



# magazine<sup>®</sup> DENTAL

REVISTA DE ODONTOLOGÍA Y PRÓTESIS DENTAL

MAGAZINE DENTAL: PUAN 699 PISO 4° DTO. C (C1406CQM) CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES ARGENTINA

AÑO 18 # 59 4º TRIMESTRE DICIEMBRE 2021 / ENERO - FEBRERO 2022 C.A.B.A. REPÚBLICA ARGENTINA EJEMPLAR LEY 11.723 ISSN 1850-9940



**KANDINSKY.** según **md** magazine  
DENTAL

■ **AMANN GIRRBACH:** ARTICULADOR ARTEX, EL PRODUCTO DE REFERENCIA PARA UNA PRÓTESIS PRECISA.

■ **ORTOTEK:** VOLVIERON LAS PINZAS SIKANDER.

■ **AMANN GIRRBACH:** ACTUALIZACIÓN DEL SOFTWARE CERAMILL PARA UNA EFICIENCIA Y UNA CLARIDAD MAYORES.

■ **ORTHODENT:** MAJESTY CERAMIC, NUEVO BRACKET CERÁMICO AUTOLIGABLE.

■ **AMANN GIRRBACH:** SOFTWARE CERAMILL, ESCANEADO DE ALTA VELOCIDAD CON UNA PRECISIÓN MÁXIMA.

■ **GESTIÓN ODONTOLÓGICA:** MARKETING DENTAL ¿TU NECESIDAD O LA DEL PACIENTE? POR EL DR. CRISTIAN KULZER.

■ **LIBROS:** LANZAMIENTOS EDITORIALES DE 2022 EN PREVENTA Y LOS LIBROS QUE ELIGEN LOS PROFESIONALES

■ **IMPLANTOLOGÍA ORAL:** IMPLANTES CERÁMICOS POR EL DR. GABRIEL BERNHARDT.

■ **CIRUGÍA ORAL:** FIBROMA OSIFICANTE CENTRAL EN MAXILAR SUPERIOR CON ORIGEN EN LA PERSISTENCIA DE RESTOS RADICULARES RETENIDOS POR EL DR. ANGEL MAGLIOCCO.

■ **ORTOPEDIA MAXILAR:** LA RESPIRACIÓN EN NEUROPSIQUIATRÍA Y ODONTOLOGÍA POR LA OD. NOEMÍ FORMENTO DE SIVAK.

■ **UNIVERSIDAD DE CHILE:** DESARROLLAN UN MEDICAMENTO PARA PREVENIR LAS CARIES



Por el Od. Dr.

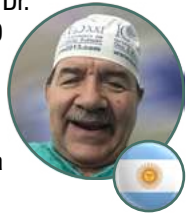
**ANGEL ALBERTO MAGLIOCCO**

Odontólogo,

Cirujano Bucomáxilofacial,

de Cara y Cuello

Argentina

**TUMOR BENIGNO**

# FIBROMA OSIFICANTE CENTRAL EN MAXILAR SUPERIOR CON ORIGEN EN LA PERSISTENCIA DE RESTOS RADICULARES RETENIDOS.



**RESUMEN:** EL FIBROMA OSIFICANTE CENTRAL (FIBROMA CEMENTIFICANTE / FIBROMA CEMENTO OSIFICANTE), ES UN TUMOR BENIGNO ÓSEO, BIEN DELIMITADO, SE LOCALIZA EN LOS MAXILARES, AUNQUE SE PUEDE PRESENTAR EN LOS HUESOS ORBITAL, FRONTAL, PARANASAL Y TEMPORAL. <sup>(1)</sup>

**PALABRAS CLAVES:** FIBROMA OSIFICANTE. FIBROMA CEMENTIFICANTE. FIBROMA CEMENTO OSIFICANTE. NEOPLASIA BENIGNA. TUMOR BEGNINO.

**CASO CLINICO**

**P**aciente femenina de 27 años que se presenta a la consulta con una LESIÓN NODULAR circunscrita al sector que afecta el MAXILAR INDURADO, REMITENTE y EDEMATIZADO.

