



caso  
CLÍNICO



**Tejero Zamorano, Irene**  
Máster en cirugía bucal e implantología. Hospital Virgen de La Paloma. Madrid.

**Martínez Rodríguez, Natalia**  
Profesor del Máster de cirugía bucal e implantología. Hospital Virgen de La paloma. Madrid.

**Martínez González, Sandra**  
Profesor del Máster de cirugía bucal e implantología. Hospital Virgen de La paloma. Madrid.

**Rubio Alonso, Luis Jesús**  
Profesor del Máster de cirugía bucal e implantología. Hospital Virgen de La paloma. Madrid.

**Barona Dorado, Cristina**  
Subdirectora del Máster de cirugía bucal e implantología. Hospital Virgen de La Paloma. Madrid.

**Martínez-González, José María**  
Profesor Titular de Cirugía Maxilofacial. Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid.

**Indexada en / Indexed in:**

- IME
- IBECs
- LATINDEX
- GOOGLE ACADÉMICO

**Correspondencia:**

José M<sup>o</sup> Martínez-González  
Facultad de Odontología. UCM.  
jmargo@odon.ucm.es  
hospimar@hotmail.com  
Tel.: 913 941 967

Fecha de recepción: 2 de febrero de 2015.  
Fecha de aceptación para su publicación:  
15 de abril de 2015.

# FIBROMA OSIFICANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Tejero Zamorano, I., Martínez Rodríguez, N., Martínez González, S., Rubio Alonso, L. J., Barona Dorado, C., Martínez-González J. M. Fibroma osificante: a propósito de un caso. Revisión de la literatura. *Cient. Dent.* 2015; 12; 2: 117-121.

## RESUMEN

**Introducción:** El fibroma osificante forma parte del grupo de las lesiones fibro-óseas. Son benignas y su característica fundamental es la sustitución de hueso normal por tejido que contiene colágeno, fibroblastos y cantidades variables de tejido mineralizado. Se presenta habitualmente en mujeres, entre la tercera y cuarta décadas de la vida. Suele producirse en la mandíbula y puede provocar tumefacción de la zona y rizólisis de los dientes adyacentes. El tratamiento consiste en la enucleación completa de la lesión.

**Caso clínico:** Paciente varón de 30 años, acude al servicio de cirugía bucal y maxilofacial del Hospital Virgen de la Paloma, tras haber estado previamente en urgencias por inflamación y tumefacción de la región mandibular izquierda de un año de evolución. En las pruebas radiológicas se observó en dicha zona una lesión radiolúcida con un halo esclerótico alrededor. El diagnóstico definitivo tras la exéresis quirúrgica de la lesión fue de fibroma osificante.

**Discusión:** El fibroma osificante es una lesión fibro-ósea de naturaleza benigna, aunque puede provocar deformidad, desplazamiento y rizólisis de los dientes adyacentes. Por sus diferentes patrones radiográficos y al ser habitualmente unilocular existe un amplio número de lesiones con las que se debe hacer un diagnóstico diferencial, aunque en casos de lesiones múltiples, muchos se deban a alteraciones hormonales como la hipercalcemia asociada al hiperparatiroidismo.

**Conclusión:** El correcto manejo hace imprescindible realizar un diagnóstico diferencial con otras entidades debido a los diferentes tratamientos que cada patología requiere.

## PALABRAS CLAVE

Fibroma osificante; Lesiones fibro-óseas benignas; Mandíbula.

## OSSIFYING FIBROMA: REPORT OF A CASE. REVIEW OF THE LITERATURE

### ABSTRACT

**Introduction:** Ossifying fibroma is part of the group of fibro-osseous lesions. They are benign, but its essential feature is the replacement of regular bone tissue with collagen, fibroblasts and varying amounts of mineralized tissue. It usually occurs in women between third and fourth decades of life. It normally affects the jaw and can cause swelling in the area and rhizolysis of adjacent teeth. Treatment is based in a complete enucleation of the lesion.

**Case report:** A 30 year old man comes to the oral and maxillofacial service after having previously been in the emergency service because of inflammation and swelling of the left mandibular region of a year of evolution. Radiological evidences show a radiolucent lesion with a sclerotic halo around. Final diagnosis after surgical excision was ossifying fibroma.

**Discussion:** Ossifying fibroma is a fibro-osseous benign lesion, but it can cause deformity, displacement and rhizolysis of nearby teeth. For different radiographic patterns and being usually unilocular there is a large number of injuries that should be taken into account for a differential diagnosis; although in cases of multiple lesions, many are due to hormonal abnormalities such as hypercalcemia associated with hyperparathyroidism.

