



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**



**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CIRUJANO DENTISTA**

**REPORTE DE UN CASO DE FIBROMA OSIFICANTE
PERIFÉRICO, EN LA UNIDAD DE PATOLOGÍA BUCAL DE
LA FES ZARAGOZA.**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANA DENTISTA

PRESENTA:

ADÁN PALOMINO ALEJANDRA

**DIRECTORA: C.D. P.B. GRISEL ALICIA CORONA
GONZÁLEZ**

**ASESOR: CMF. HERWINK JORGE CABALLERO
NAVARRETE**

CD. MX. 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**REPORTE DE UN
CASO DE FIBROMA
OSIFICANTE
PERIFÉRICO UNIDAD
DE PATOLOGÍA
BUCAL EN LA FES
ZARAGOZA.**

AGRADECIMIENTOS

La vida nos presenta una serie de retos día con día y uno de ellos fue terminar la universidad, alguna vez alguien me dijo que lo difícil no es entrar si no salir, ahí es donde realmente comienza el reto, pero más allá de verlo como tal, logre visualizarlo como la base para mi desarrollo en el área profesional, así como para mi vida personal y en lo que concierne a mi futuro.

Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México, por abrirme sus puertas al conocimiento y permitir mi formación profesional en el área odontológica, de igual forma agradezco a mi alma mater la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, en donde adquirí no solo los aprendizajes teóricos y prácticos si no también reforcé los valores necesarios para ejercer esta hermosa profesión.

No ha sido sencillo el camino, hasta ahora, pero a través de el he tenido la fortuna de contar principalmente con el apoyo de mi padre Luis Manuel Adán López y mi madre Ma. Teresa Palomino Estrella, jamás dejaron de creer en mí, me han brindado su amor incondicional, han estado para mí en los peores momentos y también en los logros obtenidos a lo largo de mi vida, por todo eso y mucho más estaré eternamente agradecida con ellos, porque sin todo lo que me han brindado jamás habría podido llegar hasta este punto del camino cumpliendo un reto más, los amo papás.

De igual forma quiero agradecer a mis abuelos, a mi hermano Erick, a mis tíos y primos, quienes también han estado a mi lado alentándome constantemente, en buenas y malas durante toda mi vida no solo académica si no también personal.

Quiero otorgar mi gratitud a todos y cada uno de mis profesores, aquellos que desde mi educación preescolar hasta la universidad han aportado un granito de arena en mí, ayudándome a comprender cada detalle de la vida académica, resolviendo mis dudas, exigiéndome cada día más, pero sobre todo compartiendo su sabiduría.

Durante la realización de mi servicio social y mi proyecto de tesis, tuve la gran suerte de encontrar primero dos grandes profesores que posteriormente se convirtieron en dos grandes amigos, la doctora Grisel y el doctor Herwink, directora y asesor respectivamente, ambos han sido mi guía en este complicado procedimiento, no ha sido fácil, hemos atravesado momentos difíciles juntos como el equipo que somos, sin embargo, gracias a su ayuda el trabajo realizado se encuentra culminado con éxito.

Gracias a mi grupo de sinodales por transmitirme sus conocimientos y dedicación que los ha regido, porque sin su apoyo tampoco hubiese sido posible la culminación de esta tesis para obtener mi titulación.

Por último, quiero hacer un agradecimiento especial a la vida y a Dios, quienes me han dado muchas oportunidades para salir adelante, gracias por cada hermoso momento para estar y disfrutar con las personas que sé me aman y a las cuales yo amo con todo mi ser, gracias por este nuevo triunfo, gracias a todas y cada una de las personas que me motivaron, creyeron en mí y lo siguen haciendo hasta el día de hoy.

DEDICATORIA

Con amor a mi gran y hermosa familia, amigos y a todos aquellos que han sido parte de este logro, los que están presentes y los que no lo están, pero desde donde se encuentren me siguen guiando.

Gracias con todo mi ser.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
JUSTIFICACIÓN	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
MARCO TEÓRICO	12
LESIONES FIBRO – ÓSEAS BENIGNAS	14
❖ CLASIFICACIÓN	15
FIBROMA OSIFICANTE PERIFÉRICO	17
❖ DEFINICIÓN	17
❖ CLASIFICACIÓN	17
❖ ANTECEDENTES	18
❖ NOMBRES ALTERNOS	18
❖ ETIOLOGÍA	18
❖ FRECUENCIA	20
❖ CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	20
❖ CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS	21
❖ CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS	21
❖ DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	23
❖ TRATAMIENTO	26
OBJETIVOS	28
GENERAL	28
ESPECÍFICOS	28
CASO CLÍNICO	29
PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO	30
MATERIAL Y MÉTODOS	46
TIPO DE ESTUDIO	46
RECURSOS	46
CONCLUSIÓN	48
PROPUESTAS	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS	57



INTRODUCCIÓN

El fibroma osificante periférico es una lesión gingival fibrosa hiperplásica totalmente benigna, su crecimiento se da, de manera lenta y progresiva, pero puede alcanzar dimensiones mayores a los 3 cm; se localiza principalmente en el maxilar, en la zona incisivo canina.

Sus principales características clínicas son: consistencia firme, bien circunscrita, de color semejante a la mucosa o rojo, su base puede ser sésil o pediculada y puede o no estar ulcerado, generalmente es asintomático, aunque dependiendo del tamaño puede llegar a afectar la deglución, fonación y estética del paciente. Se cree que se origina del ligamento periodontal como respuesta a estímulos irritativos crónicos que ocasionan la proliferación celular. Histológicamente se observa tejido conjuntivo fibroso denso entremezclado con trabéculas de tejido óseo y el epitelio es escamoso estratificado. El tratamiento a elegir es la recesión quirúrgica de la lesión con amplios márgenes de tejido sano, esto debido a que presenta una tasa de recidiva que va de 8% al 20%, se recomienda retirar los estímulos irritativos asociados.

El fibroma osificante periférico diagnosticado en etapa inicial evita tratamientos invasivos o la limitación de la funcionalidad del paciente, los cuales también lo pueden afectar psicológicamente. A pesar de que se trata de una lesión benigna, su crecimiento acelerado y progresivo trae consecuencias severas, como las mal posiciones dentarias o pérdida de los dientes adyacentes.



Es importante dar información adecuada y oportuna al paciente, como la autoexploración intraoral de manera cotidiana, para que ante la presencia de alguna lesión bucal acuda con un especialista para dar un diagnóstico oportuno y un tratamiento eficaz que eviten poner en riesgo la vida del mismo.

El caso clínico descrito en este trabajo de tesis presenta a una paciente género femenino de 33 años de edad que acude a consulta en el servicio de patología bucal de la FES Zaragoza, para valorar un aumento de volumen que presentaba 3 años de evolución, localizada en la encía adherida de la zona anterior del maxilar superior, la lesión impedía el correcto sellado labial por lo que era visible aun sin realizar la exploración intraoral, totalmente asintomática; la lesión alcanzó dimensiones no comunes debido a que la paciente presentaba muy malos hábitos de higiene, lo que ocasionó que factores irritativos como placa dentobacteriana y gingivitis marginal exacerbaran su crecimiento; después realizarle la historia clínica se programó para la realización de una biopsia escisional, dando como resultado en el estudio histopatológico un fibroma osificante periférico.



JUSTIFICACIÓN

El fibroma osificante periférico es un crecimiento gingival común que se cree es de naturaleza reactiva o no neoplásica, representa aproximadamente el 9,6% de las lesiones localizadas en encía. ⁽⁸⁾ Tiene predominio en raza blanca afectando a las mujeres con más frecuencia que los hombres (por cada 5 mujeres, 1 hombre), posiblemente debido a la influencia hormonal, aparece entre la segunda y la tercera década de vida. ^(9,10)

Esta lesión es reactiva, se presenta en los tejidos periodontales generalmente asociada a irritantes locales por lo tanto progresa lentamente y su crecimiento es limitado; es posible diagnosticar de manera errónea el fibroma osificante periférico de otras lesiones reactivas de surgen de la encía, razón por la cual la investigación histopatológica es importante para un diagnóstico preciso. Es necesario emplear una adecuada terapia periodontal previa a la cirugía, que garantice el éxito del tratamiento y evitar un comportamiento agresivo que pueda involucrar la pérdida de estructuras dentarias o genere defectos periodontales mayores. La alta frecuencia de recidivas obliga a un largo periodo de observación, como medida preventiva se requiere de controles clínicos radiográficos y periodontales postoperatorios. ^(8,13,15,16)

En presencia de lesiones benignas de los maxilares no deben ser ignorados los daños que estas puedan ocasionar a zonas vecinas, a pesar de su benignidad, este



caso nos hace reflexionar que aun siendo de localización periférica fue capaz de ocasionar destrucción ósea y mal posición dentaria. Así que los diagnósticos y tratamientos tempranos siguen siendo la mejor conducta a seguir sin importar el tipo de lesión presente. ⁽¹⁵⁾

Es responsabilidad del cirujano dentista la valoración completa de la cavidad bucal no solo de caries sino inspeccionar también tejidos blandos; así como poseer conocimientos teórico - clínicos para brindar un manejo integral en diagnóstico y tratamiento sobre lesiones de tejidos blandos debido a que lesiones como el fibroma osificante periférico diagnosticado en etapa inicial evita tratamientos mutilatorios o la limitación de la funcionalidad del paciente. ^(3,32)



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El fibroma osificante periférico se trata de una lesión completamente benigna, en la literatura consultada no hay reportes de malignidad, pero su crecimiento es lento y progresivo, razón por la cual llega a ocasionar daños funcionales y estéticos importantes en el paciente.

