



UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, DE LA SALUD Y DE LA VIDA

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**“HALLAZGO RADIOGRÁFICO DE FIBROMA OSIFICANTE MANDIBULAR Y
SU DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. REPORTE DE CASO CLÍNICO”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ODONTÓLOGO**

LOVATO SALAZAR VALERIA SALOMÉ

TUTOR: DR MARCELO VILLACIS

QUITO, 2020

CERTIFICACIÓN Y ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DEL AUTOR

Yo, Valeria Salomé Lovato Salazar, con C.I. 1751207752, declaro bajo juramento, que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido presentado anteriormente para ningún grado académico o título profesional y que se ha consultado la bibliografía necesaria para su elaboración.

Cedo mis derechos de propiedad intelectual a la Universidad Internacional del Ecuador, sin restricción especial o de ningún género

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Valeria Lovato', is written over a horizontal line.

Firma

CERTIFICACIÓN Y ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DEL AUTOR

Yo, Marcelo Stalin Villacis Valencia, certifico que conozco al autor del presente trabajo siendo él responsable exclusivo tanto de su originalidad y autenticidad, como de su contenido



Firma

I. Dedicatoria

A mis padres, que son la fortaleza y el pilar fundamental en mi vida, les dedico este trabajo por siempre haber confiado en mí, por siempre estar en los momentos más difíciles, me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, principios, la perseverancia para seguir adelante y cumplir con mis objetivos.

A todas las personas que hicieron posible la culminación de este trabajo de investigación.

II. Agradecimiento

Gracias en primer lugar a Dios por siempre guiarme, a mis amados padres por el apoyo en cada decisión y proyecto en mi vida. A mis hermanos, los cuales me cuidan y me guían en todo momento.

A mi tutor, Dr Marcelo Villacis por guiarme en todo este proceso, por brindarme sus conocimientos y la paciencia necesaria para culminar con éxito.

En este gran recorrido agradecer a cada uno de mis maestros por dejar una huella de cada uno en mí, gracias por la confianza y el apoyo durante toda mi carrera.

TABLA DE CONTENIDO

I.	DEDICATORIA	4
II.	AGRADECIMIENTO	5
III.	ÍNDICE DE FIGURAS.....	9
1	RESUMEN	10
2	ABSTRACT	10
3	INTRODUCCIÓN.....	11
4	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
5	JUSTIFICACIÓN	13
6	OBJETIVOS.....	14
6.1	GENERAL	14
6.2	ESPECÍFICOS	14
	CAPÍTULO I	15
7	TUMORES ODONTOGÉNICOS	15
8	LESIONES FIBRO-ÓSEAS BENIGNAS.....	16
8.1	CLASIFICACIÓN.....	17
8.2	FIBROMA OSIFICANTE	20
8.2.1	<i>Definición</i>	20
8.2.2	<i>Antecedentes</i>	21
8.2.3	<i>Epidemiología</i>	22
8.2.4	<i>Etiología</i>	22
8.2.5	<i>Características Clínicas</i>	23
8.2.6	<i>Características Histopatológicas</i>	24
8.2.7	<i>Características Radiológicas</i>	24
8.2.8	<i>Clasificación</i>	25
8.2.8.1	Fibroma Osificante Juvenil.....	26
8.2.8.1.1	Etiología.....	26
8.2.8.1.2	Epidemiología	27
8.2.8.1.3	Características Clínicas.....	27
8.2.8.1.4	Características Radiográficas.....	28
8.2.8.1.5	Características Histológicas	28
8.2.8.2	Fibroma Osificante Periférico	29
8.2.8.2.1	Etiología.....	30
8.2.8.2.2	Epidemiología	30
8.2.8.2.3	Características Clínicas.....	31
8.2.8.2.4	Características Radiográficas.....	31
8.2.8.2.5	Características Histológicas	32
8.2.8.3	Fibroma Osificante Central.....	32
8.2.8.3.1	Etiología.....	32
8.2.8.3.2	Epidemiología	33
8.2.8.3.3	Características Clínicas.....	33
8.2.8.3.4	Características Radiológicas	33
8.2.8.3.5	Características Histológicas	34

8.2.9	<i>Diagnóstico</i>	34
8.2.10	<i>Tratamiento y Pronóstico</i>	35
CAPITULO II		37
9	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	37
9.1	DISPLASIA ÓSEA FLORIDA:	37
9.1.1	<i>Características Clínicas</i>	38
9.1.2	<i>Características Radiológicas</i>	38
9.1.3	<i>Características Histológicas</i>	39
9.2	DISPLASIA CEMENTARIA PERIAPICAL	39
9.2.1	<i>Características Clínicas</i>	40
9.2.2	<i>Características Radiológicas</i>	40
9.2.3	<i>Características Histológicas</i>	41
9.3	OSTEOMA OSTEOIDE	41
9.3.1	<i>Características Clínicas</i>	42
9.3.2	<i>Características Radiográficas</i>	42
9.3.3	<i>Características Histológicas</i>	42
CAPÍTULO III		44
10	BIOPSIAS	44
10.1	INDICACIONES.....	44
10.2	CONTRAINDICACIONES	45
10.3	TIPOS DE BIOPSIAS	46
10.4	FIJADOR DE MUESTRA.....	48
10.5	CUIDADOS POSTOPERATORIOS	48
11	PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO	49
11.1	HISTORIA CLÍNICA	49
11.1.1	<i>Datos Generales</i>	49
11.1.2	<i>Motivo de la Consulta</i>	49
11.1.3	<i>Enfermedad o Problema Actual</i>	49
11.1.4	<i>Antecedentes Personales y Familiares</i>	50
11.1.4.1	Antecedentes Personales	50
11.1.4.2	Antecedentes Familiares	50
11.1.5	<i>Signos Vitales</i>	50
11.1.6	<i>Examen Clínico</i>	51
11.1.6.1	Examen Clínico Extraoral	51
11.1.6.2	Examen Clínico Intraoral.....	53
11.1.7	<i>Odontograma</i>	56
11.1.8	<i>Indicadores Bucales</i>	56
11.1.9	<i>Exámenes Complementarios</i>	57
11.2	DIAGNÓSTICO	60
11.2.1	<i>Diagnóstico Presuntivo</i>	60
11.2.2	<i>Diagnóstico Definitivo</i>	60
11.3	PLAN DE TRATAMIENTO.....	60
11.4	PRONÓSTICO	62
11.5	PLAN QUIRÚRGICO	62
11.5.1	<i>Asepsia</i>	62
11.5.2	<i>Técnica Anestésica</i>	63

11.5.3	<i>Incisión</i>	65
11.5.4	<i>Sutura</i>	73
11.5.5	<i>Obtención de la muestra</i>	74
11.5.6	<i>Fijación y Transporte de la muestra</i>	75
11.5.7	<i>Estudio Histopatológico</i>	76
11.5.8	<i>Informe del patólogo</i>	76
11.5.9	<i>Control Radiográfico</i>	77
12	DISCUSIONES	79
13	CONCLUSIONES	79
14	RECOMENDACIONES	80
15	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
16	ANEXOS	86

III. Índice de Figuras

FIGURA 1: FOTOGRAFÍA FRONTAL.....	51
FIGURA 2: FOTOGRAFÍA LATERAL IZQUIERDA.....	52
FIGURA 3: FOTOGRAFÍA LATERAL DERECHA.....	52
FIGURA 4: FOTOGRAFÍA INTRAORAL FRONTAL.....	53
FIGURA 5: FOTOGRAFÍA INTRAORAL LATERAL DERECHA.....	54
FIGURA 6: FOTOGRAFÍA INTRAORAL LATERAL IZQUIERDA.....	54
FIGURA 7: FOTOGRAFÍA INTRAORAL SUPERIOR.....	55
FIGURA 8: FOTOGRAFÍA INTRAORAL INFERIOR.....	55
FIGURA 9: ODONTOGRAMA ACTUALIZADO.....	56
FIGURA 10: INDICADORES DE SALUD BUCAL.....	56
FIGURA 11: RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MAXILARES.....	57
FIGURA 12: CORTE SAGITAL.....	58
FIGURA 13: CORTE SAGITAL.....	59
FIGURA 14: CORTE AXIAL.....	59
FIGURA 15: TÉCNICA ANESTÉSICA TRONCULAR.....	63
FIGURA 16: TÉCNICA ANESTÉSICA INFILTRATIVA LOCAL EN FONDO DE VESTÍBULO.....	64
FIGURA 17: TÉCNICA ANESTÉSICA INFILTRATIVA LOCAL EN LINGUAL.....	64
FIGURA 18: TOMA DE MEDIDA CON SONDA PERIODONTAL.....	65
FIGURA 19: INCISIÓN SEMILUNAR.....	66
FIGURA 20: LEVANTAMIENTO DE COLGAJO.....	67
FIGURA 21: MEDIDA CON SONDA PERIODONTAL.....	67
FIGURA 22: OSTEOTOMÍA DE LA LESIÓN E IRRIGACIÓN.....	68
FIGURA 23: OSTEOTOMÍA FINALIZADA.....	69
FIGURA 24: EXTRACCIÓN DEL FRAGMENTO.....	69
FIGURA 25: RETIRO DE LA LESIÓN CON PINZA.....	70
FIGURA 26: MUESTRA DE TEJIDO DE APROXIMADAMENTE 6MM.....	70
FIGURA 27: COLOCACIÓN DE LA MUESTRA EN FORMOL.....	71
FIGURA 28: LAVADO DEL CAMPO OPERATORIO.....	72
FIGURA 29: CAVIDAD LAVADA.....	72
FIGURA 30: INICIO DE SUTURA CON PINZA PORTA AGUJAS E HILO DE SUTURA.....	73
FIGURA 31: SUTURA TERMINADA, UNIÓN DE TEJIDOS BLANDOS.....	74
FIGURA 32: LESIÓN OBTENIDA DE ALREDEDOR DE 6 MM.....	75
FIGURA 33: VISTA MICROSCÓPICA.....	77
FIGURA 34: RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MAXILARES.....	78
FIGURA 35: CICATRIZACIÓN DE TEJIDOS.....	78

