

REPORTE DE CASO

Odontología

Fibroma osificante periférico: reporte de un caso

Iris Fleitas¹, Nora María Viviana Rivas Torres¹

¹Facultad de Odontología, Universidad del Norte, Asunción, Paraguay.

Enviado: 1 de noviembre de 2019

Aceptado: 20 de mayo de 2021

Publicado: 15 de septiembre de 2021

DOI: [10.5281/zenodo.21996365](https://doi.org/10.5281/zenodo.21996365)



Licencia Creative Commons Atribución 4.0
Internacional (CC-BY)

RESUMEN

Introducción: Los fibromas periféricos son lesiones reactivas hiperplásicas que derivan del tejido conectivo o del ligamento periodontal. Es una entidad relativamente frecuente y, aunque su etiología permanece incierta, se asocia a factores irritantes locales. **Objetivo:** Presentar un caso clínico de fibroma osificante periférico diagnosticado y tratado en la Facultad de Odontología de la Universidad del Norte, sede Asunción. **Presentación del caso:** Se trata de una paciente de sexo femenino de 34 años con un crecimiento gingival de gran tamaño, sin sintomatología dolorosa, con una ligera molestia al hablar o masticar. Se realizó la biopsia excisional de la lesión, que fue remitida para su análisis histopatológico. Los cortes histológicos mostraron tejido fibroso cubierto por epitelio escamoso, con áreas de osificación, hueso trabeculado y áreas de calcificación. Los hallazgos se corresponden con un fibroma osificante periférico. **Conclusiones:** Debido a que la presentación clínica de esta patología es indistinguible de otros crecimientos gingivales, el análisis histopatológico resulta indispensable para su diagnóstico definitivo. **Palabras clave:** fibroma osificante periférico; estomatología; biopsia; patología oral.

Palabras clave: fibroma osificante periférico, estomatología, biopsia, patología oral

Autor correspondiente: Nora María Viviana Rivas Torres. Facultad de Odontología, Universidad del Norte, Asunción, Paraguay
Correo electrónico: nora_maria75@hotmail.com

Financiación: Este artículo fue presentado para la Convocatoria 2019 del Programa de Iniciación Científica e Incentivo a la Investigación (PRICILA) de la Universidad del Norte (ARTI19-AM-086). Los fondos para PRICILA fueron provistos por el Banco SUDAMERIS y el Rectorado de la Universidad del Norte.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, personales, profesionales, institucionales ni de otra índole relacionados con este trabajo.

INTRODUCCIÓN

El fibroma osificante periférico es una tumoración gingival fibrosa hiperplásica, que se caracteriza por ser sésil o pediculada, de consistencia firme, de coloración similar a la mucosa normal, pudiéndose encontrar también eritematosa o ulcerada (1). Se trata de una lesión que aparece prevalentemente en pacientes del sexo femenino, entre la tercera y la cuarta década de la vida (2). Si bien su etiología no está del todo clara, algunos autores indican que podría derivar de células del ligamento periodontal (3).

En los hallazgos radiográficos, estas lesiones pueden erosionar el hueso subyacente o presentar focos radiopacos en su interior (4). El tratamiento consiste en la exéresis amplia (5), con curetaje del hueso subyacente debido al riesgo de recurrencia que puede presentar (6).

Histológicamente, se caracteriza por una proliferación fibroblástica recubierta por epitelio escamoso estratificado. En la proliferación fibroblástica se encuentran áreas de mineralización que pueden variar desde tejido similar al cemento hasta tejido osteoide y calcificaciones distróficas (7).

Este trabajo pretende describir un caso clínico de fibroma osificante periférico que se presentó al Servicio Odontológico de la Universidad del Norte, sede Asunción.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se realizó la historia clínica de la paciente, que incluyó los datos de filiación, antecedentes patológicos personales y familiares, así como la anamnesis de la causa de consulta —motivo de consulta, tiempo de evolución, modo de aparición, síntomas, evolución de la lesión, tratamientos recibidos y sus efectos, y características del dolor si lo hubiese—. De igual manera, se incluyeron los datos de la exploración intraoral y extraoral.

Posterior a la historia clínica se solicitaron estudios complementarios: hemograma, crasis sanguínea, glicemia y una ortopantomografía. Una vez obtenidos los resultados, se preparó a la paciente para la cirugía, se tomaron los signos vitales (presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura) y, una vez firmado el consentimiento informado, se procedió a la extirpación completa de la lesión bajo anestesia local (articaína al 4 % con epinefrina). La muestra fue remitida

a la especialista para su análisis histopatológico, y durante las semanas posteriores se realizó un control semanal para observar la evolución de la cicatrización, así como para la extracción de otros posibles irritantes.