¿Determinar cuál es el manejo odontológico en una paciente con fibroma osificante periférico, que acudió a la unidad de patología bucal en la clínica de la FES Zaragoza?



MARCO TEÓRICO

Los tumores o neoplasias odontogénicas son una serie de entidades que se caracterizan por un crecimiento anormal en la boca con probabilidad de extenderse a otras zonas. Los tumores benignos de la boca generalmente se presentan solos y crecen muy lentamente durante un periodo de 2 a 6 años. Pueden aparecer en encías o paladar, los signos y síntomas más frecuentes son: un nódulo en cualquier parte de la boca, que puede o no ulcerarse y sangrar; o interferir con la adhesión adecuada de las prótesis dentales. El diagnóstico de una entidad anormal en la cavidad oral es lo más importante y se debe identificar su naturaleza benigna o maligna, ayudados por una correcta historia, exploración clínica, así como con los auxiliares de diagnóstico, aunque el diagnóstico definitivo que nos permitirá valorar el pronóstico y llevar a cabo una terapéutica adecuada, será la biopsia y el estudio histopatológico. ^(1, 2)

Estos tumores se forman a partir de los tejidos que participan en la odontogénesis o desarrollo del diente, dichos tejidos son el epitelio y mesénquima, algunos de ellos no llegan hacer verdaderas neoplasias, sino alteraciones de una de las etapas de la odontogénesis, los tumores pueden ser benignos. ^(1,2,3) Lichtentein hace más de 60 años describió por primera vez los tumores de cabeza y cuello como una entidad patológica. ⁽³⁾



Dentro de estos fenómenos patológicos generales existe un grupo de entidades complejas, tanto por su propia y particular naturaleza, como por las dificultades que crean en la clínica, en lo referente a su diagnóstico clínico-radiográfico-histopatológico y tratamiento; estas son las así llamadas lesiones fibro-óseas de los maxilares. ^(4,5)

Las lesiones fibro-óseas benignas de los maxilares conforman un grupo amplio, interesante de trastornos que afectan la porción ósea. El aspecto en común entre ellas es que sustituyen la estructura ósea por un tejido fibro-celular que produce material calcificado que puede ser hueso metaplásico y/o material del cemento radicular. Estas lesiones pueden representar trastornos del desarrollo, lesiones reactivas (displasias) o francas neoplasias. ⁽⁵⁾



LESIONES FIBRO – ÓSEAS BENIGNAS

La mucosa bucal es afectada por una gran variedad de patologías; la lesión elemental es el signo más simple que representa una enfermedad. Son manifestaciones objetivas que evidencian procesos patológicos que afectan la mucosa. No deben ser consideradas como fenómenos locales aislados, sino como manifestaciones localizadas de enfermedades. Varias enfermedades pueden compartir una misma lesión elemental con algunas características propias en su manifestación, como número, distribución, localización, que orientan el diagnóstico. También las enfermedades pueden presentar más de una lesión elemental, lo que indica diferentes etapas evolutivas. De manera muy general las lesiones elementales se clasifican en dos grupos ^(3,5):

- Lesiones primarias: son aquellas que aparecen por primera vez sobre mucosa sana.
- Lesiones secundarias: son aquellas que aparecen sobre una mucosa previamente lastimada.

Las lesiones elementales son modificaciones de muy diversa etiología, ya sea en el epitelio o en el tejido conjuntivo, que se manifiestan y reconocen en la clínica, y se diagnostican en el examen microscópico. La exploración de las lesiones elementales se realiza por inspección y palpación. Algunas lesiones elementales son características de ciertas enfermedades. En otras, la biopsia y el estudio



microscópico son indispensables para llegar al diagnóstico definitivo. Una vez identificada la lesión elemental, se debe estudiar su configuración y su distribución.

(5,6)

Las lesiones fibro-óseas benignas, representan un grupo de lesiones con características histológicas similares, están formadas por un estroma fibroblástico vascular y producen una matriz calcificada que comprende desde el hueso hasta el cemento, dentro del tejido fibroso celular se forman las estructuras óseas no funcionales; entre estas se encuentran la displasia fibrosa, la osteomielitis esclerosante y el fibroma osificante o cementificante, estas lesiones crean así un dilema para su diagnóstico. ^(1,2,4,5,6) Ocasionan el reemplazo del hueso normal por tejido nuevo, compuesto de fibras de colágeno y fibroblastos, que contienen cantidades variables de sustancia mineralizada, que puede ser ósea o cemento dental. ^(4,5,7)

Ante estas lesiones debemos valorar la localización, delimitación, distribución por edad, sexo, aspecto histológico y si están asociadas a síndromes. Para su diagnóstico definitivo se requiere una correlación histopatológica con análisis radiográficos/imagen que nos proporcionan un acercamiento sistemático a la interpretación y a un mejor conocimiento de estas lesiones. ^(5,7)

❖ CLASIFICACIÓN

A través del tiempo se ha intentado proponer una clasificación que englobe de manera concisa este grupo de entidades patológicas, pero debido a la diversidad y



complejidad que representa este grupo de lesiones, ha representado un reto realizar una clasificación acertada según las características - clínico histopatológicas. ^(1,6)

En 1971 la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicó su primera clasificación histológica de los tumores odontogénicos, la mandíbula, quistes y lesiones aliadas.^(3,6) Actualmente la OMS en su libro “WHO Classification of Head and Neck Tumours” en la edición 2017 los clasifica dentro de la siguiente manera. ⁽¹⁾

TUMORES ODONTOGÉNICOS Y MAXILOFACIALES

Tumores odontogénicos mesenquimales benignos	Lesiones fibroósas y osteocondromatosas
Fibroma Odontogénico	Fibroma osificante
Mixoma / mixofibroma odontogénico	Cemento gigantiforme familiar
Cementoblastoma	Displasia fibrosa
Fibroma cemento-osificante	Displasia cemento-ósea
	Osteocondroma

Fuente: WHO Classification of Head and Neck Tumours” en la edición 2017



FIBROMA OSIFICANTE PERIFÉRICO

❖ DEFINICIÓN

El fibroma osificante periférico o fibroma cementificante es una lesión fibro – ósea benigna con origen en las células del ligamento periodontal las cuales son capaces de producir una gran variedad de alteraciones tanto en el tejido blando, así como en el tejido duro de la zona afectada. ⁽⁴⁾ Es una de las lesiones gingivales más raras, representando un 9.6% de todos los crecimientos gingivales. ⁽⁸⁾ Esta lesión aparece normalmente en áreas dentadas del maxilar superior, se presenta con más frecuencia en el sexo femenino entre la segunda y tercera década de vida. ⁽⁹⁾

En algunos casos, estas neoplasias derivan de restos celulares ectópicos del ligamento periodontal y aparecer en lugares inusuales; pueden adquirir una apariencia expansiva o agresiva que requiera la intervención quirúrgica. ⁽⁴⁾

❖ CLASIFICACIÓN

Dependiendo del tipo de tejido que se encuentre se denominara de uno u otro modo como a continuación se explica ^(4,9):

- Si predomina el hueso se denominará fibroma osificante.
- Si se encuentran calcificaciones esféricas se llamará fibroma cementificante.
- Si se observa tejido óseo y cemento se tratará de un fibroma cemento osificante.