1 Resumen

El fibroma osificante es una entidad benigna intraósea descrita por primera vez por Montgomery, se incluye en el grupo de las lesiones fibro óseas, que se origina, según la teoría, en las células del ligamento periodontal. Afecta a los huesos maxilares y huesos largos. Aparece entre la tercera y cuarta década de vida, con predilección por el sexo femenino y el hueso mandibular.

Se presenta un caso clínico de fibroma osificante localizado en la región derecha de la mandíbula en una paciente femenina de 49 años de edad, reportando datos clínicos, imagenológicos e histopatológicos.

2 Abstract

Ossifying fibroma is a benign intraosseous entity first described by Montgomery, it is included in the group of fibrous bone lesions, which theoretically originates in periodontal ligament cells. It affects the maxillary bones and long bones. It appears between the third and fourth decade of life, with a predilection for the female sex and the mandibular bone.

We present a clinical case of ossifying fibroma located in the right region of the jaw in a 49-year-old female, reporting clinical, imaging and histopathological data.

3 Introducción

Las lesiones óseas benignas conforman un grupo muy variado e interesante de enfermedades, que comparten ante el microscopio aspectos histológicos en común. Este tipo de patologías se caracterizan por la sustitución de tejido óseo normal por tejido fibroso compuesto de colágeno, fibroblastos y gran cantidad de tejido mineral semejante al cemento. (Myeong, 2020)

Los estudios imagenológicos son una herramienta fundamental para diagnosticar las lesiones óseas. La radiografía panorámica es la imagen inicial de la cual parte el análisis diagnóstico complementario, sin embargo, existen patologías que requieren la aplicación de otras alternativas imagenológicas para determinar un diagnóstico certero. Además, es necesario comprender que para analizar fidedignamente a las lesiones y establecer el pronóstico para el tratamiento de las mismas se debe complementar el diagnóstico a través de estudios histopatológicos. (Mithra, 2012)

El fibroma osificante se considera una neoplasia osteogénica benigna rara. Al examen histopatológico suele presentarse en un patrón encapsulado y normalmente se compone de gran cantidad de tejido óseo acompañado de formaciones histológicas similares al cemento en su estroma de tejido fibroso.

Se caracteriza por ser una lesión de crecimiento lento en los maxilares, especialmente en la mandíbula y otros huesos craneofaciales, pudiendo desplazar a futuro las piezas dentales. Se ha determinado que tiene una

prevalencia en América Latina del 0.1% de todas las patologías cemento óseas benignas. (Myeong, 2020)

El manejo de las lesiones cemento óseas se presenta como un desafío para el profesional, ya que muestra una semejanza tanto en la presentación clínica, radiográfica e histológica con otras patologías, lo cual dificulta para un correcto manejo de la lesión.

Es importante que se tomen en cuenta todos los métodos diagnósticos que estén a nuestro alcance ya que son patologías que se presentan asintomáticas y pasan desapercibidas, por lo tanto, reportar casos clínicos e investigación científica es indispensable para ampliar el conocimiento acerca de esta patología que normalmente se evidencian inicialmente como hallazgos esporádicos. (Freire, 2018)

4 Planteamiento del Problema

Paciente femenina de 48 años de edad acude a la consulta para realizarse un control y una profilaxis dental. Refiere como antecedentes patológicos personales, hipotiroidismo controlado con levotiroxina de 100 mg diarios y como antecedentes patológicos familiares refiere madre con hipertensión controlada.

Dentro de los procedimientos diagnósticos se envió a la paciente a realizarse una radiografía panorámica de control para adjuntarla a su historia clínica. A la evaluación radiográfica se pudo observar una imagen

radiopaca a nivel apical de premolares, canino e incisivos mandibulares del lado derecho, la paciente refiere no tener ninguna sintomatología asociada.

Debido a la extensión del hallazgo radiográfico se tomó la decisión de enviar una tomografía computarizada cone beam de la zona, en la cual se evidenció zonas mixtas hiperdensas e hipodensas a nivel apical de dientes 4.4, 4.3 y 4.2 de configuración locular. No existe evidencia de ensanchamientos de las tablas óseas, sin embargo, a nivel del diente 4.3 se pudo apreciar pérdida de continuidad de la cortical lingual.

Existe una controversia por los múltiples diagnósticos que se presentan al interpretar la radiografía panorámica y la tomografía computarizada cone beam, es por esto que se considera imperativo determinar a través del estudio histopatológico el diagnóstico definitivo de la lesión, para determinar el tipo de tratamiento a realizar posteriormente.

5 Justificación

La finalidad de este trabajo de investigación, es el desarrollo de un caso clínico de una patología ósea poco prevalente en una paciente de sexo femenino de 49 años de edad sin presencia de un cuadro sintomático, por lo tanto, se debe confirmar su diagnóstico mediante estudios imprescindibles como la evaluación histopatológica.

Esto nos motiva a realizar diagnósticos precoces de lesiones que no presentan cuadros sintomáticos. En este caso, a pesar de ser una lesión

descrita en la literatura de crecimiento lento, puede llegar a ser muy destructiva y que requiera un tratamiento quirúrgico resectivo que comprometa estructuras anatómicas importantes.

A su vez el reporte de lesiones que no son comúnmente publicadas en la literatura científica nos permitirá aportar datos para futuras investigaciones y generar estudios epidemiológicos o de prevalencia en nuestro país.

6 Objetivos

6.1 General

Diagnosticar a través de distintos exámenes complementarios la presencia de una patología cemento óseo en la mandíbula

6.2 Específicos

- Exponer la importancia de estudios imagenológicos para la detección precoz de lesiones en tejidos bucales
- Tomar una muestra de tejido a través de una biopsia para su análisis histopatológico
- Revisar literatura de actualidad sobre lesiones cemento óseas para plantear el diagnóstico diferencial

CAPÍTULO I

7 Tumores Odontogénicos

Los tumores odontogénicos son verdaderas neoplasias que se desarrollan en zonas como la mandíbula y el maxilar debido a la proliferación de tejido epitelial, mesenquimal, y ectomesenquimal que constituyen y hacen parte del aparato formador de dientes, es decir los tejidos odontogénicos. (Cruz, 2014)

Para su crecimiento y proliferación existe una interacción entre los tejidos mesenquimales y ectodermales que producirán la formación de tumores debido a que inducen el mecanismo de señalización para su crecimiento. (Cari, 2017)

Se encuentran exclusivamente en la zona de la mandíbula y en los maxilares, alrededor del segmento de los dientes, representan menos del 0.1% de los tumores a nivel bucal y maxilofacial, y dentro de este porcentaje, no más del 6% son considerados malignos en la cavidad bucal. Cabe destacar que se puede desarrollar un comportamiento agresivo, destructivo y mutilante que en ocasiones puede comprometer la vida del paciente. (Cruz, 2014)

Los tumores pueden llegar a formarse en cualquier etapa de la vida de un individuo, conociendo las características como el género, edad, localización y síntomas se puede llegar a evaluar y desarrollar diagnósticos diferenciales de tumores odontogénicos. (Gomez, 2017)

Las estructuras de los maxilares pueden llegar a estar afectados por una gran variedad de patologías que producen deformidad o pérdida de las partes anatómicas normales de dichos huesos donde se encuentran ubicados, como son en el tejido blando y duro. (Cruz, 2014)

