



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"**

**FIBROMA OSIFICANTE JUVENIL
TRABECULAR.
CASO CLÍNICO.**

T E S I S

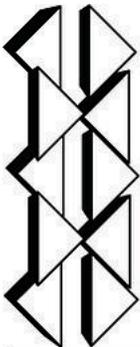
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO
CIRUJANO DENTISTA

AURA IO CRUZ ARCE

DIRECTOR: CMF. SERGIO SOTO GONGORA

ASESOR: CD. GERARDO GUIZAR MENDOZA

MÉXICO, D.F. ENERO 2014.





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



**FIBROMA
OSIFICANTE
JUVENIL
TRABECULAR.
CASO CLÍNICO.**

AGRADECIMIENTOS

Primero que nada, estoy sumamente agradecida con esas dos personas que me dieron la vida, Bernardo Cruz Villegas y Reyna Alicia Arce Velasco, mis padres, sin ustedes hoy no sería nada, me han apoyado en todo lo que he querido y han estado conmigo en las buenas y en las malas. No tengo como pagarles todo lo que han hecho por mí, muchas muchas gracias por creer en mí.

A mis hermanas Ara Dafne Cruz Arce y Alexa Clío Cruz Arce gracias por enseñarme a crecer y a ser mejor, por apoyarme pese a todo y porque con ustedes sé que nunca estaré sola.

Gracias a toda mi familia, a todos y todas aquellos que confiaron y creyeron en mí que estuvieron conmigo y que incluso me apoyaron como pacientes, infinitamente gracias. Gracias por todas esas muestras de amor y cariño que siempre he tenido de ustedes.

Y no podía faltar Araceli Rodríguez Carrillo la persona que siempre esta hay apoyándome y ayudándome en lo que la vida me presenta.

Gracias al doctor Sergio Soto Góngora por todas sus enseñanzas no solo académicas si no también de vida.

Gracias al doctor Gerardo Guizar Mendoza y a la doctora Josefina Morales Vázquez por su apoyo y guía en la elaboración de esta tesis.

Gracias a todas esas personitas que han aparecido recientemente en mi vida, Alma Esperanza Sandoval, Edgar León Mena, que me han enseñado a ver más allá, a no quedarme conforme, a buscar y luchar por más.

Gracias a todas las personas que han estado en mi vida, que me han enseñado y dejado algo, que gracias a todos esos momentos con ustedes hoy me han hecho lo que soy.

ÍNDICE

| | PAG. |
|-------------------------------------|------|
| INTRODUCCIÓN | 7 |
| MARCO TEÓRICO | 9 |
| • LESIONES FIBRO-ÓSEAS | 10 |
| • CLASIFICACIÓN | 11 |
| • FIBROMA OSIFICANTE | 14 |
| ○ ANTECEDENTES | 15 |
| ○ EPIDEMIOLOGÍA | 15 |
| ○ ETIOLOGÍA | 16 |
| ○ CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS | 17 |
| ○ CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS | 17 |
| ○ CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS | 18 |
| ○ DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL | 18 |
| ○ TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO | 19 |
| ○ CLASIFICACIÓN | 20 |
| • FIBROMA OSIFICANTE JUVENIL | 20 |
| ○ ETIOLOGÍA | 21 |
| ○ EPIDEMIOLOGÍA | 21 |
| ○ CLASIFICACIÓN | 22 |
| ○ CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS | 23 |
| ○ CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS | 24 |
| ○ CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS | 24 |

| | PAG. |
|--------------------------------------|------|
| ○ DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL | 25 |
| ○ AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO | 27 |
| ○ TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO | 29 |
| DISEÑO METODOLÓGICO | 31 |
| PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO | 32 |
| IMPACTO Y TRASCENDENCIA | 50 |
| CONCLUSIONES | 51 |
| PROPUESTAS | 52 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 53 |
| ANEXOS | 56 |



INTRODUCCIÓN

Las lesiones fibro-óseas benignas comprenden un grupo de trastornos que se dan por un reemplazo de hueso por tejido conectivo fibroso y material calcificado. Presentan un bajo porcentaje de incidencia en las patologías de cabeza y cuello.

Su reconocimiento, así como el diagnóstico de estas lesiones, deben ser dados en primera instancia por el odontólogo de práctica general, siendo éste el profesional con el que el paciente tiene el primer contacto.

De estas lesiones, el Fibroma Osificante se presenta con una prevalencia del 5%, por lo que el diagnóstico y los planes de tratamiento resultan aún más complicados, al existir poca información en la literatura. Se caracteriza como una neoplasia ósea benigna y cuyo reconocimiento en sus etapas iniciales es únicamente radiográfico, debido a que presenta una evolución asintomática.

Afecta la zona maxilofacial y los huesos largos, es proliferativa y se expande lenta y progresivamente, ocasionando una expansión de corticales que le provoca al paciente una marcada asimetría facial.

Suele presentarse entre la tercera y cuarta década de la vida, con predilección del sexo femenino. Su variedad más agresiva es el Fibroma Osificante Juvenil. Éste es una entidad constituida por tejido conectivo fibroso con hueso metaplásico y masas mineralizadas, que generalmente se encuentra encapsulada. Aparece como una tumoración dura, localizada, que desplaza órganos dentarios, los cuales conservan su vitalidad y la mucosa se mantiene intacta.

Su característica primordial es la temprana edad de aparición, su localización y el patrón radiológico e histológico que presenta. Su etiología es incierta, por sus múltiples localizaciones. Presenta dos variantes histopatológicas el tipo trabecular



y el psammomatoide. El tratamiento dependerá de la localización y el grado de agresividad, llevándose a cabo la enucleación quirúrgica o la resección en bloque, dependiendo el caso.

Se presenta en pacientes menores de 15 años en el 79% de los casos, por lo que el conocimiento de este tipo de lesiones proporciona, al Cirujano Dentista datos que le permiten entender mejor la biología alterada del hueso. De esta manera, planeará y/o manejará en forma adecuada los tratamientos necesarios para los pacientes, donde el abordaje multidisciplinario es necesario para ésta patología, que afecta los huesos maxilares.

Así nace la importancia de describir dicha patología y sus características clínicas, patológicas, radiológicas, histológicas, métodos diagnósticos y tratamiento, por lo que se presenta el caso clínico de un paciente masculino de 10 años de edad, que se registró en el Hospital General Regional "La Perla" con una lesión tumoral mandibular que fue diagnosticada como un Fibroma Osificante Juvenil Trabecular, basándonos en los indicadores específicos citados en la literatura.

Logrando con esta información que el odontólogo de práctica general, que es el profesional de la salud que tiene el primer contacto con los pacientes que presentan estas lesiones en fases iniciales, tenga la capacidad de diagnosticar oportunamente y referirlas con el especialista correspondiente, evitando con esto la progresión a lesiones de mayor tamaño que requieran tratamientos más radicales.



MARCO TEÓRICO

Los tumores odontogénicos son lesiones exclusivas de los maxilares derivadas del epitelio, ectomesénquima y/o mesénquima, elementos asociados al desarrollo del órgano dental. El tejido anormal de cada uno de estos tumores puede correlacionarse con tejido presente en la odontogénesis, desde el origen de la erupción del órgano dentario. ⁽¹⁻³⁾

Los tumores de cabeza y cuello fueron descritos por primera vez como entidades patológicas por Lichtenstein hace más de 60 años. Estos tumores se pueden encontrar exclusivamente en el esqueleto maxilofacial y/o en los tejidos de soporte. ^(1, 2, 4, 5)

Los tumores pueden formarse en cualquier etapa de la vida de un individuo. Conociendo las características como la edad, género y localización pueden evaluarse y desarrollarse diagnósticos diferenciales de tumores odontogénicos.

Las clasificaciones utilizadas están basadas primeramente en el comportamiento de las lesiones. ⁽²⁾

El término lesión fibro-ósea comprende un amplio grupo de entidades de etiología y conducta biológica diversas, pero que manifiestan características histopatológicas similares.