❖ ANTECEDENTES

En el año 1844 Shepherd realizó el primer reporte de la lesión nombrándola como exostosis alveolar, en 1972 Eversole y Rovin la nombraron por primera vez como fibroma osificante periférico ⁽¹⁰⁾, en 1982 fue nombrada como fibroma odontogénico periférico por Gardner, quien además propuso que el término debería restringirse a la contraparte ósea del fibroma Odontogénico que es una entidad completamente diferente, por último, en 1984 Bhasker y sus colaboradores describieron la lesión como actualmente se conoce como fibroma periférico con calcificación y realizaron la clasificación de esta misma. ^(10,11)

❖ NOMBRES ALTERNOS

Es destacable la diversidad de denominaciones utilizadas para designar esta entidad patológica como: épolis fibroso osificante, fibroma calcificante, granuloma fibroblástico calcificante, fibroma periférico con calcificación, granuloma piógeno osificante con mineralización, fibroma periférico con calcificación, granuloma fibroblástico con calcificación y fibroma cementificante periférico. ^(12,13)

❖ ETIOLOGÍA

A pesar de los múltiples estudios que se han realizado sobre el fibroma osificante periférico, su etiología aun es incierta; se cree que esta lesión deriva de las células mesenquimales que participan durante la formación del ligamento periodontal ⁽¹⁴⁾; los motivos que apoyan esta teoría se fundamentan en que es una lesión que



siempre aparece en la encía (normalmente en la papila interdental), la cercanía que tiene la encía al ligamento periodontal, la presencia de fibras de oxytalan entre la matriz mineralizada, la respuesta fibro - celular similar a otras lesiones gingivales reactivas con origen en el ligamento periodontal. ^(14,15) Ciertos factores inducen la respuesta proliferativa de dichas células, como lo son la aparatología ortodóntica, prótesis dentales desajustadas, presencia de cuerpos extraños en el surco gingival, restauraciones desajustadas, irritación crónica, acumulo de placa bacteriana y calculo subgingival; la irritación crónica de la membrana periostal y periodontal ocasiona la metaplasia del tejido conectivo.

También se ha considerado que el fibroma osificante periférico es un estado tardío del granuloma piógeno, por lo que es frecuente que pueda ser diagnosticado como tal en una etapa temprana; ante la presencia de la irritación crónica en determinado sitio, las células mesenquimáticas pueden formar inicialmente un granuloma piógeno y a partir de este punto pueden ocurrir dos cosas; que madure a un estado fibro – epitelial o que madure a un estado fibro – osificante. El hecho de que esto ocurra únicamente en la encía se puede deber a que las células mesenquimáticas en lugares distintitos a la encía (algunas de las cuales pueden proceder del periostio) no tengan la capacidad de producir tejido mineralizado. Hay un hecho que pone en tela de juicio a la teoría periodontal y es el hecho de que puede haber recurrencia en zonas edentulas. ⁽¹⁵⁾



❖ FRECUENCIA

Esta lesión se presenta con más frecuencia en las mujeres que en los hombres (por cada 5 mujeres 1 hombre), posiblemente debido a la influencia hormonal, generalmente entre la segunda y tercera década de vida, a partir de esta su incidencia se reduce. ^(9,12) Es una de las lesiones gingivales más raras, representando un 9.6% de todos los crecimientos gingivales. ^(8,13) Crece exclusivamente en la encía sobre todo a partir de la papila interdentaria; en la mayoría de los casos su aparición se da con más frecuencia en el sector anterior del maxilar en la zona incisivo canina. ^(16,17)

❖ CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

En cuanto a los aspectos clínicos el fibroma osificante periférico se presenta generalmente como un aumento de volumen o masa nodular, solitario, en el cual su base puede ser sésil o pediculada, el color es rojo eritematoso o semejante a la mucosa con superficie frecuentemente ulcerada, la consistencia que presenta es firme, su superficie es lisa y los bordes son definidos. ^(18,19,20,21)

Suele ser asintomático en sus fases iniciales y es común diagnosticarlo en estadios avanzados, su crecimiento es lento y progresivo, pero puede llegar a ocasionar una importante deformidad estética y funcional. ^(21,22). Habitualmente su tamaño no supera los 1.5 cm de diámetro, aunque puede variar de 1 a 3 cm de diámetro y ocasionalmente puede alcanzar un tamaño considerable como algunos autores lo refieren de hasta 9 cm afectando la deglución, fonación y estética del paciente; si



su tamaño alcanza dimensiones mayores puede incluso llegar a impedir el correcto sellado labial ^(12,18,23). Algunos casos han reportado que el fibroma osificante periférico condiciona la aparición de un diastema e incluso la movilidad o desplazamiento de los dientes circundantes, induciendo, en ocasiones, un cierto grado de resorción de la cresta alveolar o bien del hueso adyacente. ^(12,11,24,25)

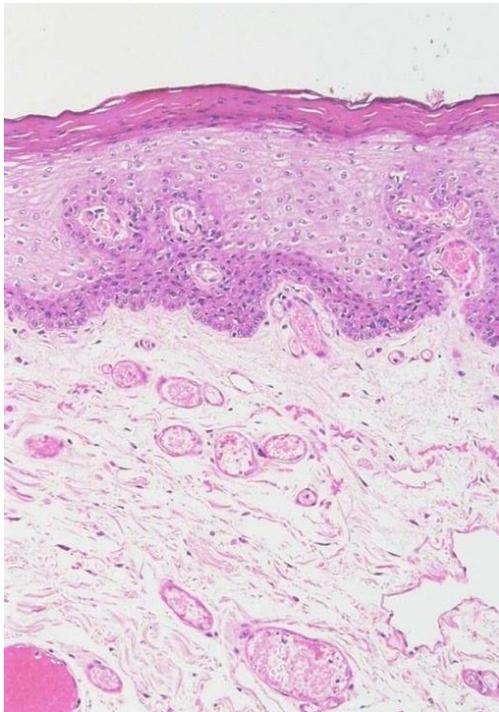
❖ CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS

Radiológicamente en la mayoría de los casos no hay afectación ósea subyacente superficial del hueso y en algunas ocasiones puede parecer una erosión dependiendo del grado de mineralización de la lesión. ⁽²⁶⁾ Pueden existir dos patrones radiológicos básicos una radio lucidez unilocular con o sin focos radiopacos y una radio lucidez multilocular. El más frecuente es el primero en el que la radio lucidez se superpone con las raíces y no provoca ni divergencia ni reabsorción radicular. Sin embargo, la imagen radiológica con mayor frecuencia que ofrece el fibroma osificante periférico es la de una radio lucidez bien definida con o sin bode esclerótico y que a menudo va asociada a la expansión de la cortical ósea. ^(4,17,27)

❖ CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS

En el examen histopatológico se observa epitelio escamoso estratificado, tejido conjuntivo fibro – celular intercalado con fibroblastos y haces de colágeno laxo.

En el estroma se observan principalmente trabéculas de hueso laminar, así como cemento radicular entre otras sustancias. (28,29,30,31)



Fotomicrografía teñida con
hematoxilina y eosina

ENCIA

TEJIDO SANO

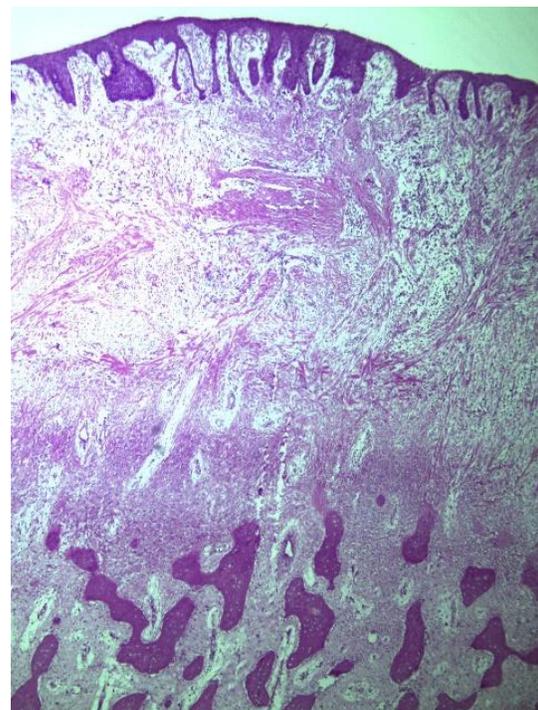
Fuente:

Fotomicrografía teñida con
hematoxilina y eosina

ENCIA

TEJIDO PATOLÓGICO

Fuente: directa





❖ DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Su diagnóstico se da con ayuda de la inspección clínica y es confirmado a través de un análisis histopatológico, posterior a una biopsia excisional. ⁽¹³⁾