**Conclusion:** The proper management is essential to make a differential diagnosis with other entities due to the different treatments that each condition requires.

## KEY WORDS

Ossifying fibroma; Benign fibro-osseous lesions; Mandible.

## INTRODUCCIÓN

Las lesiones fibro-óseas benignas son un grupo clínicamente diverso de trastornos óseos que comparten características histológicas similares y se producen con relativa frecuencia en la mandíbula. La particularidad común a todas las formas de dichas lesiones es la sustitución de hueso normal por tejido que contiene colágeno, fibroblastos y cantidades variables de tejido mineralizado<sup>1</sup>.

El fibroma osificante es una lesión fibro-ósea benigna de crecimiento lento y tumefacción deformante que puede afectar a maxilar y mandíbula; con predilección por la región mandibular. Se manifiesta habitualmente en el género femenino, entre la tercera y cuarta décadas de la vida. Radiográficamente, la imagen observada aparece como un área radiotransparente rodeada por un halo esclerótico. Ocasionalmente puede presentarse como una imagen radiomixta. Presenta una evolución lenta, pudiendo generar desplazamiento dentario e incluso la rizólisis de los dientes adyacentes. Puede ocasionar problemas funcionales y/o estéticos; suele presentarse como una imagen unilocular aunque se han descrito casos de lesiones múltiples, tratándose en muchos de estos casos alteraciones hormonales como la hipercalcemia asociada al hiperparatiroidismo. El tratamiento es quirúrgico y consiste en una enucleación total de la lesión<sup>2,3</sup>.

El origen del fibroma osificante ha sido relacionado con células del ligamento periodontal, capaces de producir una gran variedad de neoplasias benignas. Dichas lesiones suelen aparecer en áreas dentadas del maxilar y la mandíbula. Sin embargo, la presencia de lesiones microscópicamente idénticas a éstas, en otras localizaciones como la órbita, el hueso frontal, el etmoides, el esfenoides y el hueso temporal hace que las teorías sobre el origen de las mismas sea todavía una cuestión abierta<sup>3</sup>.

Se ha sugerido que el fibroma cemento-osificante tiene también su origen en el ligamento periodontal, por lo que ambos fibromas serían variaciones histológicas de un mismo proceso. Sin embargo, su etiología no es clara a día de hoy. Si predomina hueso se denominará fibroma osificante; si se encuentran trabéculas curvilíneas o calcificaciones esféricas será fibroma cementificante y si se observa tejido óseo y cemento se tratará de un fibroma cemento-osificante. Eversole y cols.,<sup>4</sup> al no encontrar diferencias, los agruparon con una misma nomenclatura, los fibromas osificantes, una entidad propia según la clasificación de 1992 de la Organización Mundial de la Salud.

En cuanto a la clasificación de estas lesiones numerosos modelos han sido propuestos, el primero por Edwards y cols.,<sup>5</sup> en 1984, aunque el más reconocido y aceptado es el de Waldrom<sup>6</sup>, quien, en 1985 divide a las lesiones fibro-óseas benignas en varias categorías: de desarrollo, reactivas y neoplásicas. Más tarde, en 1995, Slater<sup>7</sup> sugirió algunas modificaciones.

Una variedad del fibroma osificante, es la forma llamada juvenil o agresiva, se da en individuos menores de 15 años, con predilección por el maxilar. El tratamiento es también quirúrgico, teniendo una tasa de recidiva del 30-58%<sup>8</sup>.

El propósito de este trabajo es la presentación de un caso de un paciente varón de 30 años que acude a nuestro servicio donde se encuentra una lesión en la región posterior mandibular izquierda y que radiológicamente se presentaba como un área radiotransparente rodeada por un halo esclerótico. El diagnóstico definitivo tras la exéresis quirúrgica de la lesión fue el de fibroma osificante. Se realiza la presentación del caso junto con una revisión de la literatura.

## CASO CLÍNICO

Paciente varón de 30 años de edad sin antecedentes médicos relevantes ni alergias medicamentosas conocidas, acudió al servicio de urgencias por inflamación y dolor desde hace varios días en la articulación temporomandibular izquierda. En la exploración física no se apreció deformidad ni inflamación a ningún nivel. Así mismo tampoco se observó trismo, bloqueo articular o luxaciones meniscales asociadas. El paciente no refirió haber tenido fiebre o febrícula, y no supo precisar si después de las comidas presentaba un empeoramiento de la sintomatología.

