

Fibroma odontogénico central. Reporte de dos casos.

Central odontogenic fibroma. A report of two cases.

Gerardo Romero Jasso,* Mario Alberto Téliz Meneses,** Jorge Antonio Reynaldos del Pozos,***
Miguel Ángel González de Santiago,**** Ebed Yonami Pimentel Madrigal,****
Beatriz C Aldape Barrios,***** Angélica Ramírez Torres*****

RESUMEN

El fibroma odontogénico central es una lesión poco común dentro de los tumores odontogénicos. La variante central incrementa esta rara incidencia, representando solamente 1.5% de éstos. En el presente artículo se reportan dos casos de fibroma odontogénico central en la región maxilar, así como el tratamiento empleado para la resección del mismo y la reconstrucción de la región, mediante técnica de injerto óseo, malla de titanio y osteosíntesis.

Palabras clave: Tumores odontogénicos, fibroma odontogénico, fibroma odontogénico central, reconstrucción maxilar.

ABSTRACT

The central odontogenic fibroma is a particularly rare type of odontogenic tumor that represents only 1.5% of all such lesions. In this article, we report two cases of central odontogenic fibroma of the jaw region, as well as the treatment employed to resection them and reconstruct the area through the use of a bone graft, titanium mesh, and osteosynthesis.

Key words: Odontogenic tumors, odontogenic fibroma, central odontogenic fibroma, maxillary reconstruction.

INTRODUCCIÓN

El fibroma odontogénico es una neoplasia benigna rara caracterizada por presentar epitelio odontogénico inactivo dentro de un estroma fibroso maduro. Los primeros reportes sobre tumores odontogénicos datan de Regezi al hacer una revisión de 706 casos, de los cuales ninguno pertenecía a fibroma odontogénico; sin embargo, ya se habían reportado 15 casos previos en la literatura. Bhaskar clasificó los folículos dentales agrandados como

fibromas odontogénicos. Shafer concluyó que el fibroma odontogénico debería ser una entidad neoplásica distinta con características histopatológicas y clínicas que la separan del resto de tumores odontogénicos. Wesley rediagnosticó ocho casos de folículos hiperplásicos catalogados como fibromas odontogénicos y presentó un nuevo caso en un niño de once años de edad.¹ Gardner describió tres lesiones que previamente habían sido diagnosticadas erróneamente.²

Histológicamente existen dos variables: a) el tipo simple que contiene escaso epitelio odontogénico con fibras colágenas dispersas y pequeños focos de calcificaciones distróficas. b) El tipo complejo (tipo WHO), compuesto por islas y cordones epiteliales con calcificaciones de material dentinario en un tejido conectivo fibroblástico maduro. De acuerdo con su localización puede ser central o periférico.^{3,4}

El fibroma odontogénico central representa 1.5% de los tumores odontogénicos. El rango de edad de presentación es de 5 a 80 años de edad, con un promedio de 37 años y predominio femenino de 2.8:1 sobre el sexo masculino.

En cuanto a su localización se pueden encontrar dos variantes: periférico o también llamado extraóseo,

* Residente del cuarto año de la Especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Regional «Licenciado Adolfo López Mateos» ISSSTE de la Ciudad de México, D.F., México

** Médico adscrito al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Regional «Licenciado Adolfo López Mateos» ISSSTE de la Ciudad de México, D.F., México

*** Jefe de los Servicios Quirúrgicos Odontológicos del Hospital General Naval de Alta Especialidad de la Ciudad de México, D.F., México.

**** Médico adscrito al Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital General Naval de Alta Especialidad de la Ciudad de México, D.F., México.

***** Maestra en Patología Bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, D.F., México.

***** Médico adscrito al Servicio de Patología Bucal del Hospital General Naval de Alta Especialidad de la Ciudad de México, D.F., México.

Recibido: Abril 2015. Aceptado para publicación: Noviembre 2015.

y central o intraóseo, con marcada predilección mandibular respecto al maxilar (6.5:1), sobre todo en la zona anterior.⁵⁻⁷

Clasificado por la OMS dentro de los tumores con «ectomesénquima odontogénico con o sin epitelio odontogénico», el fibroma odontogénico central es un tumor odontogénico con poca incidencia.^{8,9}

En este artículo se reporta un caso clínico así como el manejo empleado por parte del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Regional «Licenciado Adolfo López Mateos» (HRLALM) del ISSSTE.