Las clasificaciones utilizadas, están basadas en el comportamiento de las lesiones, si hablamos de lesiones fibro-óseas, estas comprenden un amplio grupo de patologías con una conducta biológica diversa, pero a su vez presentan características histopatológicas similares. (Duarte, 2015)

Este tipo de lesiones son las que presentan un reemplazo de su arquitectura ósea normal por tejido fibro-celular benigno, en el cual se formará gran cantidad de material mineralizado, con su característica presencia de hueso inmaduro o su similitud con cemento dental. (Cruz, 2014)

8 Lesiones Fibro-óseas benignas

Las lesiones Fibro-óseas de los maxilares se han agrupado en un conjunto desafiante e interesante de trastornos que llegan afectar la porción medular de los huesos maxilares, ya que presentan la sustitución de la arquitectura ósea normal por un tejido fibroso conformado por fibras colágenas, fibroblastos y material calcificado, que comprende al cemento radicular y al hueso metaplásico. (Arias, 2019)

Estas lesiones pueden representar trastornos del desarrollo, lesiones reactivas o francas neoplasias benignas y malignas, esto brinda al odontólogo un reto ya que son capaces de modificar la estructura del hueso y de los dientes que se encuentran involucrados. (Cari, 2017)

A su vez puede traer complicaciones en el tratamiento como en su evolución debido a que puede extenderse a estructuras vecinas comprometiendo la vitalidad pulpar. (Arias, 2019)

8.1 Clasificación

Diferentes autores han descrito varias clasificaciones para el amplio grupo de las lesiones fibro-óseas, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), este tipo de lesiones se clasifican en: benignas, malignas y no neoplásicas. (Li, 2016)

Dentro del grupo de las lesiones benignas, encontramos subdivisiones que estarán dadas por el tipo de tejido odontogénico que se encuentra involucrado. (Li, 2016)

Tumores Malignos:

1. Carcinomas Odontogénicos

- Ameloblastoma Metastásico

- Carcinoma Ameloblástico tipo primario
- Carcinoma Ameloblástico tipo secundario intraóseo
- Carcinoma Ameloblástico tipo secundario periférico
- Carcinoma de Células Escamosas Primario intraóseo
- Carcinoma de Células Escamosas Primario derivado de tumores odontogénicos Queratoquísticos
- Carcinoma de Células Escamosas Primario intraóseo derivado de Quistes Odontogénicos
- Carcinoma odontogénico de células fantasmas
- Carcinoma odontogénico de células claras

2. Sarcomas Odontogénicos

- Fibrodentino Ameloblástico y Fibro-Odontosarcoma
- Fibrosarcoma Ameloblástico

Tumores Benignos:

3. Odontogénico con Epitelio Maduro, Odontogénico sin estroma fibroso, Ectomesénquima

- Ameloblastoma Tipo Uniquístico
- Ameloblastoma Tipo Desmoplásico
- Ameloblastoma Sólido Tipo Multiquístico
- Ameloblastoma Extraóseo Tipo Periférico
- Tumor Odontogénico Escamoso

- Tumor Odontogénico Epitelial Calcificante
- Tumor Odontogénico Adenomatoide
- Tumor Odontogénico Queratoquístico

4. Epitelio Odontogénico con Ectomesénquima Odontogénico con y sin formación de tejido duro

- Odontoma
- Odontoma Tipo Complejo
- Odontoma Tipo Compuesto
- Odontoameloblastoma
- Tumor Odontogénico Quístico Calcificante
- Tumor Dentinogénico de células fantasmas
- Fibroma Ameloblástico
- Fibrodentinoma Ameloblástico
- Fibro-odontoma Ameloblástico

5. Mesénquima y/u odontogénico Ectomesénquima con o sin epitelio odontogénico

- Fibroma Odontogénico
- Cementoblastoma
- Mixoma Odontogénico

6. Lesiones relacionadas con el hueso

- Fibroma Osificante
- Displasia Fibrosa
- Displasia Ósea
- Granuloma (Lesión Central de células gigantes)
- Querubismo
- Quiste Óseo Aneurismático
- Quiste Óseo Simple

Otros Tumores:

- Tumor melanótico Neuroectodermal de la Infancia

8.2 Fibroma Osificante

8.2.1 Definición

El fibroma osificante o cemento osificante es una verdadera neoplasia fibro-ósea benigna rara que afecta la zona maxilofacial y a los huesos largos, en mayor proporción a la zona posterior del hueso mandibular, en el área de molares y premolares preferentemente ya que está relacionado con una gran cantidad de células mesenquimatosas. (Cruz, 2014)

Esta lesión es delimitada, lo que significa que no se fusiona con tejidos circundantes y está conformada por tejido calcificado en un estroma fibroblástico que contiene hueso trabecular con mezcla de cemento, además contiene varias estructuras mineralizadas. (Mainville, 2016)

Se encuentran dentro del grupo de tumores odontogénicos relacionados con el hueso, los cuales se representan como una lesión de crecimiento proliferativo lento, que puede alcanzar un tamaño significativo si no se llega a tratar ya que expande de manera progresiva las corticales llegando a ocasionar deformidad, asimetría facial y desplazamiento o rizólisis de las piezas dentales. (Mainville, 2016)

No existe evidencia ni reporte en la literatura de que el fibroma cemento osificante tenga una evolución con tendencia maligna. (Cari, 2017)

8.2.2 Antecedentes

El fibroma osificante, forma parte de las lesiones fibro óseas benignas, estos tumores fueron descritos por primera vez como entidades patológicas hace más de 60 años. (Cruz, 2014)

Descrita como una lesión neoplásica benigna constituida de tejido conectivo fibroso, hueso metaplásico y variedad de masas mineralizadas que se encuentran encapsuladas. (Ketty, 2015)

Aparece como una tumoración localizada, dura, de crecimiento lento que desplaza los órganos dentarios, los cuales se mantienen con vitalidad y a su vez la mucosa se mantiene intacta. (Cruz, 2014)

8.2.3 Epidemiología

Esta patología se encuentra con mayor frecuencia entre la tercera y cuarta década de vida, teniendo una predilección por el sexo femenino en un rango de 5 a 1. Por lo general esta lesión se encuentra a nivel de la zona posterior entre molares y premolares. (Cruz, 2014)

El fibroma cemento osificante ocupa menos del 5% de los tumores óseos benignos, aunque existe una discrepancia ya que anteriormente se lo solía confundir con la displasia cemento ósea focal. (Chrcanovic, 2009)

Estudios revelan que el fibroma representa el 0.1% de los tumores odontogénicos a nivel mundial. (Chrcanovic, 2009)

En nuestro país, Ecuador no se han reportado casos de fibroma osificante.

8.2.4 Etiología

Su origen se desconoce, pero se asume que su formación es netamente odontogénica o de la membrana periodontal, que contiene células

pluripotenciales capaces de formar hueso, cemento y tejido fibroso. (Cruz, 2014)

La teoría sobre su origen queda como cuestión abierta ya que se ha reportado casos donde se presenta en huesos como etmoides, esfenoides, frontal y temporal, de esta forma se complica la relación que existe con el ligamento periodontal. (Cruz, 2014)

Varios autores han reportado que un traumatismo previo en la zona, periodontitis o una exodoncia puede ser considerado como posibles factores etiológicos desencadenantes de la formación del fibroma. (Trovati, 2016)

8.2.5 Características Clínicas

Esta lesión se caracteriza por no presentar síntomas, es de crecimiento lento y progresivo, por lo cual puede llegar a destruir las tablas óseas, por lo cual su hallazgo es netamente radiográfico. (Arias, 2019)

En casos graves de fibromas osificantes, en la cual existe una evolución avanzada, puede producir asimetría facial, pérdida de la función e inflamación en un lado del rostro con desplazamiento de piezas dentales, y en el caso de los fibromas osificantes centrales, se producirá expansión de las corticales. (Arias, 2019)

8.2.6 Características Histopatológicas

El fibroma osificante se presenta normalmente en una masa, formada por gran cantidad de tejido conectivo fibroso vascular, el cual almacena células variadas con contenido óseo maduro e inmaduro. (Cruz, 2014)

La porción de tejido duro se encuentra dispuesto en forma trabecular, osteoide, hueso o esferas celulares basofílicas que son similares al cemento. (Vásquez, 2006)

Esta patología se caracteriza por presentar fibras colágenas dispuestas en un patrón arremolinado, en el cual se observa osteoblastos y hueso inmaduro. (Vásquez, 2006)

Algunos autores mencionan que esta lesión se encuentra rodeada de un tejido fibroso, y a su vez la variación en los tipos de material mineralizado ayuda a que se pueda distinguir el fibroma de la displasia fibrosa, la cual se caracteriza por presentar un patrón uniforme de diferenciación ósea. (Vásquez, 2006)