Tras la exploración clínica se le solicitó una tomografía computarizada, en la cual se observó una lesión radiotransparente de 2x1 cm delimitada por un halo esclerótico de 0,5 mm (Figuras 1-3).

En el examen extraoral se apreciaba una ligera tumefacción de la región; intraoralmente se pudo observar un pequeño abombamiento de la cortical vestibular, no así de la lingual. Los dientes adyacentes no presentaban movilidad y la mucosa era así mismo de aspecto normal.

Tras informar al paciente y realizar el consentimiento informado, se solicitó un estudio preoperatorio (analítica, electrocardiograma y radiografía del tórax), siendo éstos normales, por lo que se llevó a cabo la intervención bajo anestesia general.

Se practicó un abordaje extraoral submandibular debido a la cercanía de la lesión a la basal. Tras la incisión, se llevó a cabo una ostectomía y resección de la lesión, introduciéndola en formaldehído al 10 % para su posterior estudio anatomopatológico (Figuras 4-7). Se suturó con sutura no reabsorbible, sin dejar drenaje.

Se le pautó antibiótico de amplio espectro (amoxicilina con ácido clavulánico 875/125 mg 1 cada 8 horas 7 días), antiinflamatorio (diclofenaco sódico 50 mg comenzando los dos primeros días vía rectal, para pasar después vía oral otros dos días más) y por último un analgésico (metamizol magnésico 575 mg 1 cada 8 horas 4-5 días).

El estudio anatomopatológico mostró elementos celulares de tipo fusiforme, dispuestos en haces con calcificaciones amorfas de varios tamaños distribuidas al azar. No se evi-



Figura 1. TAC corte panorámico. Lesión en 3º cuadrante debajo del conducto dentario.

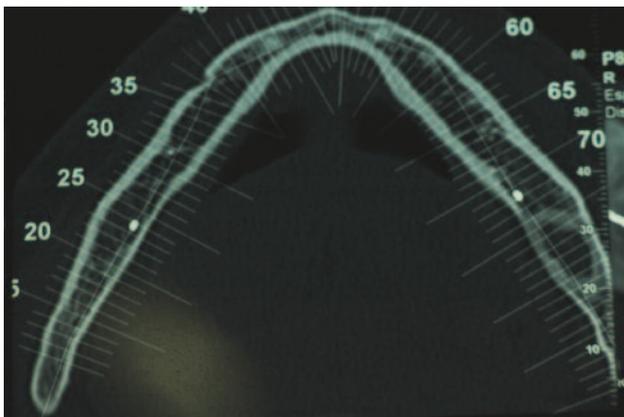


Figura 2. TAC corte axial. Lesión sin expansión de corticales.

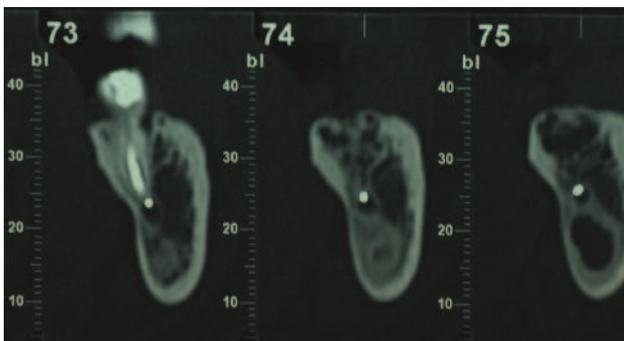


Figura 3. TAC cortes transversales. Lesión radiotransparente con halo esclerótico.

denciaron signos de malignidad en ninguno de los fragmentos remitidos. Todo esto junto con la clínica y la radiología confirmó el diagnóstico de presunción previo a la intervención quirúrgica (Figura 8).

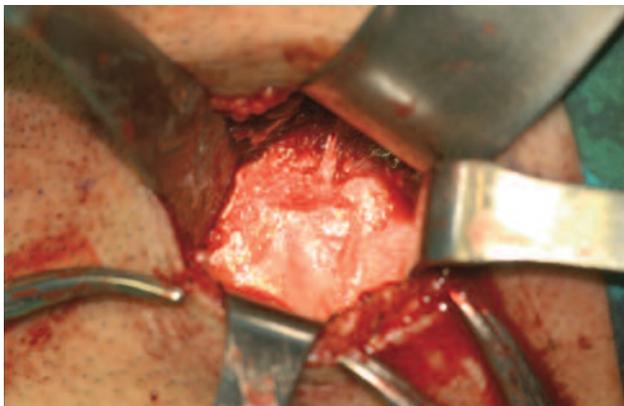


Figura 4. Abordaje externo con exposición de la cortical mandibular.

