

# Fibroma osificante juvenil: reporte de un caso

Olga Lucía Cañón Jaime, OD\*

Martha Juliana Rodríguez Gómez, OD\*

## Resumen

El fibroma osificante juvenil se considera una neoplasia fibro-ósea benigna, de crecimiento rápido, más comúnmente diagnosticada en edades entre los cinco y los quince años. Su presentación es más frecuente en el maxilar que en la mandíbula, aunque se localiza principalmente en los huesos orbitales, frontales y paranasales. Aún existe controversia en la clasificación histológica y en su tratamiento debido, tal vez, a la baja incidencia registrada. Sin embargo, hay acuerdo en realizar un seguimiento cercano por la alta probabilidad de recurrencia. Se describe el caso de una niña de dos años de edad, quien presentó un fibroma osificante juvenil en el maxilar inferior que involucró varios gérmenes dentarios. [Cañón OL, Rodríguez MJ. Fibroma osificante juvenil: reporte de un caso. *MedUNAB* 2003; 6(17):102-106].

**Palabras clave:** Fibroma osificante juvenil, neoplasia fibro-ósea, mandíbula.

## Introducción

Las lesiones fibro-ósicas de los maxilares han sido clasificadas en diversas categorías desde hace más de 100 años.<sup>1</sup> El fibroma osificante es un tumor benigno de los maxilares de crecimiento lento, bien circunscrito; contiene focos calcificados trabeculares y esferoidales semejantes al hueso y al cemento.<sup>1,2</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud, el fibroma osificante se encuentra incluido dentro de las neoplasias osteogénicas y el término juvenil se usa por afectar principalmente a personas por debajo de los 15 años de edad. Este tumor es usualmente asintomático, de gran tamaño, exhibe un comportamiento agresivo, produce una destrucción significativa del hueso comprometido y presenta gran tendencia a la recurrencia de un 30 a 58%.<sup>3,4</sup> Es de difícil diagnóstico tanto para el clínico como para el patólogo ya que presenta gran similitud con otras patologías. Debe diferenciarse de otras lesiones como los quistes óseos aneurismales, que también se presentan en pacientes jóvenes, y los quistes óseos calcificantes.<sup>3</sup> Por lo tanto, el diagnóstico diferencial de otras lesiones fibro-ósicas se basa fundamentalmente en la naturaleza del producto calcificado del tumor.<sup>5,6</sup>

El tratamiento de estas lesiones ha sido controvertido. Con frecuencia se remueve por enucleación o por curetaje; otra alternativa es la resección en bloque.<sup>5</sup> No ha sido registrada la transformación maligna del tumor.<sup>7</sup>

El objetivo de este artículo es presentar el caso clínico de una paciente con Fibroma Osificante Juvenil para resaltar la importancia del diagnóstico temprano de estas lesiones agresivas y del tratamiento oportuno. Así mismo, alertar a los clínicos sobre la necesidad del trabajo multidisciplinario.

## Informe del caso

El 19 de junio de 2001 se recibe un paciente de género femenino con dos años y medio de edad, para valorar la deformidad facial por masa a nivel mandibular, de más o menos veinte días de evolución según su familia, sin antecedentes médicos importantes.

En el examen clínico se observó una tumefacción en la región de la sínfisis mandibular extendida al cuerpo mandibular izquierdo, crepitante en tabla vestibular y región parasinfisiaria izquierda con deformidad de contorno y elongación de la basal mandibular, asintomática; sin compromiso sensitivo (figura 1). Intraoralmente se observó borraramiento del surco vestibular, abombamiento de la cortical vestibular sin fístulas ni drenajes intra ni extraorales; sin adenopatías cervicales, ni cambios en el plano oclusal.