PRIMER CASO

Se trata de paciente femenino de 46 años de edad que acude al Servicio de Urgencias del HRLALM refiriendo como motivo de consulta «lesión en zona periapical de premolares maxilares izquierdos», habiendo sido ya valorada previamente por Servicio Particular de Patología Bucal, que envía a esta institución a la paciente para manejo de lesión quística periapical.

A la exploración se encuentra una paciente consciente, tranquila, cooperadora, con simetría facial, edad aparente similar a la cronológica, con adecuada implantación de piel cabelluda, con rebordes orbitarios íntegros, movimientos oculares conservados, reflejos pupilares normales, pirámide nasal central, simétrica con narinas permeables; presenta adecuada implantación de pabellones auriculares, con meatos acústicos externos permeables, estructura maxilar y mandibular sin alteraciones, adecuada apertura oral de 45 mm.

A la exploración clínica intraoral se observa dentición permanente incompleta con adecuada coloración e hidratación de la mucosa oral, paladar duro y blando sin aumentos de volumen, movimientos linguales conservados; se observa movilidad de órganos dentales 22, 23, 24, 25, sin datos de sintomatología dolorosa durante los movimientos. El resto de estructuras intraorales sin datos de importancia para el padecimiento actual.

Cuello central, simétrico, sin adenomegalias ni aumentos de volumen. La paciente presentaba proyección dentoalveolar de la región maxilar superior izquierda, donde se apreciaba una imagen radiolúcida de bordes mal definidos asociados a las raíces dentales de OD 22, 23, 24, 25, con presencia de rizólisis en 22, 23, 24, respetando la imagen correspondiente al seno maxilar (Figura 1).

Se solicita a la paciente una ortopantomografía en donde se observa dicha lesión confinada desde la región distal del incisivo central superior izquierdo hasta la cara mesial del primer molar superior del mismo cuadrante.

Se realiza la toma de biopsia incisional, la cual reporta a la lesión como compatible con «fibroma odontogénico central», motivo por el cual se programa a la paciente para resección en bloque de la lesión.

Bajo anestesia general balanceada, previa valoración por el Servicio de Anestesiología, se realiza procedimiento quirúrgico en el Servicio de Cirugía Maxilofacial, mediante incisión tipo envolvente de la arcada superior izquierda, desde la zona de incisivo lateral derecho hasta la región mesial de primer molar del mismo cuadrante, por la cara vestibular y palatina. Se levanta colgajo de espesor total hasta la base nasal por la cara vestibular, y de espesor total en paladar, observando zona de lesión ósea con cambios de color y menor densidad de hueso, desde la cara distal de incisivo central superior izquierdo hasta la cara distal de segundo premolar superior izquierdo. Se decide realizar osteotomía con micromotor quirúrgico, desde incisivo lateral hasta cara mesial de molar del cuadrante superior izquierdo, dejando borde sano óseo de aproximadamente 0.5 cm. Se reseca el bloque observando lesión y pérdida de sostén óseo de incisivo central, el cual se decide extraer (Figura 2).

Durante el transquirúrgico se observa exposición de piso de seno maxilar, para lo cual se decide colocar malla de titanio para conformar dicha estructura, empleando

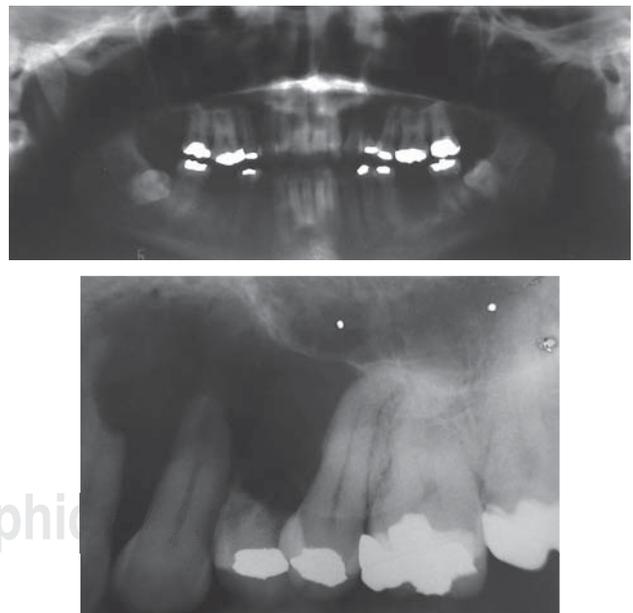


Figura 1. Ortopantomografía y proyección dentoalveolar de la lesión. De bordes bien definidos, con rizólisis y extensión hasta el seno maxilar.

dos tornillos de titanio sistema 2.0 por 5 mm, así como colocación y cierre de comunicación oroantral con grasa adiposa de la mejilla, tomada durante el transquirúrgico. Se decide cierre de la incisión con puntos simples a base de ácido poliglicólico 3.0.