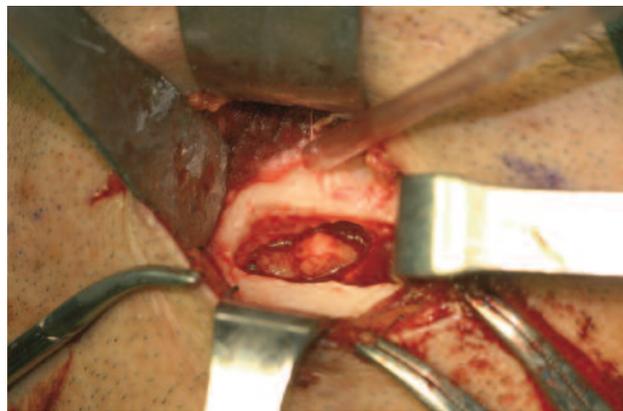


Figura 5. Osteotomía en la que se visualiza la tumoración.

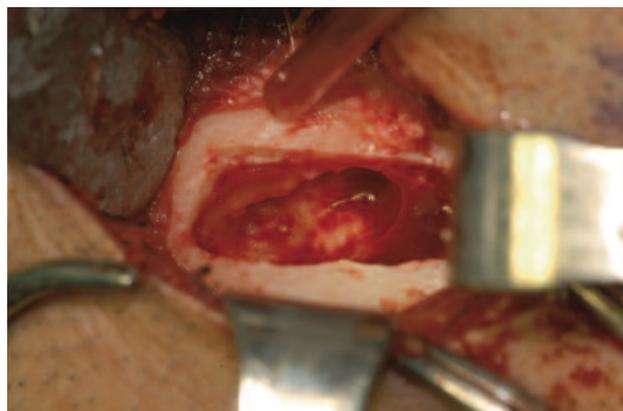


Figura 6. Aspecto de la cavidad tras la resección.



Figura 7. Imagen de la pieza operatoria

Se le revisó al día siguiente y a la semana para la retirada de la sutura, no hallando ninguna incidencia en el postoperatorio (Figuras 9 y 10).

Posteriormente, se realizaron controles clínicos semanalmente, hasta alcanzados los dos meses tras la intervención encontrándose asintomático, por lo que según nuestro protocolo será revisado cada tres meses con un control radiográfico al año de la intervención.

## DISCUSIÓN

La primera vez que fue descrita esta entidad nosológica fue en 1872. En 1927 Montgomery<sup>9</sup> comenzó a utilizar el

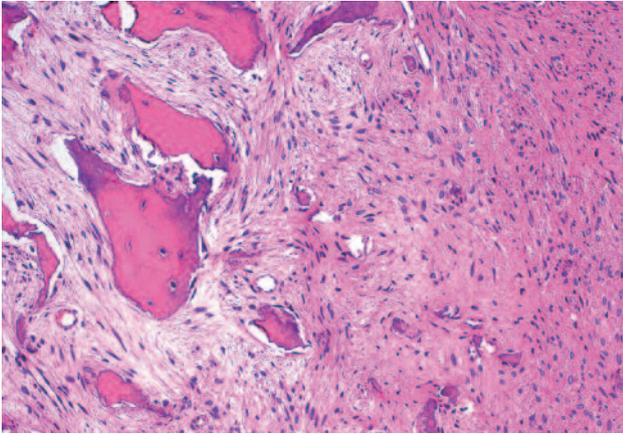


Figura 8. Estudio anatomopatológico con presencia de tejido fibroso y osteoide.

término fibroma osificante, pero no sería hasta 1948 cuando Sternberg y Sherman<sup>10</sup> al hacer una descripción detallada de los aspectos clínicos, radiológicos e histológicos, diferenciándole de la displasia fibrosa.

Ésta es la lesión principal en el diagnóstico diferencial. Radiográficamente, la displasia fibrosa suele aparecer como una imagen difusa y homogénea similar al vidrio esmerilado, patrón radiodenso, mientras que el fibroma osificante es radiotransparente bien delimitada y con un halo esclerótico, bien circunscrito y separado del hueso cortical<sup>11</sup>.