Entre los diagnósticos diferenciales destacan principalmente ^(12,20,32):

- Granuloma piógeno

Es un aumento de volumen que se presenta en la cavidad bucal y en diferentes zonas de la piel, es una lesión reactiva a varios estímulos de bajo grado como traumatismos repetidos, agresiones, factores hormonales y algunos fármacos. Se localiza frecuentemente en encía marginal en las caras vestibulares de los dientes anteriores del maxilar superior, así como en los espacios interdentarios. Es una lesión de tamaño variable de color rojizo o azulada de forma esférica y en ocasiones lobulada, su base puede ser sésil o pediculada, consistencia firme, algunas veces su superficie es ulcerada y su aspecto es edematoso, también presenta tendencia al sangrado. El tratamiento de esta lesión es la extirpación quirúrgica completa con curetaje subperióstico. Histológicamente se observa tejido de granulación constituido por un estroma fibro - endotelial con abundantes capilares recubiertos por células endoteliales gruesas, el epitelio puede estar hiperplásico, adelgazado o ulcerado. ^(33,34)

- Granuloma periférico de células gigantes

Es una lesión exofítica reactiva que se presenta exclusivamente en la encía o en la cresta alveolar edentula. Se origina del periostio o del ligamento periodontal como



respuesta a una irritación local o algún trauma. La zona más afectada es la mandíbula con mayor frecuencia en el sector anterior. Los factores irritantes incluyen extracción dental, restauraciones con márgenes sobre extendidos, prótesis desajustadas, enfermedad periodontal, aparatología ortodóntica, mala higiene dental, así como factores hormonales. Se presenta como nódulo bien delimitado de color rojo, azul o morado, de base sésil o pediculada, consistencia blanda o firme, superficie lisa o lobular que puede presentar ulcera. El tratamiento es usualmente quirúrgico practicando un minucioso legrado en la base de la lesión. Histológicamente está constituido por nódulos rodeados por un estroma de tejido fibro – conjuntivo, en el centro se observan células gigantes multinucleadas, fibroblastos, células mononucleares y eritrocitos extravasados, frecuentemente se identifican islotes de hueso metaplásico. (35,36)

- Hiperplasia fibrosa inflamatoria

Es una lesión benigna de la cavidad bucal, se considera el más frecuente, forma un aumento de volumen de tejido como respuesta exagerada de la mucosa bucal frente a irritantes crónicos de baja intensidad, motivo por el cual se le considera una lesión reactiva. Los factores irritativos traumáticos repetitivos son los malos hábitos, prótesis mal ajustadas y aparatos ortodóntica. La zona más frecuente de aparición es la región gingival seguida por la mucosa vestibular, lengua, labios y paladar. Su crecimiento es lento y asintomático, color rosa pálido o semejante a la mucosa subyacente, su diámetro varía de menos de un 1 cm a lesiones más grandes que pueden abarcar la totalidad del vestíbulo, se muestra eritematoso si esta ulcerado,



la consistencia es variada de firme a flácida, superficie lisa, base sésil y ocasionalmente pediculada, sangra fácil al contacto. Histológicamente se caracteriza por la presencia de proliferación de fibroblastos y fibras de colágeno, rodeadas de una capa de epitelio escamoso estratificado delgado con crestas poco profundas. (37,38)

- Fibroma Odontogénico periférico

Es un aumento de volumen constituido por tejido fibroso maduro y una cantidad variable de epitelio odontogénico inactivo. Se presenta con mayor prevalencia en la mandíbula que en el maxilar, en la encía adherida y usualmente en la zona de premolar y molar. Esta lesión puede ulcerarse de manera secundaria cuando es traumatizada durante la masticación, su color varía desde una tonalidad más clara que el tejido circundante hasta el rojo, su base puede ser sésil o pediculada, su tamaño varía de 1 a 3 cm. La conducta terapéutica es quirúrgica, recomendándose la exéresis simple de la lesión respetando el elemento dentario, sin curetaje del tejido óseo subyacente. Se describen dos variables histopatológicas dependiendo de la cantidad de restos epiteliales odontogénicos que posea. Su variante hipocelular se dispone sobre un tejido fibromixoide, no infiltrante, que puede formar calcificaciones y recuerda a un folículo dental; la variante rica en células epiteliales se dispone sobre una cantidad variable de colágeno, con zonas hipocelulares y áreas vasculares, en este puede formar tejido calcificado de carácter metaplásico que recuerda al cemento. (39,40,41)



Todos los diagnósticos diferenciales mencionados anteriormente, tienen un pronóstico favorable, debido a que se trata de lesiones completamente benignas.

❖ TRATAMIENTO

El tratamiento ideal del fibroma osificante periférico es la extirpación quirúrgica completa con márgenes periféricos amplios y profundos, retirando hasta el periostio y parte del ligamento periodontal cercano, con el fin de evitar la recidiva. (4,12,17,42,43)

Algunos autores refieren que como primera opción de tratamiento se debe hacer la enucleación o el curetaje los cuales consisten básicamente en retirar la lesión completa o solo una parte, sin necesidad de hacer una incisión, es decir mediante el detartraje con la ayuda de las curetas; y si tras el seguimiento se observan recurrencias entonces será obligatorio efectuar la escisión quirúrgica ampliada la cual se refiere al acto quirúrgico completo, abriendo el tejido mediante una incisión, y disecar por planos la lesión desde la base para su retiro completo. (4,17).

Actualmente solo se conocen estas dos opciones de tratamiento

Se deben controlar factores locales irritativos como el cálculo y la placa dentobacteriana, mediante el raspado y curetaje de los dientes adyacentes; así como aparatología o prótesis que estén ocasionando la irritación crónica local. (42,43)

La tasa de recurrencia de esta lesión varia del 8 % al 20 % debido a un fallo de la eliminación completa de los factores etiológicos como se mencionó son la placa dentobacteriana, calculo subgingival, prótesis desajustadas, aparatología



ortodóntica e irritación crónica. ^(14,18,44) Debe ser obligatorio un periodo de observación postoperatorio de preferencia cada 3 meses después del retiro de la lesión, durante un año seguido, posteriormente pueden realizarse cada 3 años. ⁽⁸⁾

Su pronóstico es reservado ya que se puede presentar defectos periodontales o bien la pérdida de dientes adyacentes, esto dependerá del tiempo que estuvo presente la lesión, así como del tamaño que alcanzó. El control de los factores irritativos también juega un papel importante en el pronóstico ya que de no ser controlados puede recidivar. ^(17,45)



OBJETIVOS

GENERAL

Reportar el caso clínico de una paciente con fibroma osificante periférico, así como su diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

ESPECÍFICOS

- Diagnosticar mediante el estudio histopatológico la lesión.
- Describir las características clínicas del fibroma osificante periférico.
- Realizar el tratamiento para retirar el fibroma osificante periférico.
- Devolver a la paciente la función estomatológica.
- Describir el manejo odontológico ante pacientes con fibroma osificante periférico en la cavidad bucal.



CASO CLÍNICO

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

❖ FICHA CLÍNICA:

- Nombre: RCS
- Sexo: Femenino
- Edad: 33 años
- Ocupación: Ama de casa
- Estado civil: Casada



Figura 1. Foto inicial de la paciente

Fuente: directa

❖ MOTIVO DE CONSULTA:

- “Presencia de tumor que me impide cerrar la boca adecuadamente”

Figura 2. Vista extraoral de la lesión

Fuente: directa



❖ ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:

- No refiere ningún familiar directo con algún padecimiento de relevancia.

❖ ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

- Después de su tercer embarazo le fue realizado el procedimiento de salpingoclasia.

❖ ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

- Habita vivienda rentada con familia nuclear, cuenta con todos los servicios intra domiciliarios, su dieta es elevada en el consumo de carbohidratos,
- Realiza 3 comidas al día, sus hábitos higiénico personales son deficientes, cepilla sus dientes 1 vez al día.
- Niega alergias

❖ INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:

- No refiere padecimientos de relevancia para el caso.

❖ PADECIMIENTO ACTUAL:

- Presenta aumento de volumen en encía adherida a nivel de los dientes 22 y 23, refiere 3 años de evolución de dicho padecimiento, la lesión apareció posterior a su tercer y último embarazo, se encuentra asintomática, en el último año la paciente refiere que el crecimiento de la lesión fue un poco más acelerado. Actualmente limita la higiene bucal debido al sangrado que presenta la lesión al contacto.