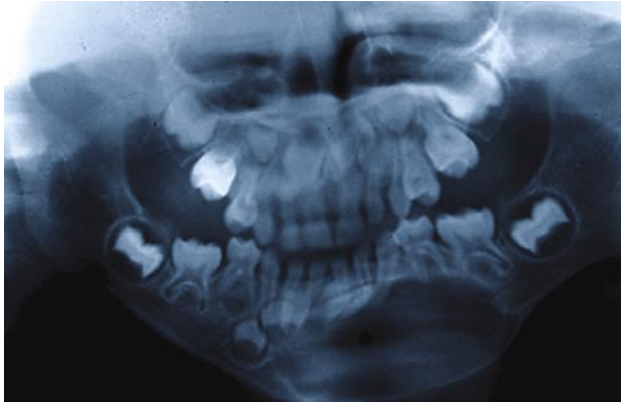


**Figura 1.** Paciente de dos años y medio de edad que presenta notoria asimetría facial.

\* Docente, Facultad de Odontología, Universidad Santo Tomás, Bucaramanga, Colombia.

**Correspondencia:** Dra. Cañón, Calle 49 No. 36 – 23 local 20, Bucaramanga, Colombia. E mail: olluca17@yahoo.com

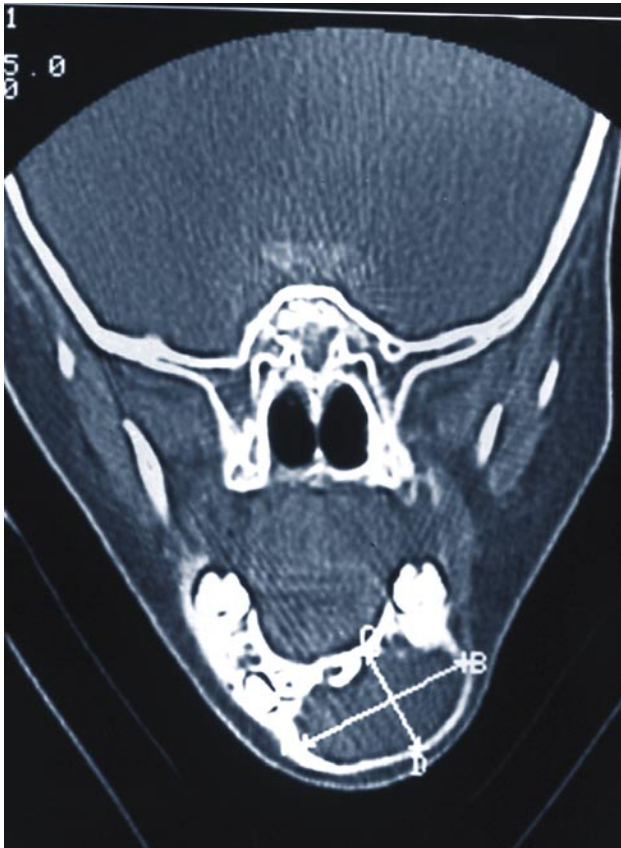
Artículo recibido: 27 de abril de 2003; aceptado: 2 de julio de 2003.



**Figura 2.** Radiografía panorámica en la que se observa una imagen radiolúcida en la región mandibular izquierda.

El análisis de la radiografía panorámica evidenció una imagen radiolúcida multilobulada bien definida, un desplazamiento de las raíces de los dientes temporales sin reabsorción radicular y la presencia de los gérmenes permanentes dentro de la luz de la lesión quística (figura 2).

El diagnóstico diferencial, inicialmente incluía un quiste maxilar inferior, un fibroma ameloblástico o una enfermedad fibro ósea.



**Figura 3.** Tomografía axial que muestra una lesión que compromete la sínfisis y el cuerpo mandibular izquierdo.

Para clarificar el diagnóstico se ordenó una tomografía sin contraste de mandíbula con cortes axiales y coronales de 5 mm de espesor. Se observaron lesiones de contornos regulares, bien definidas, de densidad homogénea, que comprometían la sínfisis y el cuerpo mandibular izquierdo expandiendo las corticales, por lo que se concluye que es una lesión mandibular de tipo quístico (figura 3).

El 29 de junio se llevó a cirugía donde se realizó una biopsia por aspiración dejando instalado un dren para descompresión (marsupialización). Se realizó la exodoncia del primer molar inferior izquierdo (figura 4).

El resultado de la citología es negativo respecto de malignidad, el líquido aspirado se caracterizó por su constitución de fondo proteináceo hemorrágico, con predominio linfocitario y de células mononucleares. Ausencia de células epiteliales.