8.2.7 Características Radiológicas

Esta patología se encuentra bien delimitada y generalmente es unilocular, algunas muestran bordes escleróticos, a su vez dependiendo de la cantidad de material calcificado que la lesión contenga se la observa en diferentes grados de radiopacidad o radiolucidez. (Cruz, 2014)

Se considera así, que las lesiones se presentan en un inicio como imágenes radiolúcidas, que se transforman paulatinamente en una lesión mixta, conforme avanzan en su desarrollo alcanzando un aspecto radiopaco. (Arias, 2019)

Esto sirve de indicador para que el odontólogo y el patólogo puedan conocer aproximadamente la etapa o el estadio en el que se encuentra el fibroma. Además, se puede observar la reabsorción de las raíces en las piezas dentarias involucradas a la lesión, como a su vez la expansión de corticales óseas (Cruz, 2014)

En mayor parte los fibromas se observan radiopacos con una fina radiolucidez a su alrededor, se ha reportado que muestra un patrón casi similar al de la displasia cemento óseo focal en sus etapas finales. (Cruz, 2014)

8.2.8 Clasificación

Existen tres variantes de fibroma, los cuales presentan características clínicas y radiográficas similares. Lo que los diferencia, es su contenido, ya sea hueso, cemento o una mezcla de ambos.

Se clasifican en:

- Fibroma Osificante Juvenil
- Fibroma Osificante Periférico
- Fibroma Osificante Central

8.2.8.1 Fibroma Osificante Juvenil

La variedad más agresiva y rara del fibroma osificante, es denominado fibroma osificante juvenil, se caracteriza por ser una lesión no odontogénica que tiende a imitar un comportamiento odontogénico. (Cruz, 2014)

Se la describe como una neoplasia benigna poco frecuente, que afecta en su mayoría a pacientes mujeres en sus edades tempranas antes de los 15 años, esta es una variante muy agresiva del esqueleto craneofacial con frecuencia en los huesos maxilares, senos maxilares y estructuras vecinas. (Ketty, 2015)

Se sospecha que su desarrollo puede darse incluso antes del nacimiento y en la histogénesis de esta patología pudiera estar involucrado una falla en el desarrollo del primer molar definitivo. (Ketty, 2015)

Esta lesión se considera controversial, se distingue de los otros tipos de fibromas de acuerdo a la edad del paciente en la que se presenta, los sitios anatómicos que se encuentran involucrados y su comportamiento clínico. (Mainville, 2016)

8.2.8.1.1 Etiología

El 85% de los fibromas osificantes se localizan en los huesos faciales, dentro de este porcentaje, 90% en los senos paranasales y el 10% en la mandíbula. Un 4% se ubican en sitios extracraneales. (Mintz, 2007)

Debido a sus múltiples localizaciones, su verdadero origen se desconoce, pero no se ha demostrado que puedan tener tendencia maligna. (Ketty, 2015)

8.2.8.1.2 Epidemiología

La edad promedio de diagnóstico varía entre los 11 a 15 años de edad, existen casos reportados de diagnóstico en pacientes menores a 6 meses hasta mayores de 70 años. Pero el 79% de desarrollo de este tipo de fibroma se da en pacientes menores a 15 años. (Cruz, 2014)

No existe una predilección de género de esta lesión, se presenta en el hueso mandibular, pero se ha revelado que existe una predominancia por el hueso maxilar. (Cari, 2017)

El fibroma osificante juvenil, presenta dos variantes, su forma más agresiva se le denomina trabecular; la cual se presenta aproximadamente en pacientes de 11 años de edad y su forma psammomatoide es poco frecuente en la mandíbula, se presenta un 70% de los casos en la órbita, hueso frontal y senos paranasales con una edad aproximada en pacientes en su segunda década de vida. (Cruz, 2014)

8.2.8.1.3 Características Clínicas

Se caracteriza por expandir la zona en la cual se ubica, teniendo una predisposición por el hueso maxilar. En sus etapas iniciales se encuentra asintomática, de crecimiento rápido con tendencia agresiva. (Ketty, 2015)

La primera manifestación que se presenta es el abombamiento de la cortical mandibular, por lo que se produce una asimetría facial marcada. Un signo clínico precoz es el desplazamiento de las piezas dentarias, a su vez que la piel y la mucosa quedan intactas. (Cruz, 2014)

8.2.8.1.4 Características Radiográficas

Se la define como una imagen radiolúcida, compuesta por una zona osteolítica con límites bien definidos que puede contener calcificaciones radiopacas en su parte central. La radiolucidez va a depender del grado de maduración y de la cantidad de calcificación. (Cruz, 2014)

En una etapa de maduración, las estructuras radiopacas aumentan de tamaño entre 0.2 mm a 15 mm y de cantidad, además se puede observar divergencia y reabsorción radicular. (Silveira, 2016)

8.2.8.1.5 Características Histológicas

Esta lesión se encuentra delimitada por hueso circundante acompañada de un estroma de tejido fibroso denso, hipocelular e hipercelular en algunas

zonas. A su vez se encuentra constituido por fibroblastos fusiformes. (Cruz, 2014)

En las lesiones maduras se observa un trabeculado óseo irregular que presenta espacios lacunares con osteocitos, que se encuentran rodeados por osteoblastos. Generalmente se hallan en patrones laminares y se puede observar una delgada zona de tejido fibroso y conectivo que separa la lesión del hueso normal adyacente. (Silveira, 2016)

El fibroma osificante juvenil se divide en dos categorías de lesiones distintas, el fibroma osificante juvenil psammomatoide que es caracterizado por pequeñas estructuras esféricas con centros basofílicos con eosinófilos periféricos. (Mintz, 2007)

Y su otra variante denominada fibroma osificante juvenil trabecular que muestra un patrón con trabéculas osteoides y óseas, estas se encuentran lineadas por osteoblastos en algunas zonas y en otras se encuentran rodeados por osteoclastos multinucleados (Mintz, 2007)

8.2.8.2 Fibroma Osificante Periférico

Se la define como una neoplasia osteofibrosa benigna originada en las células del ligamento periodontal debido a una reacción del tejido a un traumatismo local constante, se la considera una de las patologías orales

más comunes, ya que ocurre exclusivamente en la encía insertada y puede envolver la papila interdental. (Trovati, 2016)

El fibroma osificante periférico se produce únicamente en los tejidos blandos que recubren el proceso alveolar. Se lo conoce también como épulis fibroide osificante, fibroma periférico con calcificaciones y granuloma fibroblástico calcificante. (Duarte, 2015)

8.2.8.2.1 Etiología

Su origen es desconocido, ya que es difícil determinar cuál es el factor irritante que causa el crecimiento de esta lesión, se ha reportado a las irritaciones crónicas, mal posición dentaria, higiene oral deficiente, rehabilitaciones protésicas no adaptadas, exodoncias y restos radiculares como posibles factores desencadenantes. (Arias, 2019)

8.2.8.2.2 Epidemiología

El fibroma osificante periférico tiene una predilección por el género femenino comúnmente entre la segunda y tercera década de vida, aunque puede desarrollarse en niños, jóvenes y adultos, raras veces afecta al hueso alveolar, el tamaño promedio de las lesiones es de 1,5 cm, aunque se han reportado casos de mayor tamaño. (Ketty, 2015)

Estas lesiones tienen una evolución en periodos que pueden ir desde semanas hasta los 20 años. (Ketty, 2015)

8.2.8.2.3 Características Clínicas

Se caracteriza por presentar un aumento de volumen a nivel gingival, como una masa nodular única de crecimiento lento, localizado de forma sésil o pediculada y de consistencia firme. Generalmente se ubica por vestibular en la zona incisiva canina del maxilar superior, surgiendo de la papila interdental, pero también puede situarse en paladar, lengua, mucosa yugal y labios. (Cari, 2017)

En etapas iniciales se encuentra asintomática con una coloración semejante o igual a la mucosa que la rodea. En estadios avanzados, su tamaño es mucho mayor y la superficie de la lesión se encuentra ulcerada, dolorosa y sangrante al tacto. (Ketty, 2015)

8.2.8.2.4 Características Radiográficas

Ya que es una lesión que se encuentra ubicada a nivel gingival, no existirá alteración a nivel óseo, conforme la lesión progresa y aumenta de tamaño, se puede apreciar zonas de calcificación que se observan como pequeñas imágenes radiopacas. (Cari, 2017)

8.2.8.2.5 Características Histológicas

Este fibroma se caracteriza por tener poca capacidad de formar material calcificado, presenta tejido conectivo fibroso con presencia de fibroblastos, células endoteliales, miofibroblastos, colágeno y células gigantes multinucleadas. (Duarte, 2015)

