

Presentación

de casos clínicos

Extirpación de fibroma osificante mandibular y reconstrucción simultánea

Ricardo Morales Latorre *

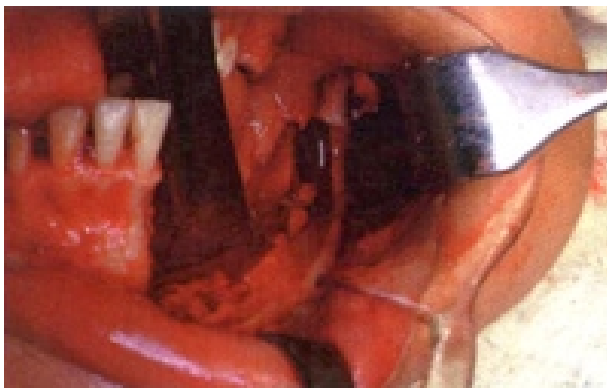


Figura 1. Tumor resecado. Zona a reconstruir.

* Cirujano Maxilofacial Fundación Oftalmológica de Santander
Clínica Carlos Ardila Lülle (FOS - CAL)
Correspondencia: E-mail: ricardo@b-manga.cetcol.net.co

Resumen

El fibroma mandibular es un tumor que se presenta con una baja incidencia, sin embargo debido a su comportamiento biológico puede generar grandes secuelas funcionales y cosméticas en la región de la cara. Esta neoplasia puede crecer ampliamente antes de generar síntomas o signos visibles, permitiendo su extensión amplia en el hueso maxilar inferior. Estas características obligan a tratamientos quirúrgicos extensos que finalmente producen los resultados previamente mencionados.

La técnica quirúrgica descrita en este artículo disminuye las secuelas, permitiendo una rehabilitación para el paciente mucho más rápida y generando menor daño cosmético.

Palabras Clave

Fibroma, Neoplasmas Maxilares, Reconstrucción, Osteosíntesis, Titanio.



Figura 2. Reconstrucción con placa de titanio e injerto autólogo de la cresta iliaca.



Figura 3. Cavidad oral. post operatorio 8 semanas. Injerto integrado, mucosa cicatrizada. Estabilidad mandibular.



Figura 4. Post operatorio 8 semanas. Adecuado contorno facial.

INTRODUCCION

Se presenta un caso de Fibroma Osificante Mandibular en el cual se realizó un procedimiento de reconstrucción inmediata del maxilar inferior que evitó la necesidad de procedimientos adicionales. Se previno igualmente la deformidad facial y la rehabilitación fue más rápida que con los procedimientos convencionales .

REPORTE DEL CASO

Paciente mujer de 25 años de edad sin antecedentes de importancia, que consulta por dolor leve a nivel de maxilar inferior de 12 meses de evolución, aumentado en los últimos tres meses. Se evidencia expansión de tablas óseas interna y externa de maxilar inferior, siendo mas notoria la última, sin movilidad de dientes mandibulares, ni cambios en sensibilidad de labio inferior, mucosa oral normal, no infiltrada, ni adenopatías submaxilares. Se solicitó radiografía panorámica en la que se observa lesión radiolúcida en forma de elipse que compromete el cuerpo mandibular con zonas radiopacas dentro de misma, que reabsorbe las raíces del primer premolar y segundo molar inferior aunque se preserva el borde inferior del maxilar inferior, se solicitó tomografía axial computarizada con medio de contraste y se tomó biopsia incisional, cuyo resultado fue compatible con fibroma osificante concordando la clínica y la histopatología.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Se realizó abordaje intraoral con incisión de Newman, en mucosa interna y externa, en la última se inició en borde anterior de rama mandibular izquierda prolongándola hasta molares inferiores del lado opuesto, se encontró erosión de tabla ósea externa a causa del tumor, se demarcaron los bordes de resección ósea, se adaptó la placa de reconstrucción de titanio fijándola con tornillos del mismo material de 2.7 mm de diámetro, respetando el contorno mandibular, se removió la placa y los tornillos y se procedió a completar la resección, desde el incisivo lateral izquierdo hasta el ángulo mandibular, sin comprometer el borde inferior del maxilar inferior, una vez establecido el defecto óseo mandibular se tomó injerto autólogo bicortical de cresta iliaca y se adaptó al defecto, se colocó nuevamente la placa de reconstrucción y se fijó el injerto con tornillos, suturando la mucosa oral por planos. No se utilizó fijación intermaxilar.