Durante 84 días se realizó el control clínico y radiográfico con lavados de solución salina al 0.9% por el dren; inicialmente, en los primeros 60 días se obtuvo un líquido de aspecto sanguinolento. Posteriormente se obstruyó el dren por detritos de aspecto óseo gelatinoso.

El 20 de octubre de 2001, la paciente fue sometida a un nuevo procedimiento quirúrgico en el que se practicó curetaje óseo mandibular con la remoción de dos gérmenes permanentes (canino inferior izquierdo y primer premolar inferior izquierdo) incluidos en la luz de la lesión. Durante el acto quirúrgico se observó la integridad, con desplazamiento del paquete vasculonervioso. Se realizó curetaje con una extensión de 0.5 cm. y se envió a patología para confirmar el diagnóstico patológico (figura 5).

La histopatología informó un proceso neoplásico benigno, de origen mesenquimal, confirmado por abundante tejido fibroconectivo, con múltiples células fusiformes de núcleos alargados y citoplasma eosinófilo, con trabéculas de hueso inmaduro, circundado por células gigantes de tipo osteoclástico. Sugiere un fibroma osificante activo juvenil vs. displasia fibrosa monostótica, sin evidencia de



**Figura 4.** Dren para descompresión. Se observa la ausencia del 74.



**Figura 5.** Radiografía panorámica posterior al procedimiento quirúrgico en que se practicó un curetaje óseo mandibular con la remoción de dos gérmenes dentales permanentes (33 y 34) incluidos en la luz de la lesión.



**Figura 6.** Último control radiográfico realizado en enero de 2003. Se pueden observar algunas zonas de neoformación ósea.

malignidad. Infortunadamente, no fue posible obtener la foto de la histopatología de la lesión.

En el control radiográfico, en enero de 2003, se evidencia neoformación ósea, aumento de grosor de la basal mandibular sin extensión de la lesión, lo cual indica en esa fecha un proceso reparativo no recidivante (figura 6).

A la fecha, la niña ha evolucionado bien; es evaluada cada tres meses. Requerirá varios controles clínicos y radiográficos para descartar la recidiva e instaurar un tratamiento dental que está dirigido a la rehabilitación de los gérmenes perdidos (figura 7).

## Discusión

El fibroma osificante juvenil es una lesión controversial en cuanto a su denominación, hallazgos histopatológicos y plan de tratamiento, posiblemente por los pocos casos registrados en la literatura. Los hallazgos clínicos, radiográficos e histológicos del presente caso coinciden con los encontrados en la literatura.<sup>3-17</sup> La mayoría de los casos se presentan en el maxilar superior, senos paranasales, huesos fronto-etmoidales y órbita; la incidencia de casos en el maxilar inferior es escasa;<sup>3-6, 8, 9</sup> éste es uno de ellos.

Tampoco es muy claro el género en que más se presenta la lesión; Halkias y cols han reportado que se observa

más comúnmente en niños<sup>3</sup> y Leimola-Virtanen y cols en niñas.<sup>5</sup>

El tumor ocurre predominantemente en la población infantil (el 70% de los casos se presentan en personas menores de quince años).<sup>1, 3, 5</sup> El patrón de crecimiento es agresivo, a diferencia del fibroma osificante, de crecimiento más lento y de una mayor incidencia en adultos. Es un tumor usualmente asintomático, como en este caso; el primer signo clínico es la tumefacción mandibular.<sup>6,18</sup> Se considera que los casos reportados en la mandíbula se desarrollan a partir de las células del ligamento periodontal y su localización usual es la zona premolar y molar.<sup>1, 5, 14</sup>

Radiográficamente, la demarcación se observó bien definida. Este rasgo es muy importante para el diagnóstico diferencial, con displasia fibrosa. La radiolucidez de la lesión puede variar según el grado de maduración y calcificación.<sup>18-20</sup> Es interesante anotar que en este caso se encontraron dos gérmenes permanentes en la luz quística, en contraste con lo descrito en otros reportes en los que los gérmenes se encuentran desplazados.<sup>3, 5, 6, 10</sup>

Otra entidad que debe incluirse en el diagnóstico diferencial es el quiste óseo aneurismático que también se presenta en pacientes jóvenes. Su patrón de crecimiento es rápido, suele afectar la mandíbula más que el maxilar y causa expansión ósea. Histológicamente, también se encuentran células gigantes de tipo osteoclasto. Sin embargo, los pacientes usualmente presentan dolor a medida que la lesión se expande.<sup>3, 21</sup> El diagnóstico definitivo se obtuvo a partir de las características presentadas por la paciente y del análisis de las ayudas diagnósticas. Los datos que coincidieron con el fibroma osificante juvenil, además de la histopatología, eran la edad de la paciente, la localización del tumor, su comportamiento agresivo, su presentación asintomática y el patrón radiográfico (tabla 1).