La paciente, de 34 años y sexo femenino, no presentaba antecedentes patológicos personales ni familiares de interés, y no se encontraron alteraciones significativas en los estudios laboratoriales. En la radiografía panorámica se observaban numerosas piezas dentales en mal estado (restos radiculares, algunos con radiolucidez periapical compatible con un proceso infeccioso), algunas piezas ausentes, y en la región superior posterior derecha los restos radiculares del primer molar superior derecho, ubicados en la zona de la tumoración; cabe destacar que no se observó reabsorción ósea infiltrante ni rizólisis de los dientes adyacentes (Fig. 1).

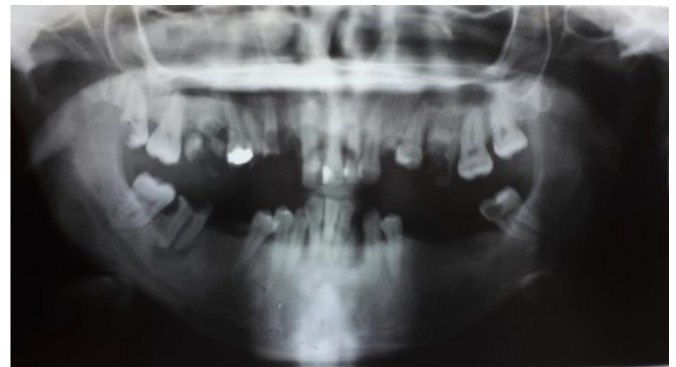


Figura 1. Ortopantomografía de la paciente antes de la intervención.

En la anamnesis, la paciente refirió que su principal molestia era el agrandamiento en la zona posterior superior. No recordaba el modo de aparición, dado que solo se percató de la lesión tres semanas antes de la intervención, por lo que no pudo establecerse un tiempo aproximado de evolución. Entre los síntomas, refirió ligeras molestias al hablar o al masticar, sin dolor; no atribuyó la lesión a ningún evento o causa en particular, y refirió haber sido medicada con ibuprofeno de 400 mg, sin ningún efecto.

A la exploración clínica llamaba la atención la asimetría facial, con un agrandamiento en el lado derecho (Fig. 2). Al realizar la exploración intraoral se observó una tumoración en la región posterior superior del lado derecho, de aproximadamente 4 cm de largo por 3 cm de ancho, que se extendía desde vestibular a palatino; la lesión era pediculada, de coloración similar a la mucosa sana, con algunas zonas ligeramente eritematosas.



Figura 2. Fotografía extraoral de la paciente antes de la intervención.

Al inspeccionar la porción oclusal de la lesión se observaban indentaciones correspondientes a los bordes del resto radicular del molar inferior derecho. La tumoración era firme a la palpación y no presentaba dolor, sino una ligera molestia (Fig. 3).



Figura 3. Fotografía intraoral de la paciente antes de la intervención.

En el momento de la toma de signos vitales, todos se encontraban dentro de parámetros normales, por lo que se procedió a la biopsia excisional bajo anestesia local (articaína al 4 % con epinefrina); se realizó la extirpación completa de la lesión y de los restos radiculares incluidos en ella, junto con el tratamiento de la herida —curetaje, irrigación y regularización ósea— (Fig. 4).



Figura 4. Fotografía intraoperatoria previa a la anestesia local infiltrativa.

La herida quirúrgica fue suturada y se colocó cemento quirúrgico para evitar la penetración de bacterias y ayudar a cohibir el sangrado posquirúrgico. Se medicó a la

paciente con antibióticos, antiinflamatorios no esteroides y un enjuague antiséptico.

La muestra fue remitida a la especialista en Anatomía Patológica, colocando el espécimen en formol al 10 %. Los cortes histológicos mostraron tejido fibroso cubierto por epitelio escamoso, con áreas de osificación, hueso trabeculado y áreas de calcificación (Fig. 5). Los hallazgos se correspondieron con un fibroma osificante periférico.

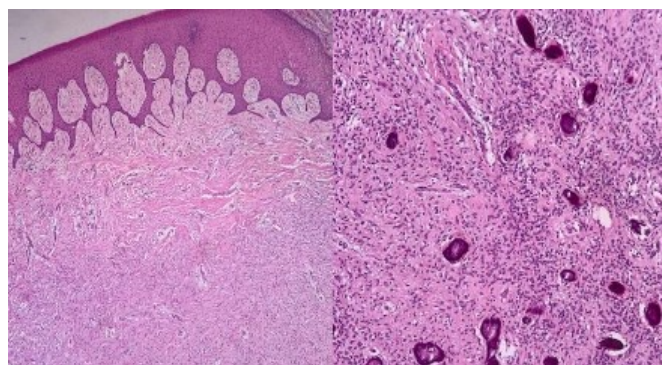


Figura 5. Fotografía de los cortes histopatológicos en los que se observa la proliferación de fibroblastos recubierta por tejido escamoso. En la fotografía izquierda se pueden observar a mayor aumento las áreas de calcificación.