Las lesiones fibro-óseas son en las que se produce el reemplazo de la arquitectura ósea normal por tejido fibro-celular benigno, donde se forman cantidades variables de material mineralizado con características de hueso inmaduro o tejido similar al cemento dental. ⁽⁶⁾



Aunque no existe alguna clasificación satisfactoria, Waldron las divide en tres categorías, según la integración de los aspectos clínicos, radiográficos, quirúrgicos y microscópicos: Displasias Fibrosas, Displasias Cemento – Óseas y Neoplasias Benignas Fibro – Óseas. ^(7,8)

LESIONES FIBRO – ÓSEAS

Las lesiones fibro-óseas benignas comprenden un grupo de trastornos que poseen dificultades en su diagnóstico y tratamiento, dadas por un reemplazo de hueso por tejido compuesto de fibras colágenas y fibroblasto. ^(8, 9)

Estas lesiones sustituyen la arquitectura ósea por un tejido fibro-celular que produce material calcificado y que puede ser hueso metaplásico y/o material que recuerda al cemento radicular. ⁽¹⁰⁾ Por lo que pueden representar trastornos de desarrollo, lesiones reactivas o francas neoplasias. La histología permite definir algunas de estas lesiones. ⁽¹¹⁾

Las lesiones fibro-óseas benignas de los maxilares comprenden un grupo de trastornos diversos, interesantes y desafiantes, que poseen dificultades en su diagnóstico y tratamiento. Como común denominador, presentan el reemplazo de hueso normal por un tejido compuesto de fibras colágenas y fibroblasto, el cual contiene cantidades variables de hueso y/o material calcificado, que recuerda al cemento radicular. ⁽⁸⁾



Dentro de la naturaleza de dichos fenómenos, encontramos a lesiones de tipo infeccioso, quistes y neoplasias benignas y malignas, ambas de origen odontogénico y no odontogénico, así como fenómenos considerados como trastornos del desarrollo. Siendo representativas por la extensión del fenómeno o estructuras vecinas vitales, presencia de fracturas patológicas, infecciones agregadas que compliquen el cuadro clínico, la emisión de decisiones diagnósticas no adecuadas que conlleven a una falla en el tratamiento y pronóstico de la lesión.⁽¹²⁾

El término de lesión fibro-ósea no es un diagnóstico concreto, ya que agrupa una serie de procesos patológicos con origen, apariencia radiológica e histopatológica similar.

CLASIFICACIÓN

Se han propuesto varias clasificaciones para agrupar estos procesos patológicos.

La realizada por Edwards y cols en 1984. Posteriormente, Waldron (1993) y Brannon y Fowler (2001) propusieron otras clasificaciones que también han sido referidas por otros autores.⁽¹²⁾

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) estas lesiones se pueden clasificar en benignas, malignas y no-neoplásicas. La subdivisión de las lesiones benignas se basa en los tejidos odontogénicos que se encuentran involucrados.⁽²⁾



TUMORES MALIGNOS

- Carcinoma Odontogénico.
 - Ameloblastoma Metástasico (maligno)
 - Carcinoma Ameloblástico, tipo Primario
 - Carcinoma Ameloblástico, tipo Secundario (Intraóseo)
 - Carcinoma Ameloblástico, tipo Secundario (Periférico)
 - Carcinoma de Células Escamosas Primario Intraóseo (tipo Sólido)
 - Carcinoma de Células Escamosas Primario derivado de Tumores Odontogénicos Queratoquísticos
 - Carcinoma de Células Escamosas Primario Intraóseo derivado de Quistes Odontogénicos
 - Carcinoma Odontogénico de Células Claras
 - Carcinoma Odontogénico de Células Fantasma

- Sarcomas Odontogénicos
 - Fibrosarcoma Ameloblástico
 - Fibrodentino Ameloblástico y Fibro – Odontosarcoma

TUMORES BENIGNOS

- Odontogénico con Epitelio Maduro, Odontogénico sin Estroma Fibroso, Ectomesenquima
 - Ameloblastoma Sólido / Tipo Multiquístico
 - Ameloblastoma Extraóseo / Tipo Periférico
 - Ameloblastoma Tipo Desmoplásico
 - Ameloblastoma Tipo Uniquístico
 - Tumor Odontogénico Escamoso
 - Tumor Odontogénico Epitelial Calcificante



- Tumor Odontogénico Adenomatoides
- Tumor Odontogénico Queratoquístico

- Epitelio Odontogénico con Ectomesenquima Odontogénico con y sin formación de Tejido Duro
 - Fibroma Ameloblástico
 - Fibrodentinoma Ameloblástico
 - Fibro – Odontoma Ameloblástico
 - Odontoma
 - Odontoma, Tipo Complejo
 - Odontoma, Tipo Compuesto
 - Odontoameloblastoma
 - Tumor Odontogénico Quístico Calcificante
 - Tumor Dentinogénico de Células Fantasma

- Mesénquima y / u Odontogénico Ectomesenquima con o sin Epitelio Odontogénico
 - Fibroma Odontogénico
 - Mixoma Odontogénico / Mixofibroma
 - Cementoblastoma

- Lesiones Relacionadas con Hueso
 - Fibroma Osificante
 - Displasia Fibrosa
 - Displasia Ósea
 - Lesión Central de Células Gigantes (Granuloma)
 - Querubismo
 - Quiste Óseo Aneurismático
 - Quiste Óseo Simple



OTROS TUMORES

- Tumor Melanótico Neuroectodermal de la Infancia

En el presente trabajo se presenta un caso clínico de una lesión relacionada con el hueso, denominada fibroma osificante, el que a continuación se describirá:

FIBROMA OSIFICANTE

El Fibroma Osificante es una verdadera neoplasia con un significativo potencial de crecimiento.⁽⁹⁾ Es una lesión bien demarcada, compuesta por tejido fibrocelular y material mineralizado de diferentes apariencias.^(2, 13)

La neoplasia está compuesta por tejido fibroso que contiene una mezcla variable de hueso trabecular, cemento, como esférulas, o ambos. También contiene una variedad de estructuras mineralizadas.⁽¹⁴⁾

Afecta en la zona maxilofacial y huesos largos, siendo de nuestro interés primordialmente la afección en mandíbula en su zona posterior. Es una lesión proliferativa de lento crecimiento, que expande lenta y progresivamente las corticales, ocasionando deformidad, asimetría facial. Se caracteriza por no presentar sintomatología dolorosa.^(9, 15, 16)

No existe evidencia alguna de que el fibroma osificante se convierta en una lesión maligna.⁽¹⁷⁾



ANTECEDENTES

El término fue acuñado por Montgomery (1927) y fue descrito por Menzel (1872) caracterizándolo como una neoplasia ósea benigna y cuyo reconocimiento es mayormente radiográfico ya que su evolución tiende a ser asintomática. (8, 9, 16,17)

En 1948 Sherman y Sternberg hicieron una descripción detallada de los aspectos clínicos, radiológicos e histológicos del fibroma osificante. (17)

Descrita como una entidad neoplásica benigna constituida por tejido conectivo fibroso con hueso metaplásico y masas mineralizadas, generalmente se encuentra encapsulada. Aparece como una tumoración dura, localizada, de crecimiento lento que desplaza órganos dentarios los cuales conservan su vitalidad y la mucosa se mantiene intacta. (9,17, 18)

EPIDEMIOLOGÍA

El FO es una lesión de baja incidencia con un porcentaje menor al 5% de los tumores óseos benignos. Aunque la epidemiología del fibroma osificante no es clara debido a que muchos reportes anteriores confundieron a la Displasia Cemento-Ósea Focal con un verdadero fibroma osificante. (15)

Suele presentarse entre la segunda y cuarta década de la vida, con una predilección del sexo femenino. Se presenta mayormente en la mandíbula, que en maxilar, en su zona posterior; en zona de premolares y molares es el sitio más común de aparición. La edad de aparición de los subtipos histológicos varía. (2, 8, 13, 15, 19, 20)



ETIOLOGÍA

Se ha sugerido que el origen de estos tumores es odontogénico o del ligamento periodontal, aunque microscópicamente se muestre idéntico al cemento. También se han reportado casos donde se presenta en órbita, hueso esfenoidal, etmoidal, frontal y temporal, dejando las teorías sobre su origen como una cuestión abierta. (5, 8, 9, 14,17, 21)

HISTOGÉNESIS

El fibroma osificante es originado por el ligamento periodontal. La genética somática nos muestra los siguientes cromosomas anormales en el fibroma osificante:

- Casos con tres translocaciones recíprocas con el cariotipo **46 XY**.
- Casos con alteraciones que afectan lo cortos brazos del cromosoma **X, 2** y en otro caso con alteración, afectando los brazos cortos de los cromosoma **X, 2, 7 y 3**.
- Casos con cromosomas idénticos donde los puntos de interrupción se producen en bandas **Xq26** y **2q33**, con un idéntico **t (X; 2) (q26; q33)** de translocación recíproca, mientras que en otros casos con una inserción intersticial de bandas **2q24.2q33** en **Xq26**.



CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Las lesiones pequeñas raramente causan sintomatología y son detectadas únicamente radiográficamente. Muchos tumores que no presentan sintomatología dolorosa, que involucran hueso, en casos de larga evolución pueden originar una asimetría facial creciente, debido a un abombamiento de la cortical ósea, dicha asimetría en ocasiones se observa con un lado grotesco. La lesión que recubre la lesión permanece normal. El dolor y la parestesia son raros de asociar al fibroma osificante. (5, 8, 13, 14, 19, 22)

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS

La lesión se encuentra usualmente bien definida y unilocular. Algunos ejemplos muestran un borde esclerótico. Dependiendo de la cantidad de material calcificado producido en el tumor se observa radiolucidez o en diversos grados radiopacidad, lo cual podemos utilizar como indicador para conocer o aproximarnos a la etapa en la que se encuentra la lesión. La divergencia de las raíces o la reabsorción de estas asociadas al tumor pueden ser notadas. (5, 6, 8, 20, 22)

El verdadero fibroma osificante en mayor parte se muestra radiopaco con una delgada radiolucidez, en la periferia. Algunos reportes muestran un patrón radiográfico muy similar al que se muestra en la etapa final de la Displasia Cemento-Ósea Focal. (14, 23)



CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS

El tumor es presentado usualmente en una masa. El fibroma osificante consiste en tejido fibroso que exhibe diversos grados de celularidad y contiene material calcificado. Gran parte del tejido puede estar en forma de trabéculas. (8, 13, 22, 24)

El hueso trabecular varia en tamaño y frecuencia demostrando un tejido entremezclado con patrones laminares. Las esférulas, que recuerdan al cemento, suelen mostrar un borde periférico que se mezcla con el tejido conectivo adyacente. La variación en el tipo de material mineralizado producido nos ayuda a distinguir al fibroma osificante de la displasia fibrosa, la cual presenta un patrón de hueso diferenciado más uniforme.^(2, 14)

En ocasiones la presencia de una cápsula fibrosa en el fibroma osificante como una oposición a la unión con el tejido circundante. ⁽²⁾

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Presenta diversos diagnósticos diferenciales. Entre los que destacan, están la Displasia Fibrosa y el Fibroma Cementificante y Osteoma Osteoide. ⁽⁹⁾

- Displasia Fibrosa: Alteración regional asintomática del hueso, en la cual la arquitectura normal es reemplazada por tejido fibroso y estructuras óseas no funcionales de aspecto trabecular; las lesiones pueden ser monostóticas o polioestóseas, con o sin trastornos endocrinos asociados. ^(1, 4, 24, 25)



- Fibroma Cementificante: Lesión intraósea expansiva de los maxilares, bien delimitada y encapsulada, constituida por tejido fibroso celular, que contiene calcificaciones esféricas y estructuras óseas irregulares, orientadas al azar.⁽¹⁾
- Osteoma Osteoide: Lesión intraósea benigna que corresponde a tumoraciones intraóseas redondeadas bien delimitadas, con un nido celular central activo rodeado por una ancha zona osteoide, con dolor a la palpación. Son lesiones mayores a 2cm de diámetro, no presentan recidiva. ^(1, 26)

TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO

La naturaleza circunscrita del fibroma osificante generalmente permite la enucleación del tumor relativamente fácil. Algunos ejemplos que han tenido un amplio crecimiento y han destruido una cantidad considerable de hueso pueden necesitar resección quirúrgica e injerto de hueso. ^(8, 14)

El pronóstico es bueno. La recurrencia después de la remoción del tumor es encontrada raramente. No hay evidencia de que el fibroma osificante se convierta en maligno. ^(13, 14)



CLASIFICACIÓN

A continuación se detallará la clasificación de interés para la investigación:

FIBROMA OSIFICANTE JUVENIL

La variedad más rara y agresiva del fibroma osificante es llamada Fibroma Osificante Juvenil o Fibroma Osificante Juvenil Activo o Fibroma Osificante Juvenil Agresivo, cuyas características principales son la temprana edad de aparición, la localización del tumor, el patrón radiológico y la tendencia a la recidiva que presenta. Es una lesión no odontogénica que imita una lesión odontogénica. ^(27, 28, 29)

El fibroma osificante juvenil es una lesión controversial que se ha distinguido del grupo del fibroma osificante en base a la edad del paciente, los sitios más comúnmente involucrados, y el comportamiento clínico. ⁽¹⁴⁾



ETIOLOGÍA

Su etiología en este momento se ha vuelto incierta, debido a sus múltiples localizaciones, como lo son la órbita, hueso frontal, entre otros.

Se caracteriza por la edad temprana de aparición, el patrón óseo encontrado y el comportamiento local agresivo. ^(30, 31)

EPIDEMIOLOGÍA

La edad de diagnóstico varía, con casos reportados en pacientes de menos de 6 meses de edad, hasta mayores de 70 años de edad. ⁽¹⁴⁾ Aunque se observa un desarrollo del 79% de los casos en menores de 15 años. Según Hamner y cols, la edad promedio es de 11.5 – 11.8 años de edad.

La neoplasia más agresiva es el tipo trabecular; tiende a ser diagnosticado inicialmente en infantes, niños pequeños y en pacientes jóvenes. Esto significa que el fibroma osificante juvenil trabecular se presenta aproximadamente en pacientes de 11 años de edad. Mientras que el fibroma osificante juvenil psammomatoide se presenta en un promedio en pacientes de 22 años de edad. ⁽¹⁵⁾

No hay una significativa predilección de género. Ambos patrones aparecen en mandíbula, pero se ha revelado una predominancia maxilar. Aunque muchos de estos tumores son descubiertos inicialmente por exámenes radiográficos rutinarios, la expansión de corticales puede resultar clínicamente detectable. La



variante psammomatoide aparece frecuentemente fuera de la mandíbula, con un 70% presente en órbita y hueso frontal y senos paranasales. ⁽¹⁴⁾

CLASIFICACIÓN

Se han mostrado dos diferentes neoplasias de ésta, con formas histopatológicas y características clínicas diferentes. Varias investigaciones han aceptado los dos patrones del FOJ. ^(2, 14) Presenta dos variantes histopatológicas: el fibroma osificante juvenil tipo trabecular y el fibroma osificante juvenil tipo psammomatoide. ⁽⁶⁾

- **Trabecular:** Consiste en un tejido rico en células fibrosas que contienen bandas de células osteoides sin osteoblastos, con delgadas trabéculas de hueso inmaduro que contienen vastas lagunas con osteocitos que están demarcados por borde denso de osteoblastos hipertróficos. Algunas ocasiones este trabeculado se anastomosa para formar un entramado. La mitosis está presente, especialmente en las zonas ricas en células. Adicionalmente pero menos típicas características son las células gigantes multinucleadas, la degeneración del estroma pseudocístico y hemorragias. ⁽²⁾
- **Psammomatoide:** Ocurre principalmente en las paredes del hueso de los senos paranasales, mientras que el FOJT tiene la maxila como sitio predilecto. Se caracteriza por un fibroestroma blástico que contiene pequeños huesos que se asemejan a cuerpos de psammoma. El material mineralizado se compone de huesos esféricos o curvados que son



acelulares o muestran células escasamente distribuidas. Estos no deben confundirse con depósitos de cemento. Presenta otras características, tales como trabéculas de hueso reticular, así como hueso lamelar, la degeneración del estroma pseudoquistica y hemorragias en áreas similares a un quiste óseo aneurismático. ⁽²⁾