El bloque de tejido maxilar se envía a estudio histopatológico al Servicio de Patología en nuestro hospital. Se toma radiografía de control postquirúrgico en proyección de ortopantomografía donde se observa adecuada colocación de malla y tornillos de osteosíntesis (Figura 3).

Tres días posteriores al procedimiento quirúrgico se decide egreso hospitalario, observando herida quirúrgica con adecuado proceso de cicatrización, sin datos de dehiscencia ni secreción de ningún tipo, con los puntos de sutura en adecuada posición y función.

Tras dos semanas de evolución se observa adecuada cicatrización sin dehiscencia ni secreción alguna. El reporte histopatológico confirma el diagnóstico inicial de «fibroma odontogénico». Tras seis semanas de evolución y valorar adecuada evolución sin datos de recidiva, se decide comenzar la fase de reconstrucción, en la cual se programa tiempo quirúrgico bajo anestesia general para colocación de malla de titanio con injerto óseo de hueso liofilizado (*Allomatrix bone graft matrix* con BMP's), mezclado con autoinjerto de mentón.

Se decide realizar abordaje vestibular mandibular para toma de injerto de mentón y abordaje crestal maxilar en la zona del defecto, realizando disección subperióstica vestibular y palatina hasta localizar malla de titanio mis-

ma que se retira, observando formación ósea sobre la misma. Se precontornea a manera de reborde alveolar la nueva malla y se coloca con el hueso antes mencionado, colocando material de osteosíntesis para sostenerla; se decide suturar el colgajo y tras seis meses de evolución se procede al retiro de la malla. Bajo anestesia local se realiza incisión en donde tras la disección se observa formación ósea, incluso por arriba de la malla. Se retira sin problema alguno y se sutura nuevamente el colgajo. La paciente se encuentra asintomática en espera de rehabilitación de la zona mediante la colocación de implantes dentales.

SEGUNDO CASO

Paciente femenino de 31 años de edad que acude al Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital General Naval de Alta Especialidad, referida del Servicio de Otorrinolaringología por presentar «lesión quística maxilar». La paciente refería sintomatología dolorosa desde la zona de segundo molar superior derecho con irradiación hacia la zona preauricular del mismo lado.

A la exploración clínica intraoral se observó un aumento de volumen en la región de maxilar derecha,



Figura 2. Macroscopia de la lesión.

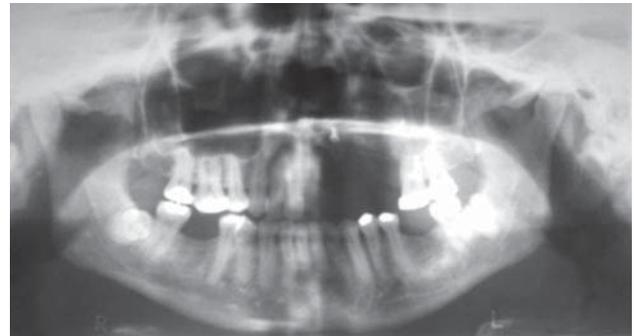


Figura 3. Control postquirúrgico radiográfico y clínico.

desde la zona distal a segundo molar superior derecho al tercer molar del mismo lado, con ligera expansión de corticales, mucosas de adecuada coloración e hidratación, sin movilidad dental.

Radiográficamente en proyección de ortopantomografía se observaba lesión radiolúcida no definida a nivel de ápices radiculares desde distal del segundo premolar hasta la región medial al primer molar, causando desplazamiento de las raíces de los mismos. Se decide solicitar tomografía computarizada en cortes axiales, coronales y sagitales en donde se observa una zona hipodensa respecto a tejido óseo adyacente que desplaza raíces de órganos dentales asociados desde la zona distal a segundo premolar superior derecho hasta distal de segundo molar del mismo lado, respetando la membrana del seno maxilar, de bordes bien delimitados (Figura 4).