8.2.8.3 Fibroma Osificante Central

Es una neoplasia osteogénica benigna bien delimitada, que muy pocas veces se encuentra encapsulada, se localiza principalmente en los maxilares, además en los hueso frontal, paranasal, temporal y en la órbita. (Chrcanovic, 2009)

Su etiología se desconoce ya que esta lesión se presenta en diferentes huesos del cráneo, aunque no se descarta que su origen sea de las células del ligamento periodontal. (Chrcanovic, 2009)

8.2.8.3.1 Etiología

No existe una causa específica para que se manifiesta la formación de un fibroma osificante central, sin embargo, se lo ha relacionado con procesos

inflamatorios, traumatismos, exodoncias y enfermedad periodontal.
(Duarte, 2015)

8.2.8.3.2 Epidemiología

Se la diagnostica comúnmente en mujeres entre la tercera y cuarta década de vida, se manifiesta con mayor frecuencia en el hueso mandibular que en el maxilar. (Mainville, 2016)

De preferencia se localiza en la zona de molares en un 52% de los casos y un 25% en la zona de premolares. (Chrcanovic, 2009)

8.2.8.3.3 Características Clínicas

Estas lesiones presentan cuadros asintomáticos, son delimitadas y muy pocas veces se encuentran rodeadas por una cápsula fibrosa. (Chrcanovic, 2009)

A medida que va creciendo, produce la expansión de corticales con desplazamiento de las piezas dentarias que se encuentren involucradas, a su vez produciendo asimetría facial debido a su gran tamaño. (Ketty, 2015)

8.2.8.3.4 Características Radiológicas

En estadios tempranos de la lesión, se observa una imagen radiolúcida con bordes netos y puede ser unilocular como multilocular. Conforme va

creciendo la lesión se pueden observar sombras radiopacas compatibles con calcificaciones. (Chrcanovic, 2009)

“Es muy raro que estas lesiones provoquen desplazamiento o reabsorción radicular, pero puede darse sobre todo en lesiones de larga evolución” (Vargas F, 2011)

8.2.8.3.5 Características Histológicas

La histología del fibroma osificante central nos muestra la presencia de células gigantes, fibras colágenas, células inflamatorias, trabéculas óseas y un tejido conectivo denso con un estroma fibroso, se aprecia la presencia de tejido calcificado. (Ketty, 2015)

La actividad mitótica es escasa, a su vez existe poca vascularidad, varios autores confirman la presencia de una cápsula fibrosa que rodea a esta lesión. (Cruz, 2014)

8.2.9 Diagnóstico

Esta lesión suele presentar dificultad al momento de su diagnóstico ya que existe una variedad de similitudes con otras lesiones tanto clínica, radiográfica como histológicamente. (Lerma, 2017)

En esta patología, es característico que el paciente no presente síntomas, por lo tanto, su diagnóstico suele darse en estadios avanzados, cuando ocurre un aumento de volumen localizado, indoloro pero que puede llegar a ocasionar una importante deformidad estética y funcional. (Muñoz, 2010)

Inclusive se puede mencionar que el hallazgo es netamente radiográfico, esto suele darse comúnmente en radiografías de control. (Lerma, 2017)

8.2.10 Tratamiento y Pronóstico

El tratamiento de elección dependerá de la localización y el grado de agresividad que presente el fibroma, en lesiones de pequeña evolución se puede realizar la enucleación completa de la lesión, ya que se encuentra dispuesta de manera circunscrita o encapsulada, convirtiendo la remoción quirúrgica en un procedimiento relativamente fácil. (Cruz, 2014)

Existen casos donde el fibroma es de gran tamaño, por lo que destruye el hueso en cantidades considerables, por lo tanto, se requiere de una resección quirúrgica en bloque, lo cual se considera un procedimiento agresivo, esto viene acompañado de una reconstrucción de la zona afectada, con la prioridad de devolver la funcionalidad. (Mainville, 2016)

No existe evidencia de que el fibroma osificante se convierta en un tumor maligno por lo que se realiza al paciente un seguimiento de aproximadamente 5 años posterior al tratamiento, es raro que exista

recidiva después de la remoción de la lesión, teniendo así, un pronóstico bueno. (Duarte, 2015)

En pacientes que presentan corta edad, se sugiere esperar la maduración ósea completa para que exista mayor soporte al momento de remover la lesión. (Ketty, 2015)

CAPITULO II

9 Diagnóstico Diferencial

Existen lesiones orales que mediante el análisis clínico y radiográfico se podría plantear un posible diagnóstico presuntivo, sin embargo, es imprescindible realizar un estudio histopatológico para así determinar el diagnóstico definitivo de la lesión. (Aguado, 2010)

Se destacan diversas patologías como:

9.1 Displasia Ósea Florida:

Esta comprende una serie de lesiones que se encuentran a nivel periapical e interradicular, en la mayoría de casos se ubica bilateralmente en la mandíbula y ocasionalmente en la región maxilar. (Amarista F. J., 2016)

Se determinó que esta lesión no es considerada como productora de cemento al momento de reemplazar su arquitectura ósea normal. Esta patología tiene una predilección por el género femenino de raza negra, asiática y caucásica entre la cuarta y quinta década de vida. (Amarista F. J., 2016)

9.1.1 Características Clínicas

La displasia ósea florida se caracteriza por ser asintomática e idiopática, asociada a zonas perirradiculares, ligamento periodontal y hueso medular, llegando así a convertirse en lesiones extensas que pueden afectar al menos dos cuadrantes. (Naval, 2017)

Un 10% de los pacientes presentan dolor, y exposición al medio oral de la lesión debido a una infección secundaria, puede estar acompañada de fístula y expansión ósea. (Amarista F. J., 2016)

Presenta un potencial de crecimiento lento, la mucosa suprayacente se mantiene intacta y los dientes adyacentes presentan vitalidad conservada. (Naval, 2017)

9.1.2 Características Radiológicas

Se caracteriza por presentar lesiones radiolúcidas, radiopacas o mixtas mayormente localizadas en el hueso mandibular de forma bilateral y ocasionalmente se pueden ubicar en el maxilar. En ocasiones la radiopacidad que presenta se confunde con el aspecto normal del hueso. (Amarista F. , 2016)

9.1.3 Características Histológicas

Histológicamente la displasia ósea florida presenta un tejido fibroso celular con hueso laminar y masas con contenido similar al cemento. En esta patología no se observa cápsula, y el tejido calcificado se encuentra de manera trabecular e irregular. (Amarista F. J., 2016)

El estroma de tejido fibroso es rico en fibras colágenas, que contienen una proliferación abundante de focos mineralizados osteoides de estructura desorganizada. (Naval, 2017)

La presencia de infiltrado inflamatorio y fibrosis es característico de la lesión que se encuentra infectada. (Amarista F. J., 2016)

9.2 Displasia Cementaria Periapical

Esta patología se caracteriza por la proliferación de tejido osteo-cementario que va a sustituir la arquitectura normal del hueso. Se trata de una lesión osteo-fibrosa benigna no neoplásica, formada por tejido conjuntivo fibroso. (Marra, 2019)

Esta patología tiene una estrecha relación con los ápices de las piezas dentarias, ya que se presentan en forma de calcificaciones esféricas que tienen gran similitud con el cemento. (Marra, 2019)

9.2.1 Características Clínicas

Esta lesión se presenta de manera asintomática, aunque el 10% de los pacientes reportan la presencia de dolor e incluso la exposición al medio oral debido a una infección. (Kuder, 2018)

Localizada usualmente en los ápices de las raíces de los incisivos inferiores los cuales presentan vitalidad. Lo característico de la displasia cementaria periapical es que no presenta expansión de corticales óseas. (Kuder, 2018)

9.2.2 Características Radiológicas

El aspecto de las lesiones varía de acuerdo al estadio en el que se encuentre, en estadios tempranos se observa imágenes radiolúcidas, conforme la displasia progresa, se observa la lesión radiopaca debido a las calcificaciones que se generan, con un halo radiolúcido. (Hernández, 2015)

La diferencia imagenológica que presenta la displasia con el fibroma, radica en que se encuentra difusa, ya que se entremezcla el hueso normal con el hueso que se encuentra afectado. (Hernández, 2015)

9.2.3 Características Histológicas

La displasia cementaria periapical es una mezcla de tejido fibroso, cemento y hueso, en este caso el tejido calcificado se caracteriza por tener una predisposición en forma de trabéculas, espigas o de masas irregulares de gran tamaño, revestidos de osteoblastos, cementoblastos o los dos a su vez. (Kuder, 2018)

Se puede observar células inflamatorias crónicas que dan un aspecto bastante similar al fibroma osificante. (Marra, 2019)

9.3 Osteoma Osteoide

Es una neoplasia ósea benigna, caracterizada por la proliferación de hueso esponjo o bien sea compacto, representa el 11% de los tumores benignos óseos, teniendo mayor frecuencia en la tibia y fémur. (Dios, 2014)

Esta patología presenta una predilección por el género masculino, en una relación 2:1 con el femenino, teniendo en cuenta que el 75% de los pacientes afectados son menores a 25 años, y solo un 2% de los pacientes que presentan esta lesión son mayores a 50 años. (Dios, 2014)

9.3.1 Características Clínicas

Esta lesión presenta sintomatología severa durante la noche que cesa con la administración de ácido acetilsalicílico como analgesia, esto sirve como rasgo diagnóstico, rara vez se presenta en los maxilares afectando la zona posterior. (Dios, 2014)

La presencia de dolor se manifiesta, ya que el tumor presenta un alto grado de vascularidad, lo cual va a producir presión sobre los nervios dentro del mismo. (Toro, 2016)

9.3.2 Características Radiográficas

Los osteomas no son de fácil visibilidad ante una radiografía, por lo cual la tomografía axial computarizada es la herramienta de elección para establecer el diagnóstico imagenológico del mismo.