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

En muchas instancias el crecimiento lento de la neoplasia, está bien circunscrito con la falta de continuidad con el hueso sano adyacente. ⁽¹⁴⁾

Suele presentarse asintomático y la primera manifestación que presenta es el abombamiento de la cortical mandibular, provocando una marcada asimetría facial extra bucal. Su recurrencia es probable si no se hace la completa eliminación de la lesión, aunque también se puede deber a procesos displásicos en el metabolismo óseo. El desplazamiento de los órganos dentarios puede ser un signo clínico precoz, mientras que la mucosa y piel de la zona afectada permanece intacta. ^(29, 31)

Las complicaciones secundarias al neoplasma son típicamente de las estructuras contiguas. Con un persistente crecimiento, las lesiones derivadas en senos paranasales penetran la órbita, las fosas nasales y las cavidades craneales. La obstrucción nasal, exoftalmus o proptosis pueden ser observadas. Raramente la ceguera temporal o permanente ocurre. ⁽¹⁴⁾



CARACTERÍSTICAS RADIOLÓGICAS

Muchos de estos tumores se han descubierto inicialmente por una examinación rutinaria radiográfica.⁽¹⁴⁾

Ambos patrones revelan características radiológicas y patrones de crecimiento similares.

Radiográficamente, se muestra una lesión bien circunscrita radiolúcidamente, pero en algunos casos contiene radiopacidades centrales. La demarcación del tumor se encuentra bien definido por un borde radiopaco y la radiolucidez de la lesión varía según la etapa de maduración y la cantidad de calcificación.^(14, 31)

En etapas tempranas las lesiones son pequeñas, bien delimitadas y generalmente radiolúcidas. Al aumentar de tamaño, suelen aparecer cantidades mayores de radiopacidades irregularmente.

En una etapa de maduración, las estructuras radiopacas aumentan de cantidad y tamaño, coalesciendo, para así formar una lesión con un borde radiolúcido. Puede observarse reabsorción y divergencia radicular. El tamaño de la lesión puede variar de 0.2 cm a 15 cm.⁽³²⁾

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

Ambos patrones no se encuentran encapsulados, pero bien demarcados, del hueso circundante. El componente mineralizado en ambos patrones es diferente. En la variante trabecular presenta hilos irregulares osteoides altamente celulares que encierra osteocitos irregulares. Estos hilos están alineados por



osteoblastos y en otras áreas por osteoclastos multinucleados. En contraste, el patrón psammomatoide forma láminas óseas concéntricas y esféricas que varían en forma y tiene centros basofílicos con eosinofilos periféricos. Un borde periférico mezclándose con el estroma circundante se denota. ^(14, 29, 31, 33)

Histológicamente existe la presencia de células estromales fibrosas junto con partículas mineralizadas. Las lesiones más radiolúcidas se constituyen por tejido conjuntivo fuso-celular, suele haber calcificaciones amorfas esféricas de varios tamaños (cuerpos psammomatoides) distribuidos en toda la lesión.

En la lesión madura se observa un trabeculado óseo irregular con espacios lacunares con contenido de osteocitos, rodeado por osteoblastos. Éste suele ser un patrón laminar. También se puede observar una delgada zona de tejido fibroconectivo que separa la lesión del hueso normal adyacente.

En ocasiones estas neoplasias derivan de restos celulares ectópicos del ligamento periodontal y pueden aparecer en lugares inusuales.

Sin embargo, la presencia de lesiones microscópicamente idénticas en otras localizaciones, como órbita, hueso frontal, etmoides, esfenoides y temporal, hace que las teorías sobre su origen sean una cuestión abierta.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Histológica y radiográficamente existen como diagnósticos diferenciales: la displasia cementaria periapical, displasia cemento-ósea florida, periostitis reactiva, querubismo, osteitis deformante, osteomielitis esclerosante. Para realizar un diagnóstico adecuado se debe conjugar la clínica, la radiología y las características histológicas. ⁽³²⁾



- Displasia Cementaria Periapical: Se presenta un caso de displasia cementaria periapical con manifestación en el maxilar inferior. Su origen es mesenquimatoso y casi siempre deriva de la membrana periapical de los órganos dentarios desarrollados y erupcionados por completo. ^(34,35)
- Displasia Cemento-ósea Florida: Grupo de lesiones displásicas y reaccionales, que posiblemente derivan del ligamento periodontal, caracterizándose por reemplazar hueso normal con tejido fibroso, produciendo una cantidad variable de hueso y/o cemento muy semejante histológicamente a la Displasia Fibrosa y al Fibroma Cemento Osificante. ⁽³⁶⁾
- Periostitis Reactiva: Es una lesión que parece ser un proceso reactivo más que una verdadera neoplasia. Es más común en los huesos tubulares de las manos y los pies. Aproximadamente el 50% de los pacientes tienen un historial de trauma. Los síntomas a menudo se desarrollan en uno o dos meses. ⁽³⁷⁾
- Querubismo: Es una lesión osteofibrosa autosómica de los maxilares que afecta a más de un cuadrante y se estabiliza después del período de crecimiento, dejando por lo general alguna deformidad parcial y mal oclusión. ^(38, 39)
- Osteitis Deformante: Se trata de una alteración focal esquelética en la que el remodelado óseo está acelerado, con un aumento inicial de la resorción ósea seguida de una actividad osteoblástica excesiva. Como consecuencia de esto, se produce deformidad y aumento del tamaño del hueso con un patrón defectuoso y desorganizado (hueso plexiforme) y, por tanto, más susceptible a las fracturas y deformidades. ⁽⁴⁰⁾
- Osteomielitis Esclerosante: Es una variedad extremadamente rara, que afecta fundamentalmente a niños y adultos jóvenes y presenta grandes



dificultades para su diagnóstico y tratamiento. El curso clínico está caracterizado por un comienzo insidioso con manifestaciones de dolor y distensión local del hueso. Los síntomas tienen la característica de recidivar, incluso a través de los años; después comienza gradualmente a desaparecer. El curso de la enfermedad es prolongado e impredecible, pero el pronóstico a largo plazo es bueno. ⁽⁴¹⁾

AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

Ortopantomografía

Reproduce las estructuras del maxilar y la mandíbula mediante la visión completa de las dos arcadas dentarias en una misma película. Se utiliza para el estudio global de la cavidad bucal, ya que permite hacerse una idea general del estado bucodental del paciente e investigar patologías maxilofaciales. ⁽⁴²⁾

Radiografía Anteroposterior (AP)

Es un estudio que sirve para comparar las estructuras del lado derecho e izquierdo ya que se encuentran localizadas a una distancia relativamente igual desde la película y la fuente de rayos x, por lo tanto, la divergencia de los rayos es mínima y la distorsión es reducida.



Biopsia Incisional

La biopsia es un examen auxiliar complementario, que en ningún momento sustituye al examen clínico. La finalidad principal de la biopsia es el diagnóstico definitivo y exacto. ^(31, 43)

Se entiende entonces por biopsia la toma de tejido del organismo vivo con el fin de proceder a un examen microscópico, considerándose parte de la norma para una interpretación y diagnóstico correcto. ⁽⁴⁴⁾

La biopsia de hueso en el estudio de niños con patologías es indispensable para el diagnóstico de diversas afecciones pediátricas. Sus principales indicaciones son: ⁽¹¹⁾

1. Diagnóstico histopatológico de:
 - a. Lesiones quísticas y proliferativas de hueso Quistes, Lesiones fibro-óseas, Histiocitosis de células de Langerhans, Lesiones de células gigantes:
 - b. Tumores óseos
 - c. Fracturas patológicas
2. Etiología en osteomielitis
3. Etiología en artritis y sinovitis
4. Evaluación de la resección en bloque

No existe ninguna contraindicación para la realización de una biopsia, ya que el retiro de la lesión es más importante para el mantenimiento de la propia vida del paciente. Las limitaciones para establecer un diagnóstico se dan dependiendo de la técnica utilizada, las características de la muestra y la información clínica radiológica. ^(11, 34)

A la exploración quirúrgica, la lesión se observa bien demarcada del hueso circundante, eso permite relativamente la fácil separación del tumor del hueso



sano. Pocos FO muestran microscópicamente la cápsula fibrosa circundante del tumor. La mayoría no están encapsulados, pero sí sumamente bien demarcados del hueso circundante. ⁽¹⁴⁾

Las biopsias que preservan relación entre la cortical y la lesión son de valor en la interpretación histológica de dichas entidades; siendo la evidencia microscópica demarcación clave en la diferenciación del fibroma osificante. ⁽⁸⁾

Estereolitografía

Es una técnica que permite la creación de modelos tridimensionales. Es utilizada como una herramienta invaluable en el diagnóstico y planeación de los tratamientos quirúrgicos permitiendo la predicción y planeación de movimientos precisos de las partes del esqueleto y analizar el cambio de los resultados tanto en funcionalidad como en la armonía facial. ⁽⁴⁵⁾

TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO

El manejo clínico y pronóstico del fibroma osificante juvenil es incierto. ⁽²⁷⁾ Aunque muchos tumores demuestran un lento pero progresivo crecimiento algunos fibromas osificantes juveniles demuestran una rápida evolución.