El control posoperatorio se realizó a los 7 días, momento en que se retiraron el cemento quirúrgico y los puntos de sutura. La paciente continuó acudiendo a la cátedra de Cirugía Bucal II de la Universidad del Norte para las exodoncias necesarias. El último control se realizó 8 semanas después de la intervención, encontrándose la zona sana y sin alteraciones (Fig. 6).



Figura 6. Fotografía postoperatoria 8 semanas después de la intervención.

DISCUSIÓN

El fibroma osificante periférico es un tumor gingival en el que se observa tejido óseo inmaduro u osteoide inmerso en una proliferación benigna de fibroblastos (8). Es relativamente frecuente, representando aproximadamente entre el 1 % y el 3 % de todas las lesiones biop-

siadas según algunos estudios (9,10), y se asocia predominantemente a factores irritantes locales (11).

En el caso observado en el Servicio de Odontología de la Universidad del Norte sede Asunción se pudo establecer una conexión entre los irritantes locales —los restos radiculares del primer molar superior derecho— y la presencia de esta patología, en línea con lo reportado en otros casos de fibroma osificante periférico (12).

Cabe destacar que, dado que la tasa de recurrencia de estas lesiones varía del 8 % al 20 %, se hace imprescindible el seguimiento de estos pacientes (9,13,14).

CONCLUSIÓN

Los fibromas periféricos son lesiones reactivas hiperplásicas que derivan del tejido conectivo o del ligamento periodontal. El fibroma osificante periférico es un tumor gingival en el que se observa tejido óseo inmaduro u osteoide inmerso en una proliferación benigna de fibroblastos. Es relativamente frecuente y, aunque su patogenia permanece incierta, se asocia a factores irritantes locales. Debido a que la presentación clínica de esta patología es indistinguible de otros crecimientos gingivales, el análisis histopatológico resulta indispensable para su diagnóstico definitivo.

REFERENCIAS

1. Kendrick F, Waggoner WF. Managing a peripheral ossifying fibroma. *J Dent Child*. 1996;63(2):135-8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8708123/>
2. Moore JR, DeBoom GW, Correll RW. Slowly enlarging pedunculated mass on the edentulous maxillary alveolar ridge. *J Am Dent Assoc*. 1988;116(1):81-2. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.1988.0171>
3. Orkin DA, Amaidas VD. Ossifying fibrous epulis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1984;57(2):147-8. [https://doi.org/10.1016/0030-4220\(84\)90201-9](https://doi.org/10.1016/0030-4220(84)90201-9)
4. Kohli K, Christian A, Howell R. Peripheral ossifying fibroma associated with a neonatal tooth: case report. *Pediatr Dent*. 1998;20(7):428-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9866149/>
5. Kenney JN, Kaugars GE, Abbey LM. Comparison between the peripheral ossifying fibroma and peripheral odontogenic fibroma. *J Oral Maxillofac Surg*. 1989;47(4):378-82. [https://doi.org/10.1016/0278-2391\(89\)90339-x](https://doi.org/10.1016/0278-2391(89)90339-x)
6. Pérez Álvarez D, González Sánchez MA, Berini Aytés L, Gay Escoda C. Fibroma osificante periférico: presentación de tres casos y revisión de la literatura. *Av Odontoestomatol*. 2011;27(4):183-8. <https://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v27n4/original1.pdf>
7. Farquhar T, MacLellan J, Dymment H, Anderson RD. Peripheral ossifying fibroma: a case report. *J Can Dent Assoc*. 2008;74(9):809-12. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19000465/>
8. Regezi JA. *Oral pathology: clinical pathologic correlations*. 5th ed. Missouri: Elsevier; 2008.
9. Bhaskar SN, Jacoway JR. Peripheral fibroma and peripheral fibroma with calcification: report of 376 cases. *J Am Dent Assoc*. 1966;73(6):1312-20. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.1966.0375>
10. Cuisia ZE, Brannon RB. Peripheral ossifying fibroma — a clinical evaluation of 134 pediatric cases. *Pediatr Dent*. 2001;23(3):245-8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11447957/>
11. Gardner DG. The peripheral odontogenic fibroma: an attempt at clarification. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1982;54(1):40-8. [https://doi.org/10.1016/0030-4220\(82\)90415-7](https://doi.org/10.1016/0030-4220(82)90415-7)
12. Sangle VA, Pooja VK, Holani A, Shah N, Chaudhary M, Khanapure S. Reactive hyperplastic lesions of the oral cavity: a retrospective survey study and literature review. *Indian J Dent Res*. 2018;29(1):61-6. https://doi.org/10.4103/ijdr.IJDR_599_16
13. Buchner A, Hansen LS. The histomorphologic spectrum of peripheral ossifying fibroma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1987;63(4):452-61. [https://doi.org/10.1016/0030-4220\(87\)90258-1](https://doi.org/10.1016/0030-4220(87)90258-1)
14. Eversole LR, Rovin S. Reactive lesions of the gingiva. *J Oral Pathol*. 1972;1(1):30-8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4626993/>