se refiere, existen controversias. Algunos autores^{1,3,4-8,12} señalan buenos resultados con el curetaje de la lesión. La mayoría de los criterios apuntan a que

el tratamiento de elección es la resección en bloque con márgenes de seguridad (1 o más cm), pues el pronóstico es mejor cuanto más radical sea la extirpación, porque las células tumorales pueden encontrarse más allá de los límites macroscópicos de la lesión, y si no es adecuada la extirpación pueden ocurrir recidivas.

El seguimiento del paciente debe ser riguroso, frecuente y por tiempo prolongado. Este incluye examen clínico exhaustivo, radiografías y estudio cito e/o histopatológico si fuera preciso. En el caso de recidivar, el tratamiento de elección es la reexcisión amplia.

El paciente fue rehabilitado y seguido durante 2 años, período durante el cual no ha presentado recidivas del proceso.

SUMMARY

Maxillary odontogenic fibroma. Apropos of a case

The maxillary odontogenic fibroma is a rare tumor that appears in less than 0.1 % of the odontogenic tumors. Only about 69 well documented cases have been reported in literature. Taking into account the casuistics, it was considered interesting to report a new case of a white 34-year-old male patient that referred marked gingival inflammation in the region of the first right maxillary molar that was diagnosed from the clinical, imaging and histological point of view at “Manuel Ascunce Doménech” Interprovincial Teaching Hospital, in Camagüey, and was operated on in 2002. Diagnostic and therapeutic considerations reported in literature are given. The patient at the moment of the interview was rehabilitated and under control.

Key words: Maxillary odontogenic fibroma/diagnosis, maxillary odontogenic fibroma/therapeutics, oral neoplasms

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santana Garay JC. Atlas de patología del complejo bucal. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1985. p. 175-98.
2. Shafer WG, Hine MK, Ley BM. Tratado de patología bucal. 4ta ed. México: Interamericana, 2000. p. 197-200.
3. Covani V, Crespi R, Perrini N, Barone A. Central odontogenic fibroma: A case report. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2005;10(2):154-7.
4. Cawson RA, Odell EW. Essentials of oral pathology and oral medicine. Edimburgo:Churchill Livingstone; 1998. p. 446-61.
5. Adebayo ET, Ajike SO, Adelseye EO. A review of 318 odontogenic tumors in Kaduna, Nigeria. J Oral Maxillofac Surg 2005;63(6):811-9.
6. Papageorge MB, Pollaccia N. A clinico-pathologic correlation. J Mass Dent Soc 2005;53(4):50-1.
7. Daniels JS. Central odontogenic fibroma of mandible: A case report and review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2004;98(3):295-300.
8. Drebber V, Scheer M, Zoller JE, Dienes HP. The central odontogenic fibroma, a rare tumor. Pathologie 2003;7(1):136-40.

9. Manor Y, Mardiner O, Katz J, Taicher S, Hirshberg A. Peripheral odontogenic tumours, differential diagnosis in gingival lesions. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2004;33(3):268-73.
10. Tamwe T, Soots M, Kulla A, Kaw K, Haustein SM, Sokk A, et al. Odontogenic tumours, a collaborative retrospective study of 75 cases covering more than 25 years from Estonia. *J Craniomaxillofac Surg* 2004;32(3):161-5.
11. Reichart PA, Philipsen HP. Revision of the 1992 edition of the WHO histological typing of odontogenic tumors, a suggestion. *Mund Kiefer Gesichtschir* 2003;7(2):88-93.
12. Gómez Triana M, Luengas Monrroy JP. Odontogenic fibromyxoma. *Ann Pediatr* 2005;62(4):370-2.

Recibido: 28 de septiembre de 2005. Aprobado: 12 de enero de 2006.

Dr. *Oscar N. García-Roco Pérez*. Sta. Rita 5, Camagüey, Cuba. e-mail: ogarcia@finlay.cmw.sld.cu

- 1 Especialista de II Grado en Cirugía Maxilofacial. Master en Salud Pública. Investigador Auxiliar. Instructor. Aspirante a Doctor en Ciencias Médicas.**
- 2 Especialista de I Grado en Periodoncia. Instructor.**
- 3 Especialista de I Grado en Anestesiología y Reanimación.**