El tratamiento de elección dependerá de la localización y el grado de agresividad de la lesión. Para lesiones pequeñas, la completa escisión o curetaje parece adecuado. Para algunas lesiones de rápido crecimiento, una resección más amplia puede ser requerida. ⁽¹⁴⁾

Puede hacerse la enucleación quirúrgica y la extracción de los órganos dentarios



cuando presenta reabsorción. Sciubba y Younai y MacDonald-Jankowski refieren que entre el 0 y el 28%, con dicho tratamiento como primera opción, presenta entre el 0 al 28% de recurrencia, si no se hace la completa eliminación de la lesión, aunque también se puede deber a procesos displásicos en el metabolismo óseo. ⁽²⁷⁾

Al ser de mayor agresividad se recomienda la resección en bloque. La resección en bloque es un procedimiento agresivo, que se acompaña por una reconstrucción de la zona mediante biotecnología, cuya finalidad es devolver la funcionalidad como prioridad.

Siendo esté un procedimiento más largo y complicado que pone en situación riesgosa la vida del paciente al tener que ser abordado mediante anestesia general, se sugiere la utilización de una preparación prequirúrgica completa. Hoy en día se cuenta con la tecnología suficiente para hacer estos procedimientos en menor tiempo mediante técnicas innovadoras como la estereolitografía que no solo puede ser utilizada para el diagnóstico sino también para una planeación quirúrgica completa.

Siendo un tumor bien diferenciado, no es una lesión radiosensible y la radioterapia puede inducir a la malignización, por lo que esta contraindicada. No se han reportado casos de transformación y/o evolución maligna. ⁽²⁸⁾ Por lo que se requiere un seguimiento del paciente de aproximadamente 5 años posterior al tratamiento.

En contraste para la rara recurrencia vista en los tipos comunes de fibroma osificante, del 30 al 58% radica en el fibroma osificante juvenil. Su transformación maligna no ha sido documentada. ⁽¹⁴⁾



DISEÑO METODOLÓGICO

Descriptivo. Presentación de un caso clínico

n = 1

RECURSOS

- HUMANOS
 - Paciente: H. G. A.
 - Director: CMF. Sergio Soto Góngora
 - Asesor: CD. Guízar Mendoza Gerardo
 - Pasante: Cruz Arce Aura lo

- FÍSICOS
 - Facultad de Estudios Superiores "Zaragoza"
 - Hospital General Regional "La Perla"

- MATERIALES
 - Historia Clínica provista por el Hospital General Regional "La Perla"
 - Libros
 - Artículos
 - Hojas
 - Plumas
 - Computadora



CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 10 años de edad que acude al Hospital General Regional "La Perla" al servicio de Cirugía Maxilofacial debido a un aumento de volumen localizado en la región mandibular izquierda.

Ficha de Identificación

Nombre: H. G.A.

Género: Masculino

Edad: 10 años

Estado Civil: Soltero

Residencia: Estado de México

Ocupación: Estudiante

Escolaridad: Primaria



Antecedentes Hereditarios Familiares (de importancia para el padecimiento)

- Interrogados y Negados

Antecedentes Personales No Patológicos

Paciente originario del Estado de Puebla y residente del Estado de México. Habita casa rentada con 6 personas más. No cuenta con servicios de luz ni drenaje. Baño, cada tercer día. Cambio de ropa, igual. Presenta todas las inmunizaciones.



Antecedentes Personales Patológicos

- Niega antecedentes
- Niega Alérgicos
- Niega Traumáticos
- Niega Tratamientos / Intervenciones Quirúrgicos
- Niega Hospitalizaciones

Interrogatorios por Aparatos y Sistemas

| Aparato y/o Sistema | |
|-----------------------|------------------------|
| Cardiovascular | Interrogados y Negados |
| Respiratorio | Interrogados y Negados |
| Gastrointestinal | Interrogados y Negados |
| Genitourinario | Interrogados y Negados |
| Hemático - Linfático | Interrogados y Negados |
| Endocrino | Interrogados y Negados |
| Nervioso | Interrogados y Negados |
| Musculo – Esquelético | Interrogados y Negados |
| Piel, Mucosa y Anexos | Interrogados y Negados |

Padecimiento Actual

Paciente que dos meses atrás inició con aumento de volumen en la región submandibular a nivel del ángulo mandibular sin presencia de sintomatología dolorosa. Acude a médico de similares, quien le comenta que es un absceso de grasa y lo refiere al Hospital General Regional "La Perla".



Exploración Física

Paciente consciente, tranquilo, alerta, orientado en sus tres esferas, edad cronológica igual a la aparente. Normocéfalo, sin presencia de exostosis ni hundimientos. Región frontal sin alteraciones. Presenta aumento de volumen en región de cuerpo mandibular que abarca casi el ángulo de la mandíbula del lado izquierdo, e intraoralmente, tanto por vestibular, como por lingual de canino a molar (Ver figura No. 1 – 4). Cuello cilíndrico, simétrico, sin alteraciones cutáneas. Resto diferido.



Figura No. 1 Vista Frontal.

Se observa ligera asimetría en el tercio mandibular del lado izquierdo.



Figura No. 2 Vista Lateral Izquierda.

Se observa ligera asimetría facial en tercio mandibular que abarca el ángulo de la mandíbula.



Figura No. 3 Vista Lateral Derecha



Figura No. 4 Vista Infero-Superior.

Se observa ligera asimetría facial en el tercio mandibular izquierdo.

Exámenes de Gabinete y/o Laboratorio

Estudios Imagenológicos:

Ortopantomografía: Se observa una zona radiolúcida bien definida, que por su crecimiento ha desplazado las raíces de los órganos dentarios 35 y 36. (Ver figura No. 5 y 6).



Figura No. 5

Ortopantomografía



Figura No. 6 Acercamiento de la ortopantomografía.

Radiografía Anteroposterior (AP): Se observa un abombamiento de las corticales de la mandíbula de lado izquierdo en la zona del ángulo mandibular. (Ver figura No. 7 y 8).



Figura No. 7
Radiografía Anteroposterior.

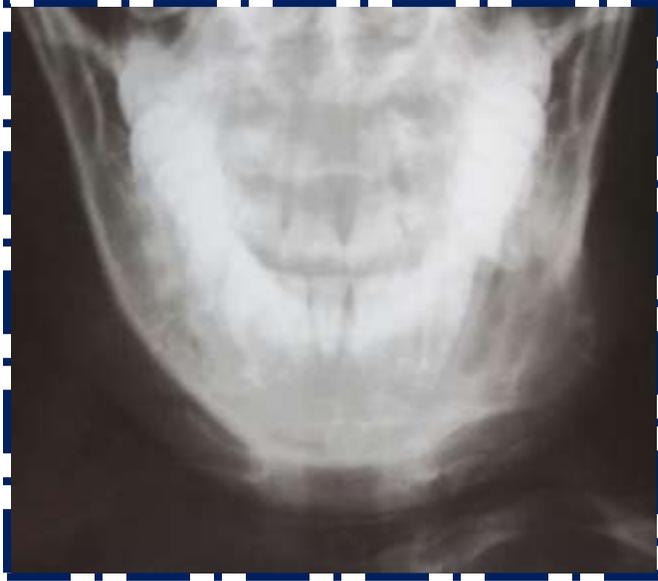


Figura No. 8 Acercamiento de la radiografía anteroposterior.