La displasia ósea puede aparecer en tres patrones clínico-radiográfico diferentes, a saber, florido, focal o displasia ósea periapical. Entre las displasias óseas, la displasia ósea focal es un importante diagnóstico diferencial. Se produce con mayor frecuencia en los pacientes durante la cuarta y quinta décadas de la vida y por lo general presenta patrones radiográficos mal definidos. Por otra parte, las lesiones son más pequeñas y afectan con más frecuencia la región periapical<sup>12</sup>.

Además de las lesiones fibro-óseas, otras enfermedades pueden ser incluidas en el diagnóstico diferencial. De hecho, éste depende de las características radiográficas de la lesión. Para las lesiones radiotransparentes, se deberán tener en cuenta quistes odontogénicos, ameloblastomas, lesiones de células gigantes centrales, periodontitis apical crónica y la cavidad idiopática de Stafne. Para las lesiones mixtas, el osteoblastoma, tumor odontogénico calcificante quístico y tumor odontogénico epitelial calcificante deben ser considerados. Por último, en lesiones radiodensas, odontoma complejo, osteoma osteoide, y el osteoblastoma son los principales diagnósticos diferenciales. También puede haber similitud con el cementoblastoma si se produce alrededor de la raíz del diente, sin embargo, éste se fusiona a ella. En los grandes fibromas osificantes, el osteosarcoma puede también considerarse en el diagnóstico clínico-radiológico, ya que éstos afectan a los pacientes en un rango de edad similar<sup>10-12</sup>.

Sciubba y cols.,<sup>13</sup> afirman que el tratamiento del fibroma osificante se basa en una eliminación completa mediante

legrado o la escisión; sin embargo MacDonald-Jankowski<sup>14</sup> aboga por una resección conservadora, no radical, por la baja tasa de recurrencia que presenta. No existe evidencia de que el fibroma osificante pueda transformarse en una lesión maligna.

En cuanto a las publicaciones revisadas en la literatura científica sobre el fibroma osificante<sup>15-32</sup>, se puede observar en relación a la edad y al sexo que esta patología tiene una mayor prevalencia en mujeres entre la tercera y cuarta décadas de la vida, difiriendo nuestro caso ya que trata un varón, aunque está dentro del margen de edad anteriormente citado.



Figura 9. Aspecto del paciente a las 24 horas.



Figura 10. Aspecto de la herida tras la retirada de la sutura.

Dentro de la localización, existen más casos de presentación en mandíbula que en maxilar; y en cuanto a la presentación radiológica de estas lesiones destaca un núcleo radiotransparente con un halo esclerótico que lo rodea, teniendo nuestro paciente ambas características.

El tratamiento de elección, al igual que nuestro caso, es el de la enucleación completa de la lesión. Así mismo, el seguimiento fue muy pobre en casi todos los artículos revisados, y se observó una muy baja tasa de recurrencia.

## CONCLUSIÓN

El fibroma osificante es más frecuente en las mujeres en la cuarta década de la vida y normalmente aparece como