Se decide la toma de biopsia incisional de la lesión en la zona palatina, previa asepsia y antisepsia de la región facial, tomándose un segmento de 3 × 3 cm, localizan-

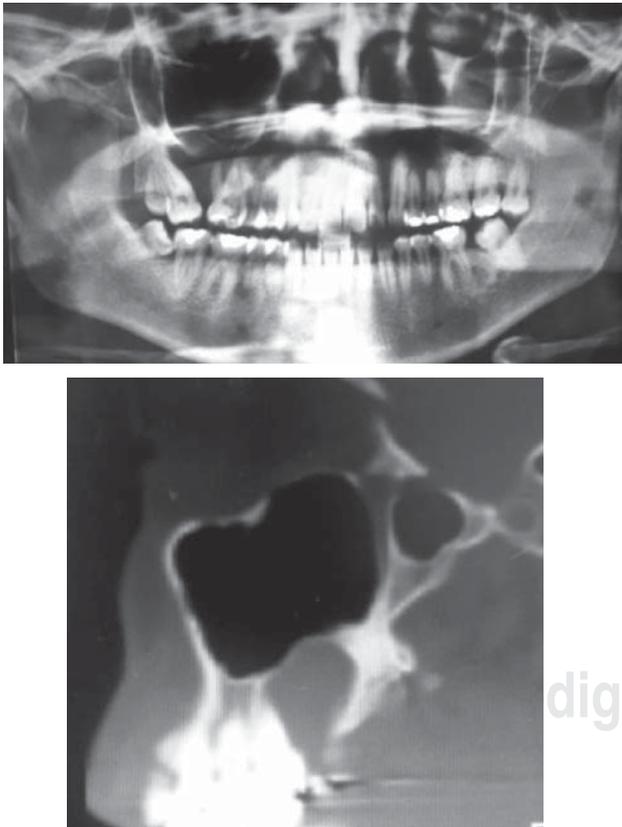


Figura 4. Ortopantomografía y tomografía computarizada de la lesión.

do un material semisólido de color ligeramente blanco, el cual se manda al Servicio de Patología, reportándose diagnóstico de lesión compatible con fibroma odontogénico (Figura 5).

Por lo anterior se decide realizar resección en bloque de la lesión, bajo anestesia general. Durante el transquirúrgico se observa comunicación con el seno maxilar, se toma injerto de rama mandibular para colocarlo en el piso de dicha estructura, fijándolo con placas y tornillos del sistema 2.0. Se sutura la zona con ácido poliglicólico 3.0.

La paciente evoluciona favorablemente el postoperatorio sin datos de fístulas o comunicación oroantral, con un control de tres meses de evolución.

El estudio histopatológico definitivo describe la presencia de tejido conectivo celular fibroblástico maduro, con islotes y cordones de epitelio odontogénico semejante a la lámina dental, rodeado por zonas de tejido mixomatoso, depósitos hialinos y focos de calcificación aparentemente dentinario, corroborando el diagnóstico de fibroma odontogénico central (Figura 6). Tras la valoración posterior a seis meses la paciente no cuenta con datos de recidiva ni alteración alguna en la zona postoperada.

DISCUSIÓN

El fibroma odontogénico pertenece a una variante de los tumores odontogénicos con mesénquima o ectomesénquima odontogénica, con o sin epitelio odontogénico, con una tasa de incidencia realmente baja, un rango de edad reportado entre 05 y 80 años de edad, con prome-

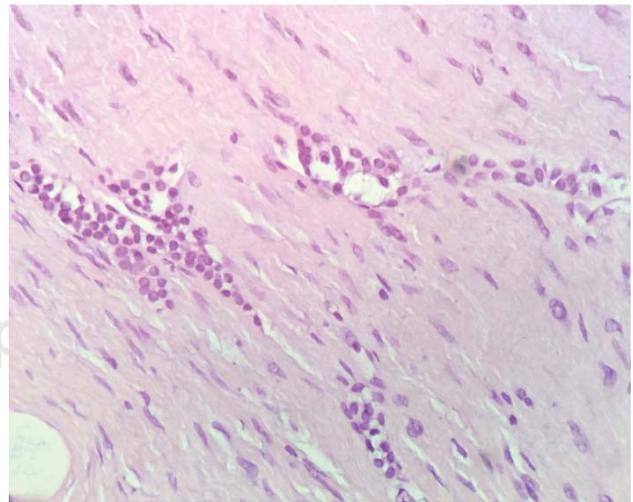


Figura 5. Histopatología de la lesión.

dio de 37 años (Brannon2004)⁶ y predominio femenino sobre el sexo masculino (2.8:1). Representa 1.5% de los tumores odontogénicos.⁹

En el presente caso se encuentra relación tanto en el sexo como en la edad promedio de presentación. El índice de aparición entre mandíbula y maxilar es de 6.5:1 respectivamente (Muñoz 2010); en nuestros casos se presentaron las lesiones en el maxilar, lo cual las hace menos comunes.