Figura 3. Aumento de volumen en encía adherida

Fuente: directa

Figura 4. Gingivitis marginal en
dientes inferiores

Fuente: directa



❖ EXPLORACIÓN FÍSICA:

- Extra oral: se observa adecuado color de tegumentos, tercio facial asimétrico, se pierde el surco naso geniano de lado izquierdo, incompetencia labial, ala nasal izquierda desviada, perfil cóncavo, tipo de cráneo mesocéfalo



Figura 5,6. Fotos del perfil de la
paciente

Fuente: directa

- Intra oral: se observa aumento de volumen en la zona incisivo canina en el maxilar superior, bien delimitada, firme a la palpación, base pediculada, eritematosa, de 6cm aproximadamente que impide el correcto sellado labial ocasionando asimetría facial. Presenta caries de primer grado en los dientes 18, 17, 14, 15, 21, 45, 46, 47 y 48. Labios deshidratados, gingivitis marginal generalizada. Placa dentobacteriana en los dientes anteriores. Fractura coronaria del diente 21 se observa solo resto radicular. Ausencia clínica del diente 22.



Figura 7. Vista vestibular de la lesión

Fuente: directa



Figura 8. Vista palatina de la lesión

Fuente: directa



Figura 9. Aumento de volumen en
encía adherida

Fuente: directa

Figura 10. Base pediculada de la
lesión

Fuente: directa



Figura 11. Obstrucción de la oclusión
debido a la lesión

Fuente: directa

Figura 12. Arcada inferior

Fuente: directa



❖ AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO:

- Biometría hemática: presenta aumento de leucocitos ($4.7 \cdot 10^3/\text{mm}$) y CMHC (32%).
- Química sanguínea: presenta aumento en la creatinina (0.33 mg/dL) colesterol (147 mg/dL) y triglicéridos (242 MG/dL).

Fuera de estos rubros no se encuentran otros hallazgos de importancia dentro de los estudios de laboratorio, todos los niveles están en valores normales. (Anexo 2)

- Radiografía panorámica: se observa zona radiolúcida bien delimitada que involucra las raíces de los dientes 21, 23, esta zona presenta densidad ósea menor. A nivel del órgano dentario 21 se observa en el ápice radicular una zona radiolúcida con bordes radiopacos, forma ovoide de aproximadamente un centímetro de diámetro, la cual al parecer no tiene relación con la lesión vista clínicamente.



- Radiografía periapical: se observa zona radio lúcida que involucra los órganos dentarios 21, 23, bien delimitada por una línea radio opaca, esta corresponde a una zona de densidad ósea menor, no se observa reabsorción de las raíces en los órganos dentarios 21, 23. El órgano dentario 21 presenta una zona radio opaca en el ápice radicular, de forma ovoide y bien delimitada de aproximadamente un centímetro.



- Biopsia excisional. (Anexo 3)

❖ DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- FIBROMA OSIFICANTE, GRANULOMA PIÓGENO, GRANULOMA PERIFÉRICO DE CÉLULAS GIGANTES.

❖ PRONÓSTICO:

Favorable para la salud integral del paciente, reservado para el sector anterior del maxilar superior en el lugar de la lesión.

Previo a la realización del tratamiento se elaboró la historia clínica a la paciente, así como la firma del consentimiento informado. (Anexo 1)

❖ TRATAMIENTO:

FASE 1 PREVENTIVA

- Se realizó una profilaxis dental a la paciente una semana antes de la cirugía.



Figura 13, 14. Profilaxis dental

Fuente: directa

FASE 2 QUIRÚRGICA

- Previo al acto quirúrgico se realiza asepsia y antisepsia de la zona operatoria con yodopovidona.



Figura 15. Asepsia de la zona

Fuente: directa

- Se colocó anestesia local (lidocaína con epinefrina) en la zona a trabajar esperando 5 minutos para lograr efecto vaso constrictor en la zona quirúrgica, anestesiando el nervio alveolar anterior y medio, así como algunos puntos de refuerzo por palatino cerca de la zona donde estaba la lesión.



Figura 16. Anestesia local

Fuente: directa

- Con la hoja de bisturí número 15 se disecó por planos mucoso, submucoso y periostio a lo largo de la lesión partiendo con una incisión en forma de ojal desde la base pediculada, hasta retirar el espesor total de la lesión.



Figura 17. Retiro de la lesión

Fuente: directa

- Se colocó la lesión en un frasco color ámbar lleno de formol al 10% para su estudio histopatológico.



Figura 18. Muestra de tejido blando

Fuente: directa

- Una vez retirada la lesión se observó que debajo de esta existía un defecto óseo por lo que le fue retirado, con ayuda de un alveolotomo el cual también se mandó a estudio histopatológico, se verificó que el lecho quirúrgico estuviera libre de lesión.



Figura 19. Vista de la zona quirúrgica una vez retirada la lesión

Fuente: directa

- Se realizó extracción por disección del diente 21 asociado a la lesión, ampliando la incisión inicial, para levantar un colgajo mucoperiostico, esto con el fin de facilitar el cierre de la mucosa posterior a la extracción.



Figura 20. Colgajo para extracción del resto radicular

Fuente: directa

- Con ayuda del elevador recto se retiró el resto radicular, posteriormente se observó tejido de granulación en la cavidad alveolar, mismo que se mandó a estudio histopatológico.



Figura 21. Extracción del resto radicular

Fuente: directa



Figura 22. Tejido de granulación en el hueso alveolar

Fuente: directa

- El defecto óseo resultante se rellenó con injerto óseo liofilizado y una membrana de colágena absorbible, esto con el fin de acelerar el proceso de regeneración ósea en la zona.



Figura 23. Colocación de injerto óseo

Fuente: directa

- Se afrontaron los bordes del colgajo a su máxima extensión para intentar cubrir la brecha que quedó en el lugar de la lesión más amplia. Posteriormente se suturó con vicryl 3-0.



Figura 24. Sutura

Fuente: directa

BIOPSIA EXCISIONAL:

- Descripción macroscópica: se recibe espécimen único de tejido blando que mide 7.0 x 2.0 x 1.2 cm de superficie lisa, bordes regulares, color café claro, consistencia blanda.



Figura 25. Muestra de tejido blando

Fuente: directa

- Descripción microscópica: en los cortes histológicos examinados compuestos en su mayor parte por tejido conjuntivo fibroso denso bien vascularizado, entremezclado con trabéculas de tejido óseo vital maduro. El epitelio es escamoso estratificado hiperparaqueratinizado con áreas de acantosis.

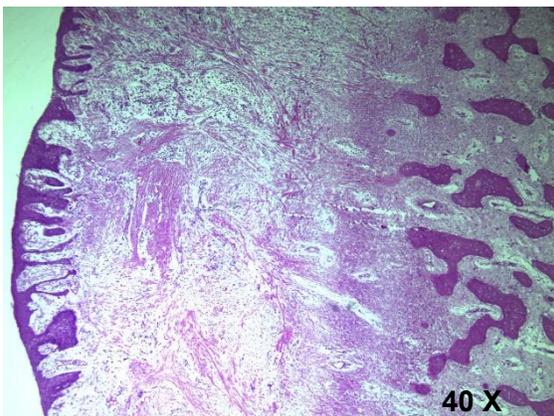


Figura 26. Fotomicrografía teñida con hematoxilina y eosina

Fuente: directa

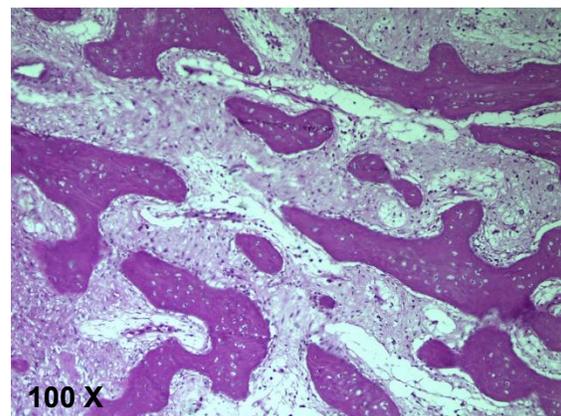


Figura 27. Fotomicrografía teñida con hematoxilina y eosina

Fuente: directa

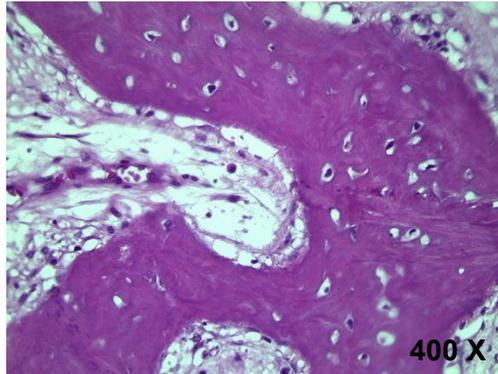


Figura 28.
Fotomicrografía teñida
con hematoxilina y
eosina

Fuente: directa

FASE 3 POST QUIRÚRGICA

Se recetó:

- Antibiótico: Amoxicilina con ácido clavulánico / 500 mg/125mg / tabletas / 1 cada 12 horas / vía oral / durante 7 días.
- Analgésico y desinflamatorio: Naproxeno sódico/Paracetamol / 257mg/300mg / tabletas / 1 cada 8 horas / vía oral / durante 3 días.
- Enjuagues de clorhexidina al 0.12% / después del cepillado habitual / durante 15 días.