9.3.3 Características Histológicas

Se presenta un estroma de tejido conjuntivo con presencia de vasos dilatados, comúnmente conocido como nido, rico en células óseas, rodeado de un osteoide dispuesto de manera irregular con un alto potencial de formar tejido óseo. (Dios, 2014)

El nido del osteoma puede presentarse completamente osteolítico o calcificado, rodeado de hueso escleroso. Lo particular del osteoma osteoide es que contiene nervios periféricos que no se han observado en otras neoplasias fibro óseas.

CAPÍTULO III

10 Biopsias

Se la define como un procedimiento quirúrgico encaminado a obtener una muestra de tejido de un organismo vivo, con la finalidad de realizar un estudio microscópico para determinar un diagnóstico definitivo.

Los tumores benignos se deben extirpar, enviando la muestra para que se realice un estudio completo histopatológico para determinar el origen y la composición de la lesión. (Mota, 2007)

A su vez nos permite establecer características histológicas de las lesiones sospechosas, su diferenciación y su extensión. El éxito de la detección precoz de una lesión con sospecha de malignidad se caracteriza por realizar un diagnóstico definitivo para así establecer un tratamiento menos invasivo. (Aguado, 2010)

10.1 Indicaciones

La biopsia puede estar indicada en cualquier lesión bucal y maxilofacial. No obstante, se requiere realizar biopsias en aquellas lesiones que no pueden ser diagnosticadas por otro método, donde se necesita determinar el tipo de tumor maligno y su grado de malignidad. (Toro, 2016)

A su vez se debe realizar en lesiones con sospecha de cáncer o lesiones con aspecto clínico compatible con ulcera, ulceración, erosión, ampolla que no hayan mostrado evidencia de curación entre 5 a 10 días. (Dueñas, 2006)

En lesiones que indiquen:

- Crecimiento progresivo
- Alteraciones sensitivas o motoras
- Ulceración irregular
- Sangrado
- Lesión roja persistente y sin causa aparente
- Una base indurada

10.2 Contraindicaciones

No se debe realizar este procedimiento en aquellos pacientes con estado de salud grave, donde se pueda desarrollar complicaciones secundarias o su enfermedad de base empeore. (Aguado, 2010)

A su vez no debe realizarse en estructuras anatómicas normales o sus variantes, entre las cuales tenemos: lengua geográfica, línea alba, hendiduras linguales, exostosis, protuberancias, entre otros. (Mota, 2007)

Existen lesiones que se localizan en regiones muy profundas o de difícil acceso para el odontólogo, se recomienda evitar este procedimiento para no tener el riesgo de dañar estructuras vecinas. (Aguado, 2010)

Se encuentra totalmente contraindicado realizar biopsias en casos de sospecha de lesiones vasculares como hemangiomas, debido al alto riesgo de producir una hemorragia masiva y comprometer la vida del paciente. (Mota, 2007)

En casos de melanomas, puede ocurrir proliferación celular en el interior de los vasos en 24 horas, y se produce la metástasis. En lesiones que presenten malignidad, la toma de la biopsia, requiere de la perforación de tejido para realizar la muestra, esto puede ocasionar la diseminación de células cancerosas y producir metástasis. Esto es poco probable ya que las células inmunitarias circundantes las eliminarán. (Mota, 2007)

10.3 Tipos de Biopsias

- **Biopsia Incisional**

Procedimiento quirúrgico que se caracteriza por la toma de una parte representativa de una lesión que será sometida a un estudio histopatológico. (Cochrane, 2016)

Este tipo de biopsia está indicada en lesiones muy extensas con características clínicas que demuestran malignidad, o sospecha de enfermedades orales con afectación múltiples. (Aguado, 2010)

Es indispensable que la biopsia tenga una profundidad adecuada, llegando al tejido conectivo adyacente para determinar la membrana basal. Es importante no realizar la muestra en el centro de la lesión debido a que puede existir áreas necróticas que no serían representativas. (Cochrane, 2016)

En áreas no homogéneas es útil la aplicación del test de azul de toluidina, para determinar el área más sospechosa donde se deberá realizar la biopsia. Esto nos permite conocer aquellas áreas con una cantidad aumentada de ADN. (Cochrane, 2016)

- **Biopsia Excisional**

Se caracteriza por realizar la exéresis de toda la lesión para su estudio histopatológico. Se encuentra indicado en lesiones pequeñas, que no midan más allá de 1cm. (Aguado, 2010)

Es indispensable que, en este tipo de procedimientos, se retire la lesión con un margen de seguridad de tejido sano de 2 a 3mm. (Aguado, 2010)

10.4 Fijador de Muestra

Para el estudio convencional histopatológico con microscopía óptica, la muestra será sumergida en formol al 10%, en aquellos casos de estudio con microscopía electrónica, la muestra debe ser fijada en glutaraldehído al 3%. (Cochrane, 2016)

La proporción volumétrica que consiste el líquido fijador y la muestra patológica es de 10:1 (Cochrane, 2016)

10.5 Cuidados Postoperatorios

Se recomienda terapia antibiótica, higiene oral exhaustiva y una dieta blanda para disminuir el estrés o la fatiga a nivel de los huesos maxilares donde se intervino. (Aguado, 2010)

A nivel de la muestra de tejido que se tomó, es importante que se almacene en soluciones de formol al 10% y que se manipule lo menos posible, así evitaremos el deterioro de la muestra. (Aguado, 2010)

CAPÍTULO IV

11 Presentación de Caso Clínico

11.1 Historia Clínica

11.1.1 Datos Generales

- a) **Nombres y Apellidos:** Sonia Elizabeth Salazar Pérez
- b) **Sexo:** Femenino
- c) **Fecha de Nacimiento:** 4 de septiembre de 1971
- d) **Edad:** 49 años
- e) **Nacionalidad:** Ecuatoriana
- f) **Estado Civil:** Unión Libre

11.1.2 Motivo de la Consulta

“Vine hacerme un chequeo periódico”

11.1.3 Enfermedad o Problema Actual

Paciente no refiere sintomatología alguna

11.1.4 Antecedentes Personales y Familiares

11.1.4.1 Antecedentes Personales

Paciente refiere que padece de hipotiroidismo controlado por lo cual se encuentra bajo tratamiento médico con Levotiroxina de 100 mg, 1 tableta diaria. Indica que no toma ninguna otra medicación y en el último año ha sido diagnosticada con hígado graso.

11.1.4.2 Antecedentes Familiares

Paciente refiere que su madre padece de hipertensión controlada y se encuentra en tratamiento médico con losartán de 100 mg, una tableta diaria.

Por parte de su abuela materna, refiere que presentó hipertensión controlada y falleció debido a un derrame cerebral. Relata que su abuelo materno padecía glaucoma.

11.1.5 Signos Vitales

- Presión Arterial (mmHg): 110/75 mmhg
- Frecuencia Cardíaca (lpm): 77

- Frecuencia Respiratoria (rpm): 18
- Temperatura: 36,7

11.1.6 Examen Clínico

11.1.6.1 Examen Clínico Extraoral

Paciente presenta un biotipo dolicofacial, grado de apertura normal, asimetría facial izquierda debido a parálisis facial hace 15 años. Durante la palpación, la paciente refiere no sentir dolor, no se percibe ganglios inflamados.

Al análisis del ATM no hubo sonidos ni alteraciones.