Clínicamente se lo puede confundir con un BOTRIOMI-COMA o con un GRANULOMA PIÓGENO. (FOTO 1)

**INTRODUCCIÓN**

**E**L FIBROMA OSIFICANTE CENTRAL es un tumor óseo benigno incluido en las lesiones fibroósseas que se caracterizan por el reemplazo de la arquitectura ósea normal, por fibroblastos, tejido fibroso y cantidades de tejido mineralizado. <sup>(1)</sup>

El FIBROMA OSIFICANTE CENTRAL se caracteriza por presentar un crecimiento y

01





una tumefacción deformante, principalmente cuando invade las cavidades seno maxilar y la fosa pterigomaxilar. Presenta una evolución lenta, con una incidencia mayor en la mandíbula. <sup>(2)</sup>

**FIBROMA OSIFICANTE:** tumor caracterizado por elementos fibroblásticos, asociados a formaciones de TRABÉCULAS (cada una de las pequeñas prolongaciones óseas entrecruzadas que forman una malla ósea y que limitan, compartimentando, las cavidades medulares del tejido esponjoso) RETICULARES, sin relación con el hueso vecino. Su etiología corresponde a una lesión libro ósea de origen en el periodonto, se lo consideraba un tumor odontogénico. <sup>(4)</sup>

La nueva clasificación de la OMS, lo considera un tumor óseo. PINBORG definió cuatro tipos: inmaduro, moderadamente maduro, maduro y ebúrneo. <sup>(5)</sup>

Se manifiesta con más frecuencia en la MANDÍBULA que en el MAXILAR SUPERIOR, localizado preferentemente en la REGIÓN MOLAR 52% o premolar en el 25%, es más comúnmente diagnosticada, en mujeres 5:1, entre la tercera y cuarta década de la vida. 1-5.

Clínicamente las lesiones pequeñas cursan con ausencia de sintomatología. En las lesiones de mayor tamaño, se evidencia el aumento de volumen con ASIMETRÍA FACIAL,

de crecimiento lento, consistencia dura e indolora. <sup>(1)(3)</sup>

## TRATAMIENTO

**E**l tratamiento consiste en la extirpación de la lesión, con margen de seguridad.

El objetivo en este caso clínico es:

1. Fijar pautas para el diagnóstico de esta patología, y su tratamiento.
2. Confirmar el origen de esta lesión a partir de restos radiculares persistentes en la cavidad oral que no fueron extirpados en su momento, mostrando la importancia de realizar la eliminación de TODA ENTIDAD PATOLÓGICA, lo más rápido posible para evitar factores que pueden ser el origen de un nuevo tumor.
3. Este caso de FIBROMA OSIFICANTE CENTRAL está localizado en maxilar superior del lado izquierdo. Tiene su origen a partir de la persistencia de RESTOS RADICULARES de la pieza 26, que afecta a la paciente de 27 años, lesión indolora, revelando aspectos clínicos, diagnóstico, histopatológicos y su tratamiento.

En las imágenes radiográficas el también llamado FIBROMA ODON-

TÓGICO CENTRAL (FOC), se presenta como áreas RADIODÚCIDAS o mixtas en distintos grados, UNILOCULAR, o MULTILOCULAR bien delimitada, con EXPANSIÓN DE CORTICALES ÓSEAS y ocasional DESPLAZAMIENTO DENTARIO y/o REABSORCIÓN RADICULAR. <sup>(6)</sup>

Histológicamente se constituye de una CÁPSULA FIBROSA OCASIONAL, TRABÉCULAS ÓSEAS, MASAS CEMENTARIAS REDONDEADAS u OVOIDEAS de CELULARIDAD variable, con fibras densas, presencia de CÉLULAS GIGANTES y hemorragia reciente. <sup>(5)</sup>

El tratamiento incluye la EXTIRPACIÓN QUIRÚRGICA con margen de seguridad y LEGRADO DEL LECHO ÓSEO, con una extensión que depende del tamaño y localización de la lesión. <sup>(3)</sup>

La lesión descansa sobre restos radiculares del 26, retenidos de larga evolución.

El estudio de Rx PANORÁMICA e imágenes da

INFILTRACIÓN SINUSAL sin constituir grandes masas ebúrneas típicas de otro caso operado por mí. <sup>(3)</sup>

La conducta terapéutica es quirúrgica RECESIÓN EN BLOCK de la patología y de las raíces subyacentes.

Se realizó un ABORDAJE SINUSAL, se exploró la pared sinusal o quirúrgica con una ANTROSTOMIA.

Se confirma que la MEMBRANA SINUSAL está indemne.