La paciente acudió la semana posterior al procedimiento, la herida no presentaba datos de infección o dolor postoperatorio. El semblante de la paciente cambio, su perfil aún se muestra asimétrico debido al tiempo que permaneció la lesión, lejos de estos inconvenientes no se encontró nada más que reportar.

Se entrega a la paciente el resultado de su biopsia dando como diagnóstico definitivo FIBROMA OSIFICANTE PERIFÉRICO.



Figura 29. Foto postquirúrgica

Fuente: directa



Figura 30. Perfil de la paciente una semana después

Fuente: directa

Figura 31. Radiografía oclusal

Fuente: directa



FASE 4 MANTENIMIENTO

La paciente regresa al servicio de Patología Bucal de la clínica Zaragoza, trascurridos 9 meses después de haber realizado el procedimiento quirúrgico, no muestra datos de recidiva. Su semblante mejoro al igual que su estado de ánimo, mostrándose más segura en sí misma.



Figura 32. Zona donde se encontraba la lesión 9 meses después del procedimiento

Fuente: directa

Se toma una radiografía de control, en la cual no se encuentran datos patológicos que reportar. De igual forma se realiza nuevamente un tratamiento profiláctico dental para controlar los factores irritativos que aún están presentes, como la placa dentobacteriana.



Figura 33. Radiografía oclusal

Fuente: directa



Figura 34, 35. Fotos extraorales, 9 meses después

Fuente: directa

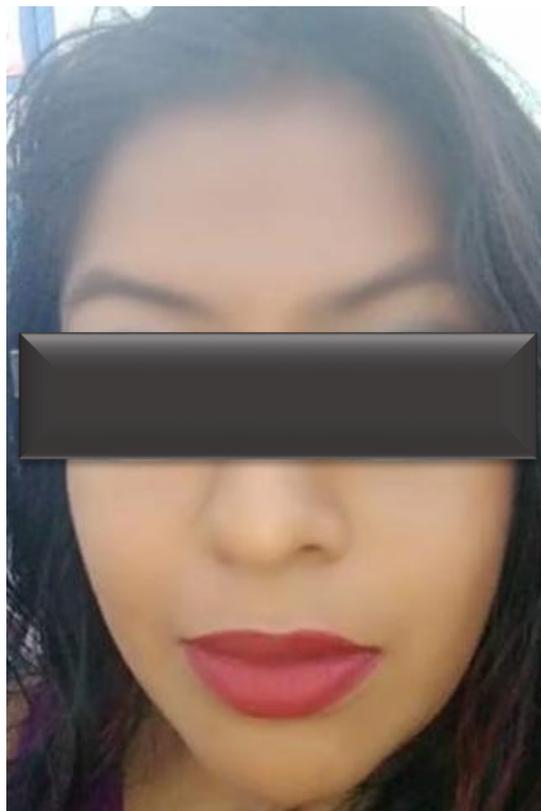


Figura 36. Perfil de la paciente 9 meses después del retiro de la lesión

Fuente: directa



MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Estudio de tipo descriptivo. (Caso clínico)

RECURSOS

Humanos:

- Pasante del servicio social Adán Palomino Alejandra.
- Paciente de la Unidad de Patología Bucal de la clínica Zaragoza, UNAM.
- Directora de Tesis CD. P.B. Grisel Alicia Corona González.
- Asesor de Tesis CMF. Herwink Jorge Caballero Navarrete.

Físicos:

- Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.
- Clínica Zaragoza, UNAM. Unidad de Patología Bucal.
- Biblioteca de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza Campo I, UNAM.

Materiales:

- Historia clínica de la unidad de patología en la FES Zaragoza
- Unidad dental
- Rayos X
- Negatoscopio
- Uniforme clínico



- Instrumental y material para cirugía: cárpule, anestésico local (lidocaína / epinefrina) mango de bisturí nº 3, hojas de bisturí nº15, tijeras para encía, tijeras de mayo rectas, pinzas mosco rectas y curvas, gasas estériles, separador de Minnesota, pinzas de disección con y sin dientes, alveolotomo, cera para hueso, elevador recto, fórceps 69, cucharilla de Lucas, injerto óseo liofilizado, membrana de colágena absorbible, sutura reabsorbible vicryl 3-0, pinzas porta agujas y tijeras para sutura.
- Frascos color ámbar con formol al 10% para los tejidos retirados.
- Barreras de protección: guantes, cubre bocas, abate lenguas y careta.
- Auxiliares de diagnóstico: biopsia y estudio histopatológico
- Papelería (hojas, bolígrafos).
- Computadora e impresora



CONCLUSIÓN

Es importante que el cirujano dentista realice una exploración completa de la cavidad bucal, debido a que lesiones como el fibroma osificante periférico diagnosticado en etapa tardía puede ocasionar tratamientos invasivos o la limitación de la funcionalidad del paciente.

El diagnóstico tardío de esta paciente ocasionó daños mayores a estructuras adyacentes, afectando también el entorno biopsicosocial, cuando llegó la paciente a consulta por primera vez su semblante mostraba inseguridad, una vez realizado el procedimiento la paciente regresó con un semblante diferente mostrándose más segura en sí misma debido a la mejoría funcional y estética posterior a la intervención quirúrgica.

La lesión aun siendo de localización periférica alcanzó un tamaño fuera de lo común en este caso se asoció a factores principalmente hormonales e irritativos, por lo que clínicamente en un principio nos hizo pensar en un diagnóstico presuntivo dirigido a un granuloma piógeno, fue necesario el estudio histopatológico para confirmar de qué tipo de lesión se trataba, dando como resultado el fibroma osificante periférico. Aun cuando estamos frente a una lesión benigna, llama la atención el tamaño que puede llegar a alcanzar, trayendo otras consecuencias de mayor o menor severidad, como son las mal posiciones dentarias o pérdida de los dientes adyacentes.



Se debe hacer énfasis a la promoción del autocuidado y que el paciente tome conciencia de su salud bucal completa, realizando una autoexploración cotidiana y si detecta algo anormal dentro de la cavidad bucal acuda a consulta inmediatamente para dar un diagnóstico oportuno y un tratamiento eficaz que eviten poner en riesgo la vida del mismo.

Es responsabilidad del odontólogo poseer conocimientos teórico - clínicos para brindar un manejo integral en diagnóstico y tratamiento sobre lesiones de tejidos blandos.

Se debe hacer promoción al servicio de patología bucal ubicado en la clínica universitaria de atención a la salud en la FES Zaragoza, ya que cuenta con personal capacitado para poder realizar el tratamiento y diagnóstico adecuado de los pacientes con lesiones en la cavidad bucal.