Laboratoriales: (Ver anexo No. 1).

- Biometría Hemática (BH)
- Química Sanguínea (QS)
- Plaquetas
- Tiempo de Protrombina (TP)
- Tiempo de Tromboplastina Parcial (TTP)

Interpretación: Dentro de los parámetros normales.

Estudio Histopatológico (Ver figura No. 9 – 11 y anexo No. 2 Y 3).

DIAGNÓSTICO:

FIBROMA OSIFICANTE JUVENIL TRABECULAR



Figura No. 9
Se realizó un colgajo de Patch o semilunar para abordar la lesión.



Figura No. 10 Se realizó un pequeño corte de la lesión para el estudio histopatológico.



Figura No. 11
Se colocaron puntos de sutura en base a la regla de las medias.



Diagnóstico Sistémico y Bucal

Paciente masculino de 10 años consciente, tranquilo, alerta, orientado en sus tres esferas, edad cronológica igual a la aparente. Normocéfalo, sin presencia de exostosis ni hundimientos, región frontal sin alteraciones. Presenta aumento de volumen en región de cuerpo mandibular que abarca casi la totalidad del ángulo de la mandíbula del lado izquierdo, e intrabucalmente por vestibular y lingual de canino a molar del lado izquierdo, que, apoyados en los estudios imagenológicos, así como la biopsia incisional corresponde a un FIBROMA OSIFICANTE JUVENIL TRABECULADO. Cuello cilíndrico, simétrico; sin alteraciones cutáneas, con tráquea central y desplazable. Resto diferido.

Pronóstico

- Reservado a Evolución.

Plan de Tratamiento

FASE 1: HIGIENIZACIÓN

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1. Profilaxis Dental | 2. Técnica de Cepillado |
| 3. Control de Placa Dentobacteriana | 4. Obturación de Órganos Dentarios con Caries |

FASE 2: QUIRÚRGICO

1. Resección quirúrgica de la hemiarcada mandibular izquierda.
2. Reconstrucción con placa de reconstrucción, autoinjerto, plasma rico en factores de crecimiento y biomateriales.



FASE 3: REHABILITACIÓN

FASE 4: MANTENIMIENTO

Descripción del Tratamiento

Periodo Preoperatorio

Se inicia protocolo prequirúrgico para realización de resección quirúrgica de hemiarcada mandibular izquierda y reconstrucción con placa de reconstrucción, autoinjerto, plasma rico en factores de crecimiento y biomateriales. (Ver figura No. 12– 21)



Figura No. 12 y 13.

Se realiza el diseño para el abordaje quirúrgico.



Figura No. 14

Fotografía intrabucal del lado derecho prequirúrgica.



Figura No. 15

Fotografía intrabucal del lado izquierdo prequirúrgica, donde se observa un ligero abombamiento en el vestíbulo de la arcada inferior.



Figura No. 16 Fotografía intrabucal prequirúrgica, donde se puede hacer una comparativa. Del lado derecho (sano) se observa en buenas condiciones, mientras que el vestíbulo de la arcada inferior izquierda se muestra con un aumento de volumen.



Figura No. 17 Vista Frontal

Se observa una marcada asimetría facial del tercio inferior del lado izquierdo, abarcando la zona del cuerpo mandibular izquierdo.

Figura No. 18 Vista Frontal en Sonrisa

Se observa una marcada asimetría facial del tercio inferior del lado izquierdo, abarcando la zona del cuerpo mandibular izquierdo, pudiéndose apreciar que no hay afectación del Nervio Facial.



Figura No. 19 Vista Infero-Superior.

Se observa una marcada asimetría facial en el tercio mandibular izquierdo sin afectar cuello.





Figura No. 20 Vista Lateral Izquierda

Se observa una marcada asimetría facial del tercio inferior, abarcando la zona del cuerpo mandibular izquierdo.

Figura No. 21 Vista Lateral Derecha.



Acto Quirúrgico

Realización de resección quirúrgica de hemiarcada mandibular izquierda y reconstrucción con placa de reconstrucción, autoinjerto, plasma rico en factores de crecimiento y biomateriales. (Ver figura No. 22 – 32)



Figura No. 22

Se realizó un abordaje extraoral y se disecó la lesión por completo, tanto por lingual, como por vestibular.



Figura No. 23 Se inició con el corte sagital de la lesión por vestibular.



Figura No. 24

Se prosiguió con el corte de la mandíbula.





Figura No. 25 y 26
Se observa la hemiarcada izquierda ya retirada de la cavidad oral del paciente, mostrándose el tamaño que abarcaba la lesión tanto por vestibular como por lingual

Figura No. 27
Se realiza la medición de la placa de reconstrucción para dejarla del tamaño y el contorno adecuado.





Figura No. 28
Se fijó la placa de reconstrucción al ángulo mandibular izquierdo, posteriormente y anteriormente a la hemiarcada derecha.



Figura No. 29
Se continuó con la colocación del autoinjerto de cresta ilíaca y biomateriales.

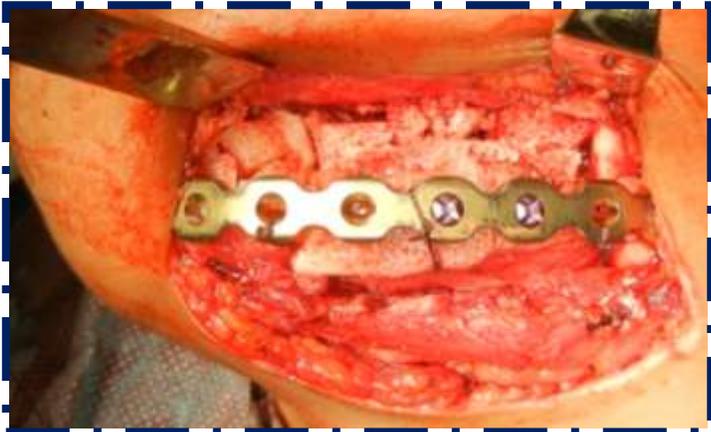


Figura No. 30
Se fijó el autoinjerto de cresta ilíaca y los biomateriales y se aplicó plasma rico en factores de crecimiento.



Figura No. 31

Se colocaron puntos de sutura en la incisión extrabucal en base a la regla de las medias.

Figura No. 32

Se colocaron puntos de sutura en la incisión intrabucal en base a la regla de las medias.



Posterior al procedimiento quirúrgico, el paciente se mantuvo internado por tres días, después de ser dado de alta se mantuvo en estrecha vigilancia de su evolución con citas periódicas para la posterior remoción de puntos de sutura, así como para el corte de la placa de reconstrucción.



Periodo Postoperatorio

El paciente presenta adecuada evolución, con puntos de sutura en posición y función, sin datos de sangrado activo ni datos de dehiscencia, con adecuada higiene. (Ver figura No. 33 – 35).



Figura No. 33 Vista Frontal en Beso

Se observa una ligera inflamación postoperatoria del tercio inferior del lado izquierdo, abarcando la zona del cuerpo mandibular izquierdo, pudiéndose apreciar que no hay afectación del Nervio Facial.



Figura No. 34 Vista Infero-superior

Se observa la herida extrabucal postquirúrgica evolucionando adecuadamente.





Figura No. 35 Vista angulada del Lado Izquierdo

Se observa la herida extrabucal postquirúrgica evolucionando adecuadamente.

A partir de este momento se mantiene el contacto con el paciente, con citas periódicas para su posterior rehabilitación.



IMPACTO Y TRASCENDENCIA

La atención médica institucional que hay en el país es insuficiente tanto en personal como en medios físicos debido a la limitación económica que cursa el país, lo que dificulta la atención y el tratamiento para nuestra población.

Encontrándonos en pleno siglo veintiuno vemos que los avances tecnológicos son mayores en el ámbito de la salud pero la situación del país limita a las instituciones a contar con estos medios, dificultando aún más el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades que aquejan hoy en día a la población mexicana.