Se realiza una CONTRAAPERTURA por MEATO INFERIOR o QUIRÚRGICO, para controlar el EDEMA POSQUIRÚRGICO y el POSOPERATORIO. Este drenaje se realiza a los fines de ventilar el SENOS.

No se coloca ningún drenaje mecánico sinusal.

Se realiza una PLÁSTICA SINUSAL y ALVEOLAR (FOTO 2 y 3) y se envía la pieza a BIOPSIA.





03



04

Se observa pieza quirúrgica y las tres raíces del 26 (FOTO 4).

Biopsia que da como resultado Fibroma osificante (FOTO 5).

No hubo recidivas al año de operada.

**DISCUSIÓN.**

El nombre FIBROMA OSIFICANTE fue adoptado desde la década de los 90 por la OMS, es considerada actualmente una NEOPLASIA FIBROSA y esta englobado dentro de los tumores no odontogénicos.<sup>(3-4)</sup>

El FOC es la lesión más común dentro de las neoplasias, fibroseas que se originan a partir de células del ligamento periodontal.<sup>(1)</sup>

A nivel histopatológico, la literatura es clara en señalar, que aún existe controversia en el diagnóstico, para las lesiones fibrosas. La DISPLASIA FIBROSA, y el FI-



Peña 2967  
C1425AVI C.A.B.A.  
Argentina

Teléfono: (011) 4805-1246  
Fax: (011) 4805-7683  
WhatsApp: (011) 5975-2685 (texto)  
Correo electrónico: admin@ctrodepatologia.com.ar

05

**Directores:** Dr. Boris Elsner M.N.25896 - Dra. Teresa Castiglioni M.N.75305  
**Equipo Médico:**  
Dra. Florencia García Kameremann M.N.129973 - Dr. Lucas Moretti M.N.126042 - Dr. Matias Gonzalo Pereyra M.N.133446 - Dra. Florencia Díaz de la Fuente M.N.145007  
Dra. Alejandra G. Serrano M.N. 110467 - Dr. Francisco Anselmo M.N.152246

Es copia fiel del original

Paciente: [REDACTED]  
Nº de documento: 38040512  
Solicitado por Dr.: MAGLIOCCO ANGEL  
Entidad: OMINT S.A. DE SERVICIOS

Nº: 21B/003586  
Fecha Ingreso: 29/01/21  
Afilado: 4920565101024  
H. C.:



**INFORME HISTOPATOLÓGICO**

**DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA:**

Maxilar superior izquierdo: Fragmento blanco pardusco que mide 1,4x1,4cm.

**DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA:**

Los cortes histológicos muestran la imagen de un fibroma osificante cubierto por mucosa escamosa parcialmente traumatizada y reemplazada por tejido de granulación inflamatorio. La lesión está constituida por tejido fibrocolágeno, con áreas laxas, infiltrados linfoplasmocitarios perivasculares y un foco de osificación en su interior.

**DIAGNÓSTICO:**

Cavidad oral (maxilar superior, lado izquierdo), extirpación:  
- Fibroma osificante (traumatizado).  
NOTA: INFORME REALIZADO POR: DRA. TERESA CASTIGLIONI M.N.75305

DRA. TERESA CASTIGLIONI  
M.N. 75.305  
MEDICA PATOLOGA

TC / JP /sg / dc

DR. BORIS ELSNER  
M.N. 25.896  
MEDICO PATOLOGO

BROMA OSIFICANTE tienen similitudes entre sí y con la presencia de una capsula fibrosa en el fibroma. Algunos autores hablan que el compo-

nente mineral de la displasia es propia de esa entidad como el aspecto esmerilado de la misma.<sup>(7)</sup>

El tratamiento más utilizado es el quirúrgico puede ser enucleación y cauterización otros agregan un curetaje, son ínfimas las recidivas y en el caso



de darse las mismas se indica la recesión con margen en block.

No hay casos de malignidad.