Figura 1: Fotografía Frontal
Elaborado por: Valeria Lovato



Figura 2: Fotografía Lateral Izquierda
Elaborado por: Valeria Lovato



Figura 3: Fotografía Lateral Derecha
Elaborado por: Valeria Lovato

11.1.6.2 Examen Clínico Intraoral

Se realizó el examen clínico intraoral, se procedió a revisar las estructuras que conforman la cavidad oral como son labios, en los cuales no se percibió manchas ni se palpó nódulos, lengua y carrillos no se observó patología alguna, paladar, piso de boca, maxilar superior e inferior y glándulas salivales también.

A nivel del maxilar superior, se observó coronas de porcelana en piezas 1.1 y 2.1, carillas de porcelana en piezas 1.2 y 2.1, incrustaciones en piezas 1.4 y 2.6, además se observó restauraciones de amalgama en piezas 1.6, 1.7, 2.7. Ausencia de piezas 1.8 y 2.8.

En la mandíbula se observó restauraciones de amalgama en piezas 3.7 y 4.5, e incrustación en pieza 4.6



Figura 4: Fotografía Intraoral Frontal

Elaborado por: Valeria Lovato



Figura 5: Fotografía Intraoral Lateral Derecha
Elaborado por: Valeria Lovato



Figura 6: Fotografía Intraoral Lateral Izquierda
Elaborado por: Valeria Lovato



Figura 7: Fotografía Intraoral Superior
Elaborado por: Valeria Lovato



Figura 8: Fotografía Intraoral Inferior

Elaborado por: Valeria Lovato

11.1.7 Odontograma

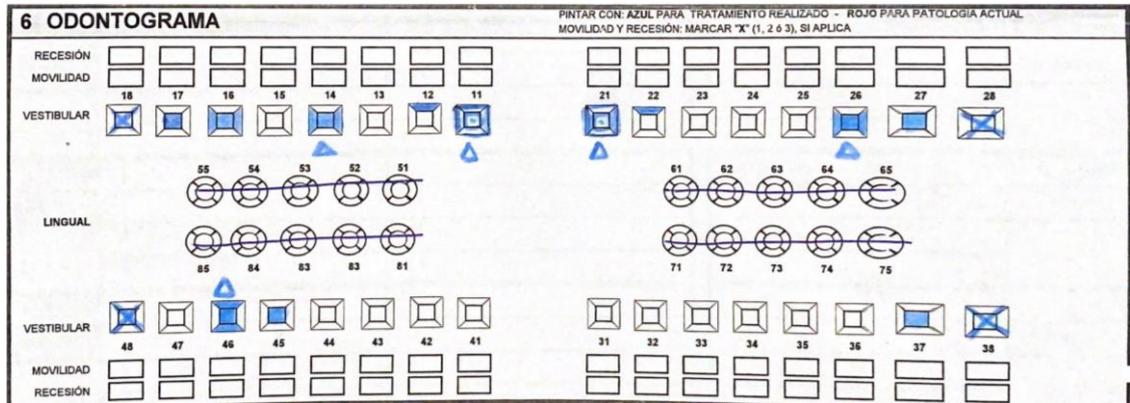


Figura 9: Odontograma Actualizado

Elaborado por: Valeria Lovato

11.1.8 Indicadores Bucales

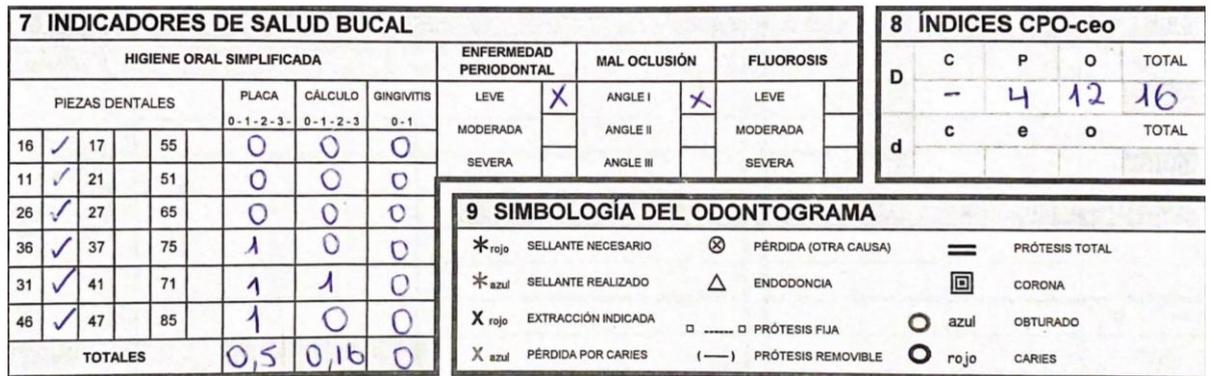


Figura 10: Indicadores de Salud Bucal

Elaborado por: Valeria Lovato

11.1.9 Exámenes Complementarios

Se realizó una radiografía panorámica de maxilares en la cual se evidenció: senos maxilares neumatizados, 28 piezas dentales, confirmando la ausencia de los dientes 1.8, 2.8, 3.8 y 4.8. Se apreció imágenes radiopacas compatibles con material obturador en dientes 1.1, 1.4, 2.1, 2.6, 4.6, sombras radiopacas compatibles con restauraciones en dientes 1.4, 1.6, 1.7, 2.6, 3,7, 4.5, 4.6.

Se observa sombra radiopaca a nivel apical compatible con lesión cemento ósea, que envuelve las raíces de las piezas 4.3 y 4.4.



Figura 11: Radiografía Panorámica de Maxilares

Elaborado por: Valeria Lovato

Se realizó una tomografía axial computarizada 5x5 de la zona mandibular inferior derecha, el hallazgo denota zonas hiperdensas simétricas con halos hipodensos asociados a dientes 4.3 y 4.4 en apical, de una configuración

locular, calcificaciones múltiples compatibles con displasia fibro-osteocementaria difusa o florida.

Además, en la pieza 4.4 se identificó zona hipodensa compatible con pérdida de cortical lingual hacia media apical. Pieza 4.6 tratada endodónticamente, se observó relleno corto en longitud en raíz mesial con 2 conductos vestibulares y conducto lingual hacia apical con zona hipodensa compatible con osteítis.



Figura 12: Reconstrucción Volumétrica
Elaborado por: Valeria Lovato



Figura 13: Corte Sagital
Elaborado por: Valeria Lovato

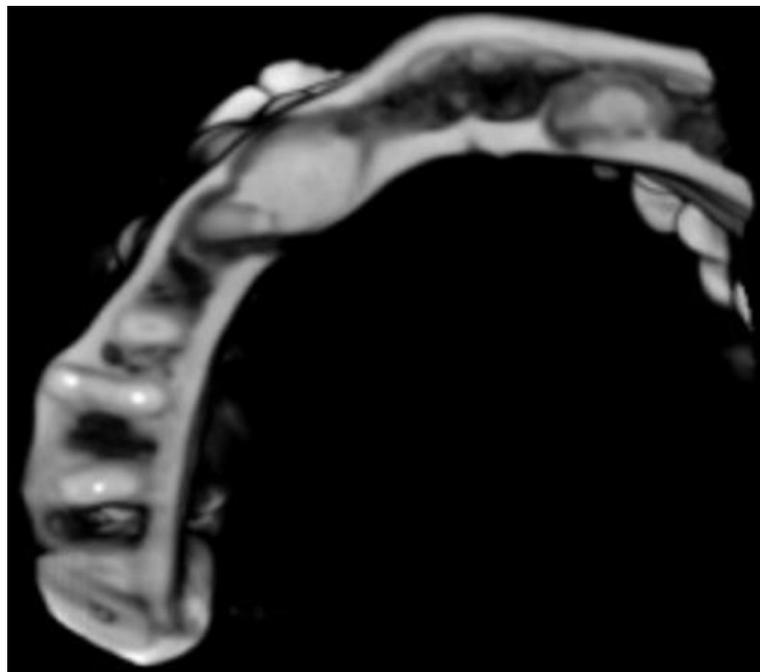


Figura 14: Corte Axial
Elaborado por: Valeria Lovato

11.2 Diagnóstico

11.2.1 Diagnóstico Presuntivo

Paciente femenina de 49 años de edad acude a la consulta, presenta una sombra radiopaca compatible con displasia, al análisis radiográfico se lo asocia a una displasia fibro-ósea cementaria.

11.2.2 Diagnóstico Definitivo

Paciente femenina de 49 años de edad que toma levotiroxina de 100 mg como tratamiento para su hipotiroidismo acude a la consulta, presenta fibroma osificante mandibular que involucra los ápices de las piezas 4.3 y 4.4.