La paciente no presentó complicaciones postoperatorias, presentándose adecuada consolidación del injerto.

DISCUSION

El fibroma osificante es un tipo de neoplasia que se define como lesión bien definida y encapsulada compuesta de tejido fibroso y que contiene cantidades variables de material mineralizado, hueso y cemento amorfo, se presenta comúnmente entre la tercera y cuarta década de la vida. Raramente se presenta en jóvenes; existe un tipo de fibroma osificante juvenil de características locales mas agresivas, el 70 a 80 % se presentan en mandíbula y específicamente en la región de premolares aunque puede aparecer en le maxilar superior,

se puede extender hasta la rama mandibular o el lado opuesto expandiendo y erosionando corticales, su crecimiento es lento y existe predisposición en las mujeres. Este tumor identificado en personas jóvenes es benigno y existen evidencias que se origina en el ligamento periodontal ¹⁻³.

La biotecnología ha contribuido en el desarrollo de materiales mas biocompatibles como el titanio, mejores defectos y mayor resistencia a la compresión y a la torsión, diseñando placas de reconstrucción más funcionales y delgadas, se ha logrado una mejor comprensión de la fisiología y biomecánica de la regeneración ósea. ¹

Aunque se pueden presentar complicaciones con esta técnica, cuyas más comunes son dehiscencias e infección se ha probado que el procedimiento ofrece ventajas comparativas al realizarse en un solo tiempo quirúrgico. ⁶

El método de extirpación y reconstrucción simultanea tiene múltiples ventajas:

- * Se evita un segundo procedimiento quirúrgico
- * Se logra restablecer el contorno fácil en forma inmediata evitando colapso de tejidos blandos.
- * La estabilidad del injerto que se logra al utilizar la placa de reconstrucción facilita la osteoinducción
- * No requiere fijación intermaxilar lo que disminuye la morbilidad del procedimiento
- * Permite que el paciente restablezca rápidamente sus actividades laborales

* Permite la rehabilitación del paciente por medio de la colocación de implantes durante el procedimiento o diferido.

Existe otra posibilidad que es utilizar hueso de banco congelado sin embargo esta técnica requiere también tomar injerto de cresta ilíaca ⁴

SUMMARY

Mandibular Fibromas is a tumor of low incidencey Nevertheless because of its biological behavior it can cause a great deal of cosmetic and functional secuelae to the patients face. This neoplasm can grow widely before becoming sintomatic or generating visible signs by its wide extension into the inferior maxila. These characteristics lead to big cirurgical procedures that will finaly produce the results previously mentioned. The cirurgical procedure described in this article reducen the secuela allowing a much faster rehabilitation of the patient with legs cosmetic damage.

BIBLIOGRAFIA

1. Ardary W. Recostruction of Mandibular Discontinuity Defects Using Autogenous Grafting and a Mandibular Reconstruction Plate. 51:125, 1993
2. Markek M. So-called Fibro osseous lesions of tumorous origin: Biology confronts terminology: J Craniomaxillofac Surg 13: 154, 1987
3. Marx R. Philosophy and particulars of Autogenous bone grafting. Oral Maxillofac Surg Clin5:599, 1993
4. Shakoda S, Shiba R, Irino S. Immediate Reconstruction of the mandible in a Patient with Ossifying Fibroma by Replataion of the Resected Segment After Freezing. J Oral Maxillofac Surg 50:521, 1992
5. Tidstrom KD, Keller EE: Reconstruction of Mnadibular Discontinuity with Autogenous iliac bone graft. J Oral Maxillofac Surg 48:336, 1991
6. Waldron Ch. Fibro-osseous Lesions of the Jaws. J Oral Maxillofac Surg 51:828, 1993