PROPUESTAS

- ❖ Hacer difusión de las lesiones fibro – óseas, como por ejemplo el fibroma osificante periférico, principalmente en cirujanos dentistas en formación para que se conozca la conducta odontológica a seguir ante pacientes con este tipo de padecimientos. Esto podría realizarse mediante sesiones extra ordinarias, presentando casos clínicos.
- ❖ Capacitar al cirujano dentista para implementar un correcto tratamiento odontológico ante pacientes con fibroma osificante periférico. No solo en el aspecto teórico, sino más enfocado a lo clínico, agregando un módulo de patología en la clínica, en donde no solo se tenga un contacto más directo con las lesiones de tipo fibro óseas, sino con todo tipo de lesiones bucales, de este modo el estudiante de la carrera podría adquirir la habilidad básica para el manejo de las alteraciones bucales más comunes.
- ❖ Realizar estudios epidemiológicos dentro de la ciudad y el país, ya que no se cuentan con datos estadísticos de esta lesión en nuestra población.
- ❖ Hacer promoción y difusión al área de patología bucal, localizada en la clínica multidisciplinaria de la FES Zaragoza, UNAM. Con el fin de que pacientes de bajos recursos que no cuentan con la solvencia económica para acudir a un servicio particular más costoso, así como aquellos que son rechazados de otras instituciones tanto públicas como privadas, puedan recibir la atención necesaria.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR, Takata T, Slootweg PJ. World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours. MARC Pres: Lyon: 2017
2. Barnes L, Everson JAW, Richard P, Sidras D, Patología and Genéticas of Head and Nick Tumor. Word Meath Organización Clasificación of Tumor. Marc Pres: Lyon: 2005.
3. Cruz AAI. Fibroma Osificante Juvenil Trabecular. Caso Clinico (Tesis de Pregrado). 2014. Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F.
4. Pérez GS, Bertini AL, Gay E. Fibroma osificante maxilar: Presentación de un caso y revisión de la literatura. Mes Oral. 2004; 9(1): 333 - 9.
5. Palma, JJ., Chávez OH, Román MCD, Aparicio RPM, Yáñez FM. Lesiones fibro-óseas benignas de los maxilares (un concepto general para la odontoma-estomatología). Oral Revista. 2008; 9(28): 433 - 44.
6. Singh SI, Banal A, Wood T, Rojura R, Jumar MPH. Fibro-óseos lesiones of maxila. Nacional Jornal of Otorhinolaryngology and Head & Neck Surgery. 2014; 2(3): 35 - 8.
7. Roy E, Lan S, Samir M. Benign Fibro-Osseous Lesions of the Craniofacial Complex A Review. Cabeza y Cuello Pathol. 2008; 5(3): 118 -146.
8. Suresh K, Sachdeva MDS, Sakshi MBDS, Husain SMDS, Purnendu RMDS. Peripheral Cemento-Ossifying Fibroma with Uncommon Clinical



- Presentation: A Case Report. *odovtos-Int. J. Dental Sc.* 2018; 20(1): 17 - 23.
9. Gómez RCA, Rodríguez RD, Lemus RO. Tratamiento quirúrgico de fibroma cemento – osificante. Reporte de un caso. *AMCBM Colegio.* 2016; 12(3): 111 - 15.
 10. Ehtisham M, Gupta V, Tyagi N, Misra A. Peripheral Ossifying Fibroma: A Review. *Heal Talk.* 2016; 8(5): 44 - 45.
 11. Jan I, Wani F, Khare a, Ehtisham M. Periapheral Ossifying Fibroma: A Case Report. *Heal Talk.* 2016; 8(5): 38 - 39.
 12. Carrera GI, Berini AL, Cosme GE. Fibroma osificante periférico. Presentación de un caso clínico y revisión bibliográfica. *Medicina Oral.* 2001; 6(1): 135 - 141.
 13. Costa CFC, Shumacher CG, Berrocal SC, Carvaho TPC, Amenábar JM. Fibroma osificante periférico de establecimiento precoz: reporte de un caso. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral.* 2017; 10(2): 84 – 86.
 14. Nagarjuna RYV, Deepika PCR, Usha H, Haridas AV. Peripheral ossifying fibroma with an underlying exophytic bony mass. *Revista de la Organization Internacional de Investigación Dental Clínica.* 2015; 7(1): 59 - 63.
 15. González PMC, Grimaldo CM. Fibroma osificante periférico en el maxilar. ¿lesión reactiva o neoplasia verdadera? Reporte de un caso. *Acta Odontológica Venezolana.* 2010; 48(3): 1 - 13.



16. Labady LJ, Rodríguez MJ, Moret GY. Fibroma osificante periférico – Revisión de la literatura y presentación de dos casos clínicos. *Acta odontológica*. 2013; 51(1): 1 - 11.
17. Pérez Álvarez D, González Sánchez MA, Berini Aytes L, Gay Escoda. Fibroma osificante periférico: presentación de tres casos clínicos y revisión de la literatura. *Avances en odontoestomatología*. 2011; 27(4): 183 - 188.
18. Martos FM, Bordonaba LS, Sahuquillo BJ, Malet HD. Large peripheral ossifying fibroma: Clinical histological, and immunohistochemistry aspects. A case report. *Rev esp cir oral maxilofac*. 2017; 39(1): 28 - 49.
19. Sharma M, Sharma KG. Peripheral Ossifying Fibroma – A Masquerada. *Annals of Dental Research*. 2012; 2(1): 36 - 43.
20. Nazareth B, Arya H, Ansari S, Aurora R. Peripheral Ossifying Fibroma – A Clinical Report. *En t. J. Odontostomat*. 2011; 5(2): 153 - 156.
21. Neville BD, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Tumores de Tejidos Blandos. *Patología Oral y Maxilofacial*. 2ª. lugar de edición: guanabara koogan; 2002. p. 433 – 434
22. Carbonell MZB, González HGJ, Mendoza PAA. Fibroma osificante periférico: caso clínico. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*. 2010; 7(2): 223 - 227.
23. Anuj SP, Sumit N, Anu N, Rajbir. Peripheral ossifying fibroma: a diagnostic dilemma. *Journal of Advanced Medical and Dental Sciences Research*. 2015; 3(2): 162 - 164.



24. Regezi JA, Sciubba JJ. Patología bucal Correlaciones clínicopatológicas. 3era ed. México: McGrawHill Interamericana; 1999.
25. Chaitra TR Anand PS, Prasad NJ, Adwait UK. Peripheral Ossifying Fibroma: Dilema in diagnosis. BMJ. 2012; 10(11): 1 - 2.
26. Duarte HSP, Hernández PF, Martínez ML. Fibroma osificante periférico del maxilar: a propósito de un caso. Revista ADM. 2010; 67(3): 133 - 36.
27. Kapdan A, Ozurnah F, Unal M, Ari T, Peripheral ossifying fibroma associated with actinomycosis. J Pediatr Dent. 2014; 2(2): 70 - 73.
28. Sairam V, Padmaja K, Praveen KB, Naresh G, Vikas RG. Fibroma osificante periferico: aportacion de un caso. Adv Dent y oral Healt. 2016; 1(3): 1 - 4.
29. Shafer WG, Levy BH. Tratado de Patología Bucal. 2ª edición. México D.F.: Nueva Editorial Interamericana; 1986. p. 141- 3.
30. Khizer M, Priya NS, Shivamurthy R, Sarvani M. Fibroma osificante periférico. Diario de sociedad India de Periodontología. 2013; 17(4): 507 - 509.
31. Mirchandani NM, Amit AA, Triveni AK, Kshtij. Fibroma osificante periférico. Revista de la Organización Internacional de Investigación Dentsl Clínica. 2015; 7(2): 159 - 161.
32. Rallan M, Lumbini P, Neelakshi SR, Neeraj G. Fibroma Osificante Periferico. Recordatorio de lección clínica importante. 2013; 10(3): 1 - 3.
33. Gadea CR, Cartagena AL, Cáceres LT. Diagnóstico y tratamiento del granuloma piógeno oral: serie de casos. Revista Odontológica Mexicana. 2017; 21(4): 253 - 261.



34. Castillo CA, Doncel PC. Granuloma Piógeno. Presentación de un caso clínico. Rev haban cienc méd. 2013; 12(3): 1 - 6.
35. Ucán CE, Castillo BR, Martínez AV, Berzunza SAP. Granuloma periférico de células gigantes. Reporte de un caso. Rev Tamé. 2013; 2(4): 121 – 125.
36. Cristino SBA, Cruz LB, Borges YA, Aldape BBC. Granuloma periférico de células gigantes. Revisión de 87 casos. Revista ADM. 2016; 73(4): 175 - 182.
37. Brenes BJL. Hiperplasia fibrosa inflamatoria: a propósito de un caso. Rev. Cient. Odontol. 2013; 9(1): 41 - 45.
38. Casian RA, Trejo QP, De León TC, Carmona RD. Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria: reporte de un caso. Rev. Clini. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral. 2011; 4(2): 1 - 10.
39. Pinedo F, Fernández A, Bravo C, Somarriva C, Santibáñez N. Fibroma Odontogénico Periférico: Reporte de un Caso. Int. J. Odontostomat. 2017; 11(2): 1 - 6.
40. Rebolledo CM, Cantillo PO, Díaz CA. Fibroma periférico Odontogénico. A propósito de un caso. Avances en odontoestomatología. 2010; 26(4): 183 - 187.
41. Garay F, Llanos D, Soria L, Vercesi C. Fibroma Odontogénico Periférico. A propósito de 2 casos clínicos. Odontoestomatología. 2009; 11(12): 28 - 33.
42. Sudhakar S, PraveenKB, Prabhat MPV. Fibroma osificante periférico. Reporte de un caso. Revista Electrónica de Salud y Ciencias Afines. 2009; 8(3): 1 - 3.