Dentro de las lesiones en maxilares reportadas (Mosqueda-Taylor 2011,¹⁰ Sakamoto 2003,¹¹ Lotay 2009,¹² Dunlap 1984¹³) la gran mayoría se presentaron en el sector anterior, con predominio en la región de premolares al igual que en nuestro caso. Existen reportes de raros casos donde se presenta de forma bilateral en la región mandibular.¹⁴ Muchos autores refieren que el fibroma odontogénico es parte de un folículo dental hiperplásico, más que una verdadera neoplasia. A pesar de ser una lesión poco usual, los reportes en la literatura hablan poco sobre sus características clínicas macroscópicas y radiográficas. La gran mayoría de las lesiones mandibulares se presentan como una lesión bien circunscrita, radiolúcida y unilocular. A diferencia de otros tumores odontogénicos existe el predominio por la localización en la zona anterior de molares y premolares. En muchos casos se reportan aumentos de volumen en la zona de la lesión, movilidad dental, zonas de depresión, y presencia de resorción radicular. Las lesiones pequeñas suelen ser en su mayoría uniloculares, y lesiones de mayor tamaño son multiloculares y tienen un festoneo del margen óseo y radicular (Handlers 1991,¹⁵ Wesley 1975,¹⁶ Daniels 2004,¹⁷ Hara et al. 2012¹⁸).



Figura 6. Pieza quirúrgica de la lesión.

En nuestro primer caso se presenta una imagen radiográfica con estas características en las zonas representativas de este tumor, con las características clínicas antes mencionadas por otros autores, sobre todo la movilidad dental y la presencia de rizólisis. En cuanto a las características histopatológicas de la lesión, muchos autores refieren que la distinción entre el tipo simple y el tipo WHO es innecesaria debido a la poca trascendencia clínica que conlleva, aplicándose el mismo criterio a las variantes de cantidad del tejido conectivo, la presencia o ausencia de calcificaciones o de células gigantes es de poca relevancia clínica. Sin embargo, el potencial neoplásico del epitelio odontogénico inactivo no se debe de dejar a un lado, pues parece ser responsable de la tasa de recidiva de 26%.^{10,15,19,20} El uso de inmunohistoquímica permite confirmar la presencia de epitelio y excluir algún otro tipo de tumor fibroso. Se ha reportado la presencia de fibromas odontogénicos centrales con variante de células granulares sin reactividad a inmunohistoquímica a proteína S-100, con presencia de focos de material tipo cemento, lo que aseguran los autores está relacionado al origen de histiocitos de esta lesión.²¹ Las islas epiteliales se encuentran reactivas a citoqueratinas (CK AE1/23, CK5, CK14, CK19) y negativas a CK1 y 18. En presencia de células de Langerhans²² se encuentra reactividad a S-100 y CD1. El índice de proliferación celular cuantificado con Ki67 se encuentra < 1%.

En cuanto a las variantes de tratamiento empleado, en la revisión de la literatura se encuentran dos tipos de tratamiento, el primero es la enucleación, curetaje de la lesión y el segundo de ellos es la resección. Cada uno de estos procedimientos se emplea de acuerdo con las características de la lesión y sobre todo con la extensión de la misma. En nuestro primer caso se decide realizar la resección en bloque debido a que los órganos dentales no presentan capacidad de restauración posterior, debido a la pérdida radicular y la extensión de la lesión. Sin embargo, en la literatura no se encuentran datos sobre la vigilancia a largo plazo de los tratamientos implementados, asimismo decidimos realizar la reconstrucción de la zona de la manera anteriormente descrita. En la revisión bibliográfica que se hizo no nos encontramos con ningún artículo que hable sobre la reconstrucción de los defectos en este tipo de lesiones. En nuestro caso se decide realizar la reconstrucción de la zona con esta técnica debido a que la experiencia clínica en nuestra unidad hospitalaria ha sido satisfactoria y refleja un alto porcentaje de regeneración ósea para posteriormente realizar la rehabilitación mediante implantes dentales.

CONCLUSIONES

El fibroma odontogénico central es una lesión rara correspondiente al grupo de los tumores odontogénicos. La resección quirúrgica ha sido el manejo que ha presentado menor recidiva, las técnicas empleadas para la reconstrucción de la zona reseçada han ido mejorando conforme la tecnología ha evolucionado.