## CONCLUSIONES

1. Se presentó un caso de FIBROMA OSIFICANTE que estaba localizado en el maxilar superior del lado izquierdo, que tenía la particularidad de originarse, crecer y evolucionar a partir de restos radiculares retenidos de la pieza 26, no hay retención intraósea pura, pero si hay persistencia de restos radiculares representados por las tres raíces de ese molar.
2. Se realizó la EXTIRPACIÓN DE LA PATOLOGÍA EN BLOCK y de las tres raíces. Se envió muestra a biopsia, la que dio como resultado: Fibroma Osificante, entidad poco habitual para este tipo de patologías.
3. Al FIBROMA OSIFICANTE se lo denomina CENTRAL cuando es de gran tamaño. Afecta maxilar superior o inferior. Hay predilección de la lesión por el sexo femenino, entre la tercera y cuarta década de la vida, mas frecuente en la mandíbula, con preferencia en sector posterior y evoluciona lentamente. <sup>(1)</sup>
4. En mi experiencia personal tengo dos casos operados: uno de gran tamaño que invadió seno maxilar y fosa pterigomaxilar, se dio en maxilar superior en una mujer mayor. <sup>(3)</sup> El otro caso es el que nos ocupa en esta nota, que corresponde una mujer en la tercera década de la vida. Este fibroma es de menor tamaño y se originó en maxilar superior.
5. El FOC es un tumor poco frecuente, pero es la lesión más común dentro de

las NEOPLASIAS FIBROSAS.<sup>(7)</sup> NEOPLASIA es el término apropiadamente utilizado para nombrar la formación de un NEOPLASMA o TUMOR, es decir, cualquier crecimiento descontrolado de células o tejidos anormales en el organismo. El neoplasma puede ser benigno o maligno.

Las NEOPLASIAS o TUMORES FIBROSOS solitarios son bultos poco frecuentes de las células del tejido blando que se pueden formar en casi cualquier parte del cuerpo. ■■■■

## BIBLIOGRAFIA

1. **CHRCANOVIC B. R., LÓPEZ ALVARENGA R., HORTA MCR. FREIRE-MAIA, SOUZA LN, FIBROMA OSIFICANTE CENTRAL EN EL MAXILAR SUPERIOR: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**, Avances en Odontostomatología, vol. 27, número 1, Madrid ene/feb 2011.
2. **PICCARDO S., BELLIA J., FIBROMA OSIFICANTE VS. DISPLASIA FIBROSA**. Cátedra Cirugía BMF II.
3. **DRES. JUAN CARLOS AQUERRETA, ANGEL ALBERTO MAGLIOCCO, MARÍA DE ABELLA, OSVALDO ABELLA, AMADEO ALURRALDE, CARLOS ALMEIDA, MARÍA DE CRESPO Y LUIS NIÑO DE GUZMÁN HEREDIA, FIBROMA CEMENTO OSIFICANTE PAUTAS PARA SU DIAGNÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO**. Anales Científicos, año 2, número 2, octubre 1989, Asociación Médica del Centro Gallego.
4. **WALDROM C.A , GIANSAANTI J., BENIGN FIBRO-OSSEOUS LESIONS OF THE JAWS**. A Clinical–radiologic–histologic review of sixty five cases. Part one. *Orl Surg.* 35(2): 190-200 feb 1973.
5. **WALDROM C.A., GIANSAANTI J. BENIGN FIBRO-OSSEOUS LESIONS OF THE JAWS. PART TWO**. *Oral Surgery* 35(3):340-350, march 1973.
6. **REED R. AND HAGY, BENIGN NON ODONTOGENIC FIBRO-OSSEOUS LESIONS OF THE SKULL**. *Oral Surg*, 19: 214-227,1965.
7. **PINDBORG J. AND KRAMER, HISTOLOGIC TYPING OF ODOINTOGENIC TUMORS. JAWS CYSTS AND ALLIED LESIONS**. World Health Organization 1971.

## ACERCA DEL AUTOR

**A**NGEL ALBERTO MAGLIOCCO es Doctor en Odontología (FOUBA). Docente Autorizado en Cirugía y Traumatología Máxilofacial y Cirugía Bucomáxilofacial y de Cara y Cuello (FOUBA) y Especialista en Cirugía y Traumatología Bucomáxilofacial.

Cirujano de Cara, Cuello y Máxilofacial del Grupo Médico de la Merced.

Ex Cirujano Máxilofacial y ex Implantólogo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación.

Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial (SACTBMF).

Miembro Fellow de la International Association of Oral and Maxillofacial Surgeons (IAOMS). ■■■■

## CONTACTO:

☎ 15-5025-4888

@ [aamagliocco@yahoo.com.ar](mailto:aamagliocco@yahoo.com.ar)