Es poco común encontrar este tipo de patologías debido a su baja incidencia, pero no solo por eso, situándonos en nuestra sociedad observamos una ausencia de interés en la población así como un nivel cultural deplorable, lo que con lleva a un deterioro en el estado de salud general.

Si conjuntamos estos factores nos hallamos en una problemática de salud que se va acrecentando día a día. Este caso se presentó bajo todas estas limitantes lo que ocasiono una dificultad mayor tanto para su diagnóstico como para el tratamiento.

Como servidores de la salud y sin interés lucrativo se buscó la manera de darle el mejor tratamiento a éste paciente que le devolviese su funcionalidad y a su vez permitirle reincorporarse a la sociedad.

Los medios utilizados fueron los que se encuentran en todas las instituciones pero la búsqueda del bienestar del paciente: físico, psicológico y social nos llevó a obtener un resultado satisfactorio en todos estos aspectos.



CONCLUSIONES

El objetivo de la Carrera de Odontología es formar profesionales capacitados para desempeñarse en un modelo de asistencia que se oriente hacia el paciente y la comunidad, centrado en los resultados científicos y tecnológicos actualizados; a través del desarrollo de actividades, destrezas y conocimientos básicos y aplicados, necesarios para el diagnóstico, prevención y tratamiento integral de las patologías prevalentes de la cavidad bucal; en rehabilitación, prevención, tratamiento y/o derivación de las patologías no prevalentes; en la resolución de algunas urgencias médicas en la práctica profesional.

La universidad nos brinda un espíritu de ayuda a nuestro prójimo sin intereses lucrativos, teniendo como única finalidad devolverles a nuestros pacientes su funcionalidad y estética de ser posible.

El paciente descrito con la patología de Fibroma Osificante Juvenil Trabecular fue atendido bajo estos términos, buscando y encontrando los medios necesarios para el apoyo en el tratamiento de esta patología. Siendo un paciente que pese a todas a las limitantes se le devolvió la funcionalidad y la estética posible, dándole la seguridad para poder reincorporarse a la sociedad sin inconvenientes de una manera plena.



PROPUESTAS

En el recorrido que realicé en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, tuve la fortuna de encontrarme con profesionales de la carrera de Cirujano Dentista interesados en hacer de nosotros unos profesionales lo más íntegros posible. Pero esto no se puede lograr sólo con el estudio durante los cuatro años de la carrera y el año del Servicio Social. Es necesario promover la educación continua mediante la oferta de foros, conferencias, seminarios, entre otros, para que los Cirujanos Dentistas egresados de la FES Zaragoza, siempre se encuentren a la vanguardia en avances, tanto científicos como tecnológicos.

Es necesario enfocarse en crear estudiantes con actitudes autodidactas y con la capacidad de discernir entre diagnósticos y tratamientos convenientes para el paciente, siendo éste el de mayor importancia.

Fomentar el apoyo multidisciplinario para un tratamiento integral para los pacientes que acudan a consulta odontológica se podrá lograr al hacer conciencia en la existencia de especialidades y que los egresados como Cirujanos Dentistas Generales presentamos capacidades y conocimientos aún limitados, por lo que será necesario, y ocasiones indispensable, el apoyo interdisciplinario.

La FES Zaragoza cuenta con un plan de estudios muy completo y vasto, que llevado de la manera adecuada, es decir, teoría y práctica de la mano, con estudiantes y profesores entusiastas y comprometidos, logrará darle a esta sociedad Cirujanos Dentistas Generales completos y capaces de atender o guiar, en su defecto, a los pacientes hacia su mejor tratamiento, siendo siempre el interés, devolverle la funcionalidad y/o la estética.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Philip SJ, Eversole LR, Wysocki GP.. Patología Oral y Maxillofacial Contemporanea. 2ª ed. España, Madrid: El Sevier; 2006.
2. Barnes L, Everson JW, Reichart P, Sidransky D. Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours. World Health Organization Classification of Tumours. IARC Press: Lyon: 2005.
3. Lares H, Mattar D, Mata JF, Carrero N, Bolivar E, Pinto Y, Padrón J. Tumores Odontogénicos Reporte de Tres Casos y Revisión de la Literatura. Rev Venez Oncol Mar 2009.
4. Dominguez CL, Martín-Granizo LR. Análisis Clínico, Radiológico e Histológico de los Fibromas Cemento – Osificante de los Maxilares. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac. Ene 2004.
5. Vargas FI, Mayer OC, Hervoso SP, Navia GE. Fibroma Cemento Osificante: Analisis Clínico, Radiológico e Histológico de 2 Casos en una Misma Familia. Int. J. Odontostomat. Mar 2011.
6. Ravikumar R, Raghavendra K, Santthosh K. Aggressive Juvenile Ossifying Fibroma of the Anterior Mandible. Journal of Dental Sciences and Research. Feb 2011.
7. Meneses GA, Mosqueda TA, Ruíz-Godoy RLM. Patología Quirúrgica de Cabeza y Cuello, Lesiones TumORAles y Seudotumorales. México: Trillas: 2006.
8. Lombardi A, Cerullo M, Garzon JC, Martinez J, Cuella E. Fibroma Osificante de Mandíbula: presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac Jul-Ago 2009.
9. Fuentes VF, Mendoza RV. Fibroma Osificante: Reporte de un Caso Clínico y Revisión de Literatura. Revista Odontológica Mexicana Jun 2006.
10. Yoris O, Perez L, Molina C, Sarmiento L, Maldonado P. Fibroma Osificante Juvenil Activo Trabecular, Deformante, Reporte de un Caso. Acta Odontológica Venezolana Nov 2009.
11. Rodríguez R. Biopsia de hueso y articulación. Acta Pediatr Mex May 2009.
12. Palma G.J., Chavez O.H., Roman M.C., Aparicio R.J., Yañez F.M., Figuero M.H. Lesiones Fibroóseas Benignas de los Maxilares (Un Concepto General para la Odontoestomatología). Oral Sep 2008.
13. Droguett TC, Martinez RB, Madrid MA, Canto CL, Gunckel MR. Fibroma Osificante Gigante de la Mandíbula: Presentación de un Caso con Reconstrucción Mandibular mediante Colgajo Microvascularizado de Peroné e Implantes Oseointegrados. Rev Esp Cir Oral Maxilofac Jul 2012.
14. Neville B, Damm D, Allen C, Bouquot J. Oral and Maxillofacial Pathology. 2ª ed. USA: 2002.
15. Pérez HC, Lopez BZ, Urbina R, Santos M. Fibroma en el Reborde Alveolar en una Niña de Cinco Meses. Acta Odontológica Venezolana 1998.



16. Perera LR, Torres SF, Espinosa LU. Fibroma Osificante: Reporte de un Caso. Odontología Actual Enero 2008.
17. Pérez-García S, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Ossifying Fibroma of the Upper Jaw: Report of a Case and Review of the Literature. Med Oral Ago – Oct 2004.
18. Reichart PA, Philipsen HP. Atlas de Patología Oral. España, Barcelona: Masson Editorial: 2000.
19. Sanchis JM, Peñarrocha M, Balaguer JM, Camacho F. Fibroma Cemento-Osificante Mandibular: Presentación de dos Casos y Revisión de la Literatura. Med Oral Sep 2004.
20. Lira LA, Martínez RB. Atlas de Patología de los Maxilares. España, Madrid: Ripano Editorial Medica: 2011.
21. Regezi JA, Sciubba JJ. Patología Bucal. Philadelphia, Pennsylvania: Interamericana Mc Graw Hill: 1991.
22. Shafer W, Hine MK, Lewy BM. Tratado de Patología Bucal. 3ª ed. México, DF: Nueva editorial interamericana: 1982.
23. Bhaskar SN. Patología Bucal. 3ª ed. Argentina, Buenos Aires: Librería El Ateneo Editorial: 1977.
24. Spouge JD. Patología Bucal. Argentina, Buenos Aires: Editorial mundo: 1977.
25. Varela MM. Problemas Bucodentales en Pediatría. España, Madrid: Ediciones Ergon: 1999.
26. Navarro VC. Cirugía Oral. España, Madrid: Aran Ediciones: 2008.
27. Saiz-Pardo-Pinos AJ, Olmedo-Gaya MV, Prados-Sánchez E, Vallecillo Capilla M. Fibroma óseo juvenil: a propósito de un caso clínico. Med Oral Patol Oral Cir Bucal Sep 2004.
28. Guruprasad R, Gupta SD, Dua N, Mehta R. Juvenile Psammomatoid Ossifying Fibroma – A Case Report. People's Journal of Scientific Research Ene. 2011.
29. Tamgadge S, Tamgadge A, Bhatt DM, Bhalerao S, Periera T, Gotmare. Juveniles Ossifying Fibroma (Psammomatoid Type) of the Maxilla: a Case Report. Scientific Journal 2009.
30. Martínez JSV, Sánchez RMP. Fibroma osificante juvenil: Comunicación de un Caso. An Orl Mex Mar 2009.
31. Smith SF, Newman L, Walker D. Juvenile Aggressive Psammomatoid Ossifying Fibroma: An Interesting, Challenging, and Unusual Case Report and Review of the Literature. J Oral Maxillofac Surg 2009.
32. Marx RE. Oral and Maxillofacial Pathology. Quintessence Publishing Co, Inc 2003.
33. Cosío DH, Lazo OL. Biopsia en Odontología. SITUA: 2006.