una imagen radiográfica mixta en la mandíbula. El correcto manejo de esta entidad hace imprescindible realizar un diagnóstico diferencial con otras lesiones, siendo clave la correlación entre las características clínicas, histopatológicas y radiológicas; debido a los diferentes tratamientos que cada patología requiere.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Yih WY, Pederson GT, Bartley MH. Multiple familial ossifying fibromas: relationship to the other osseous lesions of the jaws. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989; 68:754-8.
2. DelBaso AM, Werning JT. The role of computed tomography in the evaluation of cemento-osseous lesions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1986; 62:354-7.
3. Pérez-García S, Berini-Aytés L, Gay Escoda C. Fibroma osificante del maxilar: Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2004; 9:333-9.
4. Eversole LR, Leider AS, Nelson K. Ossifying fibroma: a clinicopathologic study of sixty-four cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1985; 60:505-11.
5. Edwards PA, Corio RL. Benign fibro-osseous lesions of the jaws. *Ear NoseThroat J* 1984; 63:383-92.
6. Waldron CA. Fibro-osseous lesions of the jaws. *J Oral Maxillofac Surg* 1985; 43:249-62.
7. Slater LJ. Fibro-osseous lesions. *Oral Maxillofac Surg Knowledge Update* 1995; 1(Part II):33-47.
8. Williams, Mangham C, Speight PM. Juvenile ossifying fibroma. An analysis of eight cases and a comparison with other fibro-osseous lesions. *J Oral Pathol Med* 2000; 29:13-8.
9. Montgomery AH. Ossifying fibroma of the jaw. *Arch Surg* 1927; 15:30-44.
10. Sherman RS, Sternbergh WC. The roentgen appearance of ossifying fibroma of bone. *Radiology* 1948; 50(5):595-609.
11. De Vicente Rodríguez JC, González Méndez S, Santamaría Zuazua J, Madrigal Rubiales B. Tumores no odontogénicos de los maxilares: clasificación, clínica y diagnóstico. *Med Oral* 1997; 2:83-93.
12. Slootweg PJ, Müller H. Differential diagnosis of fibro-osseous jaw lesions. A histological investigation on 30 cases. *J Cranio-Max Fac Surg* 1990; 18:210-4.
13. Sciubba JJ, Younai F. Ossifying fibroma of the mandible and maxilla: review of 18 cases. *J Oral Pathol Med* 1989; 18:315-21.
14. MacDonald-Jankowski DS. Cemento-ossifying fibromas in the jaws of Hong Kong Chinese. *Dentomaxillofac Radiol* 1998; 27:298-304.
15. Bradley ES, Leake D. Ossifying fibroma involving the maxilla and mandible. Report of a case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1968; 26 (5):605-14.
16. Zacharides N, Vairaktaris E, Papanicolaou S, Triantafyllou D, Papavassiliou D, Mezitis M. Ossifying fibroma of the jaws. Review of the literature and report of 16 cases. *Int J Oral Surg* 1984; 13 (1):1-6.
17. Takeda Y, Fujioka Y. Multiple cemento-ossifying fibroma. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1987; 16 (3):368-71.
18. Hauser MS, Freije S, Payne RW, Timen S. Bilateral ossifying fibroma of the maxillary sinus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989; 68 (6):759-63.
19. Khanna JN, Andrade NN. Giant ossifying fibroma. Case report on a bimaxillary presentation. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1992; 21 (4):233-5.
20. Parvizi F, Rout PG. An ossifying fibroma presenting as Stafne' sidiopathic bone cavity. *Dentomaxillofac Radiol* 1997; 26 (6):361-3.
21. Hwang EH, Kim HW, Kim KD, Lee SR. Multilpecemento-ossifying fibroma: report of an 18-year follow-up. *Dentomaxillofac Radiol* 2001; 30 (4):230-4.
22. Bertolini F, Caradonna L, Bianchi B, sessenna E. Multiple ossifying fibromas of the jaws: a case report. *J Oral Maxillofac Surg* 2002; 60 (2):225-9.
23. Barberi A, Cappabianca S, Colella G. Bilateral cemento-ossifying fibroma of the maxillary sinus. *Br J Radiol* 2003; 76 (904): 279-80.
24. Mintz S, Velez I. Central ossifying fibroma: an analysis of 20 cases and review of the literature. *Quintessence Int* 2007; 38 (3):221-7.
25. Stergiou GC, Zwahlen RA, Grätz KW. Multiple cemento-ossifying fibromas of the jaw: a very rare diagnosis. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 2007; 117 (3):236-44.
26. Chang CC, Hung HY, Chang JY, Yu CH, Wang YP, Liu BY, Chiang CP. Central ossifying fibroma: a clinicopathologic study of 28 cases. *J Formos Med Assoc* 2008; 107(4):288-94.
27. Chindia ML, Dimba EA, Moshy J, Limo A, Otwoma JG, Guthua SW. Synchronous occurrence of ossifying fibroma of the mandible and maxilla: a case report. *Dent Update* 2008; 35(10):705-7.
28. Maeso-Plaza AM, Gómez-Ullate Alvear J, Ortega del Alamo P. Ossifying fibroma of the mastoid area. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2009; 60(2):146-7.
29. Ribeiro AC, Carlos R, Díaz KP, Gouvêa AF, Vargas PA. Bilateral central ossifying fibroma affecting the mandible: report of an uncommon case and critical review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2011; 111(2):21-6.
30. Akcam T, Altug HA, Karakoc O, Sencimen M, Ozkan A, Bayar GR, Gunhan O. Synchronous ossifying fibromas of the jaws: a review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2012; 114(5):120-5.
31. Triantafillidou K, Venetis G, Karakinaris G, Iordanidis F. Ossifying fibroma of the jaws: a clinical study of 14 cases and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2012; 114(2):193-9.
32. Yoshimura H, Ohba S, Nakamura M, Sano K. Mandibular reconstruction using iliac bone and great auricular nerve grafts and oral rehabilitation using osseointegrated implants in a patient with a large ossifying fibroma: a 10-year follow-up study. *J Oral Maxillofac Surg* 2013; 71(12):2176-88.