Los injertos óseos siguen y seguirán siendo auxiliares para las técnicas de reconstrucción.

Debido a que el fibroma odontogénico es una lesión poco frecuente, existen pocos reportes del mismo a nivel Latinoamérica. Es indispensable realizar más reportes de lesiones poco frecuentes para poder establecer una casuística certera en la población latinoamericana; valorar el comportamiento de los mismos a largo plazo hará mejores tratamientos y nos dará conocimiento del comportamiento de nuestra población.

BIBLIOGRAFÍA

- Watt-Smith SR, Ell-Labban NG, Tinkler SM. Central odontogenic fibroma. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 1988; 17 (2): 87-91.
- Gardner DG. The central odontogenic fibroma: an attempt of classification. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1982; 54: 40-48.
- Rodríguez de Matos F, De Moraes M, Neto AC, Da Costa Miguel MC, Dantas da Silveira EJ. Central odontogenic fibroma. *Annals of Diagnostic Pathology*. 2011; 15 (6): 481-484.
- Chi CA, Neville BW. Odontogenic cyst and tumors. *Surgical Pathology*. 2011; 4: 1027-1091.
- Muñoz TC, Reyes OP, Alvarez NC, Venegas RB. Fibroma Odontogénico central, tipo WHO: Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac*. 2010; 32 (4): 159-164.
- Brannon RB. Central odontogenic fibroma, myxoma (odontogenic mixoma, fibromixoma), and central odontogenic granular cell tumor. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2004; 16 (3): 359-374.
- Takeoka T, Inui M, Okumura K, Nakamura S, Shimizu K, Tagawa T. A central odontogenic fibroma mimicking a dentigerous cyst associated with an impacted mandibular third molar – immunohistological study and review of literature. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine and Pathology*. 2013; 25: 193-196.
- Barnes Leon. *Surgical pathology of the head and neck*. Vol 2. 3a ed. New York, Informa Healthcare. 2009: pp. 1168-1170.
- Barnes Leon. Eveson WJ, Reichart P, Sidransky D. *Pathology and Genetics. Head and neck Tumors*. World Health Organization Classification of tumors. IARC Press 2005.
- Mosqueda-Taylor A et al. Central odontogenic fibroma: new findings and report of a multicentric collaborative study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2011; 112 (3): 349-358.
- Sakamoto I, Gunji A, Omura K. Central odontogenic fibroma of the maxilla. *Asian J Oral Maxillofac Surg*. 2003; 15: 288-291.
- Lotay HS, Kalmar J, DeLeeuw K. Central odontogenic fibroma with features of central granular cell odontogenic tumor. *Oral Surg Med Pathol Oral Radio Endod*. 2010; 109: e63-66.
- Dunlap CL, Barker BF. Central odontogenic fibroma of the WHO type. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1984; 57 (4): 390-394.
- Niklander S, Martinez R, Deichler J, Esguep A. Bilateral mandibular odontogenic fibroma (WHO Type): Report of a case with 5 year radiographic follow up. *Journal of Dental Sciences*. 2011; 6: 123-127.
- Handlers JP, Abrams AM, Melrose RJ, Danforth R. Central odontogenic fibroma: clinicopathologic features of 19 cases and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg*. 1991; 49: 46-54.
- Wesley RK, Wysocki GP, Mintz SM. The central odontogenic fibroma. Clinical and morphologic studies. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1975; 40: 235-245.
- 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: 295-300.
- Hara et al. Central odontogenic fibroma of the jawbone: 2 case reports describing its imaging features and an analysis of its DCE-MRI findings. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2012; 113: e51-e58.
- Allen CM, Hammond HL, Stimson PG. Central odontogenic fibroma, WHO Type. A report of three cases with an unusual associated giant cell reaction. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1992; 73: 62-66.
- Heimdal A, Isacson G, Nilsson L. Recurrent central odontogenic fibroma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1980; 50: 140-145.
- Reichart PA, Philipsen HP, Moegelin A, Thalmann U. Central odontogenic fibroma, granular cell variant. *Oral Oncology Extra*. 2006; 42: 5-9.
- Wu YC, Wang YP, Chang JY, Chen HM, Sun A, Chiang CP. Langerhans cell in odontogenic epithelia of odontogenic fibromas. *J Formos Med Assoc*. 2013; 112: 756-760.

Correspondencia:

Dr. Gerardo Romero Jasso

E-mail: gerojaroge861212@hotmail.com