34. Gorlin RJ, Goldman HM. Patología Oral. España, Barcelona: Salvat Editores: 1973.
35. Fernandez E.M.R., Uiriza A.O. Displasia Cementaria Periapical (Cementoma) Múltiple del Maxilar Inferior. Reportes de un Caso. Rev. Cost. Cienc. Méd. Jun.1982.
36. Muñoz S.G., Fuchen R.D.M., Uribe G.B.D., Camacho M.J.A., Displasia Cemento Ósea Periapical: Tratamiento Interdisciplinario, [en línea], México, ADM, formato html, disponible en internet: <http://www.adm.org.mx/revista-adm-estudiantil/articulos-internos.php?id=17>
37. Blázquez Canamero ~ MÁ, et al. Periostitis reactiva florida de la mano. Reumatol Clin. 2013.<http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2013.05.003>
38. Aquino I.M., Granados S.M.C., Esquivel J.J. Querubismo. Displasia Fibrosa Familiar. México, UNAM, [en línea], formato html, disponible en internet: <http://www.odonto.unam.mx/index.php?IDPagina=querubismo>
39. Goaz, Stuart. Radiología Oral. Principios e Interpretación. España: Barcelona: Editorial Mosby: 1995.
40. Lojo OL, Torrijos EA. Tratamiento de la Enfermedad Ósea de Paget. Reumatol Clin 2012.
41. Alvarez LA, Moras HMA, García LY. Osteomielitis Esclerosante de Garré. Reporte de un Caso. Archivo Médico de Camagüey 2005.
42. Díez CC. Radiología Oral para Dentistas e Higienistas de la Sanidad Pública. España, Madrid: Editorial Visión Net.
43. Velayos JL., Santana HD. Anatomía de la Cabeza para Odontólogos. 4ª ed. España, Madrid: Editorial Médica Panamericana: 2007.
44. Caramés AE. Anatomía y Fisiología Patológicas del Órgano Bucal. 2ª ed. Argentina, Buenos Aires: Editorial Mundi: 1970.
45. Tellez RJ, Soto GS, Vargas LD, Pinzón TAL. Estereolitografía su Aplicación en algunas Patologías Bucales y Maxilofaciales. (Diagnóstico y Tratamiento en Estomatología del Instituto Nacional de Pediatría). Visión Dental 2005.



ANEXOS

Anexo No. 1: Auxiliares de Diagnóstico (BH, Plaquetas, QS, TP, TTP)

BIOMETRÍA HEMÁTICA (BH) – PLAQUETAS

| PARÁMETRO | RESULTADO | UNIDAD | VALOR DE REFERENCIA |
|--------------------|------------------|------------------|----------------------------|
| ERITROCITOS | 4.93 | x10 ⁶ | 4.04 – 6.13 |
| HEMOGLOBINA | 14.7 | g/dl | 12.20 – 18.10 |
| HEMATOCRITO | 43.6 | % | 45.00 – 47.00 |
| VCM | 88.6 | fL | 80.00 – 97.00 |
| CMH | 29.9 | pg | 27.00 – 31.20 |
| MCHC | 33.7 | g/dl | 31.80 – 35.40 |
| PLAQUETAS | 287.0 | x10 ³ | 142.00 – 424.00 |
| LEUCOCITOS | 8.4 | x10 ³ | 4.00 – 11.00 |
| NEUTRÓFILOS | 4 | x10 ³ | 2.00 – 4.00 |
| EOSINÓFILOS | 0 | | |
| LINFOCITOS | 3 | x10 ³ | 1.00 – 4.00 |
| MONOCITOS | 1 | x10 ³ | 1.00 – 4.00 |



QUÍMICA SANGUÍNEA (QS)

| PARÁMETRO | RESULTADO | UNIDAD | VALOR DE REFERENCIA |
|------------|---------------|--------|---------------------|
| GLUCOSA | 85.0 | mg/dl | 70.00 – 110.00 |
| CREATININA | 0.60 | mg/dl | 0.60 – 1.30 |
| UREA | Sin reactivo. | mg/dl | 14.90 – 38.50 |

TIEMPO DE PROTROMBINA Y TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL

| PARÁMETRO | RESULTADO | UNIDAD | VALOR DE REFERENCIA |
|----------------------------------|-------------|--------|---------------------|
| TIEMPO DE PROTROMBINA | 13.3 | Seg. | 10.00 – 14.00 |
| TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL | 28.0 – 35.0 | Seg. | 27.00 – 39.00 |



Anexo No. 2: Auxiliares de Diagnóstico (Biopsia Incisional)

PACIENTE: A. H. G.

EDAD: 11 AÑOS

SOLICITANTE: DR. SOTO

SEXO: MASCULINO

CLÍNICA: HOSPITAL "LA PERLA"

FECHA: 9. JULIO. 2011.

DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA:

Se recibe fijado en formol espécimen de hemiarcada de maxilar inferior izquierdo que abarca de la parte distal del órgano dentario 37 a la parte distal del órgano dentario 31. Por su cara vestibular se observa pérdida de la continuidad de la lámina ósea, en su cara lingual se aprecia expansión de la cortical sin pérdida de la continuidad. Se incluyen partes representativas de la lesión.

DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA:

En las secciones estudiadas se identifica una lesión formada por la proliferación del tejido conectivo fibroso con grados variables de celularidad, fibroblastos fusiformes y angulados. El componente mineralizado forma múltiples trabéculas con áreas de calcificación basófila que recuerdan a la formación de cemento. Se identifican también numerosas células gigantes tipo osteoclasto hacia la periferia de las trabéculas. Los bordes se observan libres de lesión.

DIAGNÓSTICO: FIBROMA OSIFICANTE JUVENIL TRABECULAR.



Anexo No. 3: Auxiliares de Diagnóstico (Corroboración de la Biopsia Incisional)

PACIENTE: A. H. G.

EDAD: 11 AÑOS

SOLICITANTE: DR. SOTO

SEXO: MASCULINO

CLÍNICA: HOSPITAL "LA PERLA"

FECHA: 24. JULIO. 2011.

DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA:

Se reciben dos fragmentos de tejido blando, de forma irregular, color amarillento que mide 22 x 16 x 12 mm base sésil, consistencia irregular al corte de consistencia firme y crepitante. Se incluye en su totalidad en una cápsula para su estudio histopatológico.

DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA:

En las secciones estudiadas se identifica una lesión constituida por proliferación de tejido conectivo fibroso laxo con disposición verticilar muy celular con fibroblastos fusiformes, triangulares, angulares y la formación de múltiples trabéculas óseas de aspecto canceroso, que muestran en algunas áreas calcificaciones basófilos que recuerdan al cemento. En otras áreas estas trabéculas muestran numerosas células gigantes de tipo osteoclasto entre y en la periferia de las trabéculas recién formadas no se aprecia epitelio de cubierta.

DIAGNÓSTICO:

DX. FIBROMA OSIFICANTE JUVENIL TRABECULAR.