**Figura 7.** Último control clínico realizado en enero de 2003.

**Tabla 1.** Diagnóstico diferencial del Fibroma Osificante Juvenil.

Características patología	Edad y género	Hallazgos clínicos	Hallazgos radiológicos	Localización	Hallazgos histopatológicos
Fibroma Osificante Juvenil	Primeras dos décadas de la vida. Se presenta tanto en hombres como en mujeres.	Crecimiento rápido. Asintomático. Asimetría facial. De acuerdo con su localización puede producir exoftalmos, obstrucción nasal, problemas oculares y proptosis.	Márgenes regulares y bien definidos. Forma ovoide o circular. Áreas de radiolucidez y algunas pequeñas zonas de radioopacidad.	Más frecuente en senos paranasales, órbita, maxilar y huesos fronto-etmoidales que en mandíbula.	Proliferación rica en células, colágeno inmaduro, tejido celular osteoide inmaduro y células gigantes multi-nucleadas.
Displasia Fibrosa	Inicia en los primeros años de vida pero se manifiesta en la adolescencia y adultez. Más frecuente en mujeres que en hombres.	Crecimiento lento. Asintomático. <i>Monostótica</i> : Afecta sólo un hueso. <i>Poliostótica</i> : Lesiona más de un hueso. Puede ser sintomático si la lesión es grande.	Bordes irregulares y difusos. Grados variables de radiolucidez y radio-pacidad.	Huesos del esqueleto craneofacial. Más frecuente en el maxilar que en la mandíbula.	Variedad de patrones, campos de predominio colagenoso y osteoides, otros completamente osificados y calcificados.
Quiste Óseo Aneurismático	Personas jóvenes.	Crecimiento rápido. Sintomático. Expansión ósea.	Márgenes bien definidos.	Más frecuente en huesos largos que en maxilares. En huesos del esqueleto craneofacial afecta más la mandíbula que el maxilar.	Espacios vasculares notables con pruebas de hemorragia y trombosis antiguas. No tiene recubrimiento epitelial.

En la literatura se ha registrado que estas lesiones pueden ser removidas por recesión radical o por recesión local (curetaje).<sup>5, 7, 9, 12, 13, 20</sup> Los datos disponibles indican que todos los pacientes han sido curados de su tumor aunque algunas veces se requirieron dos o más intentos quirúrgicos por la recurrencia de éste.<sup>12</sup> Debido a que no hay diferencia en el resultado entre los pacientes tratados de una manera más conservadora con los pacientes tratados de una manera más agresiva, se considera apropiado un tratamiento inicial conservador.<sup>7, 5, 12, 18</sup> En este caso se prefirió el tratamiento conservador, curetaje, por la corta edad de la paciente, para esperar un poco más de crecimiento y lograr mayor soporte óseo a este nivel y para interferir lo menos posible con el crecimiento y el desarrollo normal de la paciente.

También se ha registrado un alto grado de recurrencia<sup>3, 4</sup> que se puede atribuir por la dificultad en la recesión completa debido a la localización de la lesión y a la naturaleza infiltrativa de sus bordes.<sup>15, 16</sup> Por lo tanto, los pacientes deben seguir varios años en observación y control.

Aunque este tipo de tumor tiene un buen pronóstico en niños, el diagnóstico tardío conlleva a cirugías mutilantes.

La demora en el tratamiento algunas veces se debe a la ignorancia de los padres, al mal servicio en los centros de salud primarios especialmente en las áreas rurales, diagnósticos errados y falla del personal de salud en hacer las remisiones a tiempo. Es necesario recalcar la importancia de un diagnóstico temprano de este tipo de patologías para que su remisión y manejo sea el adecuado, evitando así tratamientos agresivos.