43. Nirmala SVSG, Ramasub B, Sivakumar N, Swetha A, Sandeep C. Fibroma Osificante Periférico. *Mednifico Journal*. 2007; 2(2): 153 - 155.
44. Patil SR, Yadav N, Rao KA, Kuraym AKK, Alam MK. Gestión de un fibroma óseo periférico en un paciente masculino. *Revista Internacional de Ciencias Humanas y la Salud*. 2017; 1(2): 83 - 85.
45. DeLong L, Burkhart NW. Crecimiento de tejido blando. *Patología Oral y General en Odontología*. 2ª. Barcelona España: Wolters Kluwer; 2015. p. 451 - 452.



ANEXOS

Anexo 1:


 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
 CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA
 EXPEDIENTE DE PATOLOGÍA BUCAL



FECHA: Oct /17

NOMBRE: Rocio Carbajal Sánchez
 EDAD: 33 años FECHA DE NACIMIENTO: 2/11/83
 DOMICILIO: Av. México No 2 Sta Ma. Aztahuacán
 TELÉFONO: 55 71485391
 OCUPACIÓN: Ama de casa
 ESCOLARIDAD:
 ESTADO CIVIL: Casada

MOTIVO DE INTERCONSULTA: "Fibroma"

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: Caries 1º, Labio deshidratados, gingivitis Euforia, Artralgia, menovragia.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS: Hábita vivienda rentada con familia nuclear, intradomicilianos, cuenta con todos los servicios al día, 3 embarazos a término, realiza 3 comidas al día, el aseo personal lo realiza cada 3er día, cambio de ropas diario

ANTECEDENTES SEXUALES:
Después de el último embarazo le realizaron la cesárea

TRATAMIENTO: Realizó enjuagues con clorhexidina (medio año)

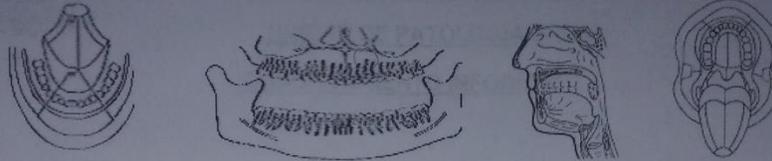
PADECIMIENTO ACTUAL: Presenta aumento de volumen en zona adherida a nivel de O.D 22, 23, con 3 años de evolución, posterior al último embarazo, asintomática, en el último año el crecimiento fue un poco más acelerado, actualmente limita la higiene de la zona, ya que presenta ligero sangrado con contactos bruscos

LUGAR DE ENVÍO DE LA INTERCONSULTA:
 Clínica (X) Especifique: Zaragoza Grupo:
 Centro de salud u hospital () Especifique: Consultorio privado (X)

DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LA LESIÓN:



MARQUE CON COLOR ROJO EL SITIO DE LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN



DESCRIPCIÓN IMAGENOLÓGICA DE LA LESIÓN:

Radiolúcida Radio-opaca () Mixta ()
Unilocular Multilocular ()
Bordes definidos Bordes difusos ()

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: granuloma piógeno

BIOPSIA:

Incisional () Escisional BAAF ()

AUXILIARES DE LABORATORIO Y GABINETE:

DIAGNÓSTICO:

PRONÓSTICO: Favorable

TRATAMIENTO Y/O TERAPÉUTICA EMPLEADO: Ax.

PROGRAMACIÓN DE PROCEDIMIENTO (LUGAR, FECHA Y HORA):

OBSERVACIONES:

NOTAS DE EVOLUCIÓN:

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE

Rocio C.S

FIRMA DEL PACIENTE



**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**
UNIDAD DE PATOLOGÍA BUCAL
CONSENTIMIENTO INFORMADO

El paciente o tutor firma aceptando que los datos aquí referidos son verdaderos, liberándonos a la institución y el al Cirujano Dentista tratante, de toda responsabilidad profesional, civil o penal si es que ha omitido o falseado dato o comentario alguno, de su estado de salud general u odontológico del padecimiento o razón que es motivo de la consulta actual o que pudiera comprometer o alterar la buena evolución de los padecimientos médico odontológicos que aquí se aplican.

Así mismo acepta que fue informado de los riesgos, previstos o imprevistos del tratamiento indicado y del costo que éste representa, eximiendo de responsabilidad al Cirujano Dentista en caso de no seguir sus instrucciones por negligencia u olvido.

NOTA:

Se hace de su conocimiento que el expediente clínico (Información, radiografías, fotografías, modelos y anexos) es propiedad de la Universidad Nacional Autónoma de México y que su contenido podrá ser utilizado con fines de docencia, investigación y difusión de la cultura.

Rocio C.S
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE



Anexo 2:



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLINICA UNIVERSITARIA DE ATENCIÓN A LA SALUD "ZARAGOZA"
LABORATORIO CLINICO "ZARAGOZA"



Nombre del paciente: Rocio Carbajal Sánchez	Edad: 33a	CLAVE: 157CSR
Nombre del Médico: A.Q. C.	Sexo: Femenino	
Diagnóstico presuntivo: C.D	Fecha: 17-oct.-2017	

HEMATOLOGÍA

PRUEBA	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
Hematocrito	40.7 %	38 - 54 %
Hemoglobina	13.5 g/dL	12 - 16 g/dL
Leucocitos	4.7 $10^9/mm^3$	5.0 - 10.0 $10^9/mm^3$
Eritrocitos	4.4 $10^6/mm^3$	4.2 - 6.2 $\times 10^6/mm^3$
CMHC	33.2 %	26-32 %
CHM	30.7 pg	27 - 32 pg
VCM	92.5 fl	82 - 98 fl
Linfocitos	25 %	20 - 40 %
Neutrófilos	67 %	40 - 70 %
Bandas	0 %	
Eosinófilos	3 %	0 - 1 %
Monocitos	5 %	2 - 8 %
Basófilos	0 %	2 - 4 %
Plaquetas	213 $10^9/mm^3$	150 - 400 $10^9/mm^3$
VSG	mm/h	hombres 0-7 , mujeres 10-15, niños 1-15 mm/h

Observaciones:

QUÍMICA CLÍNICA

PRUEBA	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
Glucosa	98 mg/dL	70 - 100 mg/dL
Urea	20.8 mg/dL	10 - 50 mg/dL
Creatinina	0.33 mg/dL	0.50 - 1.20 mg/dL
Ácido úrico	5.1 mg/dL	2.40 - 5.40 mg/dL
Colesterol	147 mg/dL	150 - 200 mg/dL
Triglicéridos	242 mg/dL	50 - 160 mg/dL

INMUNOLOGÍA

Grupo Sanguíneo	"B"	Factor Rh:	Positivo
-----------------	-----	------------	----------

COAGULACIÓN

PRUEBA	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
TP	11.6 seg	10 - 15 seg.
TTP	37.4 seg	27 - 45 seg.



QFB. Alicia Cabrera Aguilar
RESPONSABLE DE LABORATORIO



FES ZARAGOZA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES DE QUÍMICA
FARMACÉUTICA BIOLÓGICA
LABORATORIO CLÍNICO
ZARAGOZA



Anexo 3:

 **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

 **FES ZARAGOZA**

UNIDAD DE PATOLOGÍA BUCAL

REPORTE DE ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO

BZ/ 112 /17

FECHA: 09/11/17

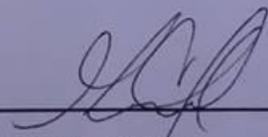
NOMBRE DEL PACIENTE: Rocío Carbajal Sánchez
EDAD: 33 años **GÉNERO:** Femenino
DR(A) SOLICITANTE: Grisel Corona
TIPO DE BIOPSIA: Escisional
DIAGNÓSTICO CLÍNICO: Granuloma piógeno

DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA:
Se recibe espécimen único de tejido que mide 2 x 1.2 x .7 cm de superficie lisa, bordes regulares, color café claro consistencia blanda.

DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA:
En los cortes histológicos examinados compuestos en su mayor parte por tejido conjuntivo fibroso denso bien vascularizado, entremezclado con trabéculas de tejido óseo vital maduro. El epitelio es escamoso estratificado hiperparaqueratinizado con áreas de acantosis.

DIAGNÓSTICO:

Fibroma Osificante Periférico



CD.PB. Grisel Alicia Corona González