## Agradecimientos

Las autoras deseamos expresar nuestro agradecimiento al Dr. Carlos Ernesto Rueda Torres por su valiosa colaboración en la preparación del presente artículo.

## Summary

**Juvenile ossifying fibroma: a case report.** Juvenile ossifying fibroma is a rapidly growing benign fibro-osseous neoplasm most commonly seen in patients between 5 to 15 years of age. The maxilla is more frequently involved than the mandible is it. Considerably controversy exists in the histological classification, as well as, on the treatment of this tumor because of the small number of reported cases. Because of the potentiality

for recurrence, a closer follow-up is indicated. A case of a little girl with juvenile ossifying fibroma is presented.

**Key words:** Juvenile ossifying fibroma, fibro-osseous neoplasm, mandible.

## Bibliografía

1. Kiubba JJ, Younai F. Ossifying fibroma of the mandible and maxilla: review of 18 cases. *Oral Pathol* 1989; 18:315-21.
2. Rodríguez JC, González S, Santamaría J, Madrigal B. Tumores no odontogénicos de los maxilares: clasificación, clínica y diagnóstico. *Medicina oral* 1997; 2:83-93.
3. Halkias L, Larsen P, Allen C, Steinberg M. Rapidly growing, expansile mass of the mandible in a 6-year-old boy. *J Oral Maxillofac Surg* 1998; 56: 866-71.
4. Eisenberg E, Eisenbud L. Benign fibro-osseous diseases. Current concepts in historical perspective. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 1997; 9:551-62.
5. Leimola-Virtanen R, Vähätalo K, Syrjänen S. Juvenile active ossifying fibroma of the mandible: a report of 2 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2001; 59:439-44.
6. Wiedenfeld K, Neville B, Hutchins A, Bell R, Brock T. Juvenile ossifying fibroma of the maxilla in a 6 year old male: case report. *Ped Dent* 1995; 17:365-7.
7. 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; 93:296-304.
8. Walter JM, Terry BC, Small EW, Matteson RR, Howell RM, Hill C. Aggressive ossifying fibroma of the maxilla: review of the literature and report of case. *J Oral Surg* 1979; 37:276-86.
9. Bakon M, Tadmor R, Bendet E, Talmi Y, Kronenberg J. Juvenile cemento-ossifying fibroma of the maxilla. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1997; 106:75-8.
10. MachIntosh R. Juvenile ossifying fibroma. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 1997; 9:713-20.
11. Terry B. Aggressive juvenile ossifying fibroma. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 1997; 9: 751-763.
12. Slootweg PJ, Müller H. Juvenile ossifying fibroma. Report of four cases. *J Cranio Max Fac Surg* 1990; 18: 125-129.
13. Reaume C, Schmid R, Weley R. Aggressive ossifying fibroma of the mandible. *J Oral Maxillofac Surg* 1985; 43:631-5.
14. Eversole L, Leider A, Nelson K. Ossifying fibroma: A clinicopathologic study of sixty four cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1985; 60:505-11.
15. Slootweg PJ, Panders AK, Koopmans R, Nikkels PG. Juvenile ossifying fibroma. An analysis of 33 cases with emphasis on histological aspects. *J Oral Pathol Med* 1994; 23:385-8.
16. Williams HK, 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.
17. Slootweg PJ, Müller H. Differential diagnosis of fibro-osseous jaw lesions. *J Cranio Max Fac Surg* 1990; 18:210-4.
18. Bakon M, Tadmor R, Talmi Y, Kronenberg J, Bender E. Juvenile cemento ossifying fibroma of the maxilla. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1997; 106:75-8.
19. Regezi JA, Scuibba JJ. *Oral Pathology: Clinical-Pathologic correlations*. 2 ed. Philadelphia, PA, Saunders, 1993.
20. Eversole L. Craniofacial fibrous dysplasia and ossifying fibroma. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 1997; 9:625-42.
21. Brightman VJ. Tumores benignos de la cavidad bucal incluyendo crecimientos gingivales. En: Lynch MA. *Medicina bucal de Burket. Diagnóstico y Tratamiento*. México. Interamericana, 1986: 319.