11.3 Plan de Tratamiento

Se propuso a la paciente realizar una biopsia incisional con el fin de realizar un estudio histopatológico para determina el diagnóstico definitivo, se

descartó la enucleación total de la lesión ya que la ubicación de la misma podría comprometer la vitalidad de las piezas 4.3 y 4.4.

Resolución de Urgencias	<ul style="list-style-type: none"> • No requiere
Control de Infección y Reinfeción bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Profilaxis Dental
Control del Medio Condicionante	<ul style="list-style-type: none"> • Motivación: Explicación de la patología que presenta, tratamientos, pronóstico. • Fisioterapia: Técnica de cepillado, uso de colutorio, seda dental. • Control de momentos de azúcar.
Refuerzo o Modificación del Huésped	<ul style="list-style-type: none"> • No requiere
Control de Infecciones no resueltas como urgencias	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía: Biopsia Incisional
Rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> • No requiere
Monitoreo	<ul style="list-style-type: none"> • Control Inmediato: Control y retiro de puntos

	<ul style="list-style-type: none">• Control Mediato: Control radiográfico cada 6 meses
--	---

11.4 Pronóstico

El pronóstico de este tratamiento es favorable ya que clínicamente la paciente no presenta sintomatología alguna, o abultamiento en la zona vestibular, radiográficamente la lesión compromete la porción apical del canino inferior derecho y primer premolar inferior derecho.

En el plan de tratamiento se decidió no realizar la enucleación completa de la lesión ya que puede comprometer la vitalidad de las piezas 4.3 y 4.4, además de la cercanía con el agujero mentoniano.

11.5 Plan Quirúrgico

11.5.1 Asepsia

Previo a la realización de la biopsia, se realizó estudios radiográficos y tomográficos para comprobar y determinar la ubicación exacta de la lesión.

Adicional a los estudios, se realizó una profilaxis antibiótica para disminuir la carga bacteriana previa a la cirugía, se le recetó amoxicilina de 2 mg, 1 hora antes de la intervención quirúrgica.

11.5.2 Técnica Anestésica

Antes de realizar la cirugía, se procedió a la antisepsia de la paciente, utilizando una gasa embebida de alcohol alrededor de la cavidad oral.

La cirugía se realizó bajo anestesia troncular e infiltrativa local tanto en el fondo de vestíbulo como en lingual, utilizando anestésico con vasoconstrictor al 2%. Con el uso del carpule, se anestesiaron los nervios: dentario inferior, bucal largo y lingual.



Figura 15: Técnica Anestésica Troncular

Elaborado por: Valeria Lovato



Figura 16: Técnica Anestésica Infiltrativa local en fondo de vestíbulo

Elaborado por: Valeria Lovato



Figura 17: Técnica Anestésica infiltrativa local en lingual

Elaborado por: Valeria Lovato

11.5.3 Incisión

Debido a que la lesión se encuentra ubicada a nivel apical de las piezas 4.3 y 4.4, para un mejor manejo quirúrgico, se realizó una incisión semilunar, con una previa medición con ayuda de una sonda periodontal cp15 para obtener una ubicación de la zona apical.

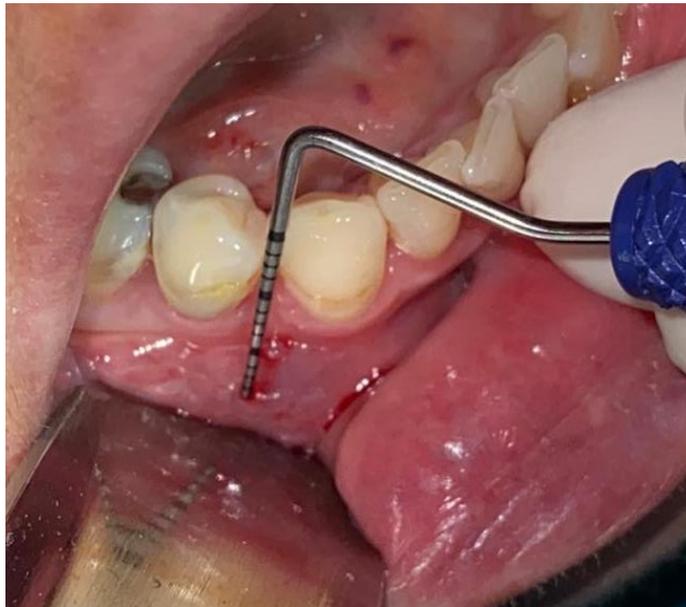


Figura 18: Toma de medida con sonda periodontal

Elaborado por: Valeria Lovato



Figura 19: Incisión semilunar

Elaborado por: Valeria Lovato

En el presente caso clínico, el empleo de una incisión semilunar nos brinda un corte eficaz, sin la necesidad de realizar una incisión agresiva que comprometa una gran extensión de tejido blando.



Figura 20: Levantamiento de colgajo

Elaborado por: Valeria Lovato

Una vez realizado el levantamiento del colgajo, se retomó la medida con la sonda periodontal para verificar que nos encontremos a nivel apical.

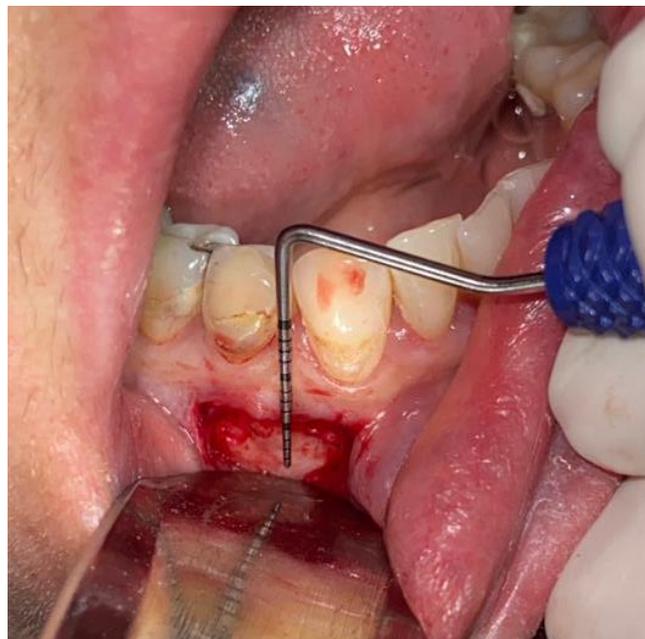


Figura 21: Medida con sonda periodontal

Elaborado por: Valeria Lovato

Se procede con un instrumento rotatorio de baja velocidad junto a una fresa de carburo tungsteno 702, a realizar el desgaste de la lesión para poder obtener una pequeña muestra para el respectivo estudio histopatológico.

La irrigación constante es importante para no provocar necrosis del tejido debido a la fricción generada por el motor rotatorio de baja velocidad



Figura 22: Osteotomía de la lesión e irrigación

Elaborado por: Valeria Lovato



Figura 23: Osteotomía finalizada
Elaborado por: Valeria Lovato



Figura 24: Extracción del fragmento
Elaborado por: Valeria Lovato



Figura 25: Retiro de la lesión con pinza
Elaborado por: Valeria Lovato

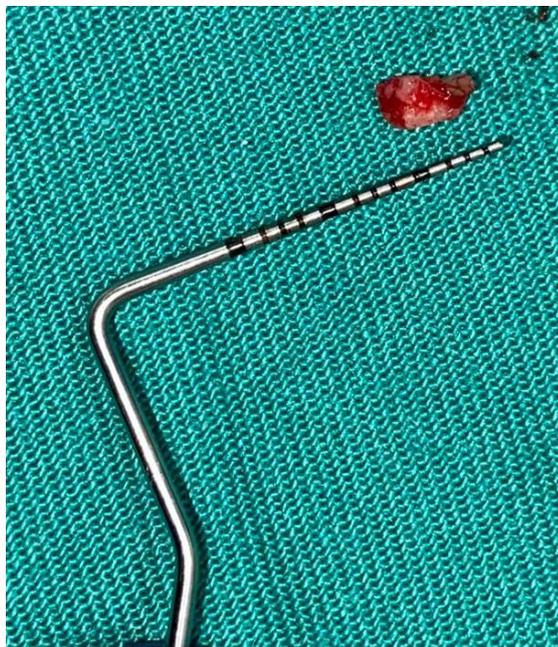


Figura 26: Muestra de tejido de aproximadamente 6mm
Elaborado por: Valeria Lovato



Figura 27: Colocación de la muestra en formol

Elaborado por: Valeria Lovato

Se realizó el lavado de la zona con suero fisiológico una vez retirada la muestra de tejido, para eliminar fragmentos que se hayan desprendido y a su vez reducir la carga bacteriana que ha contaminado la zona con fluidos intraorales.



Figura 28: Lavado del campo operatorio
Elaborado por: Valeria Lovato

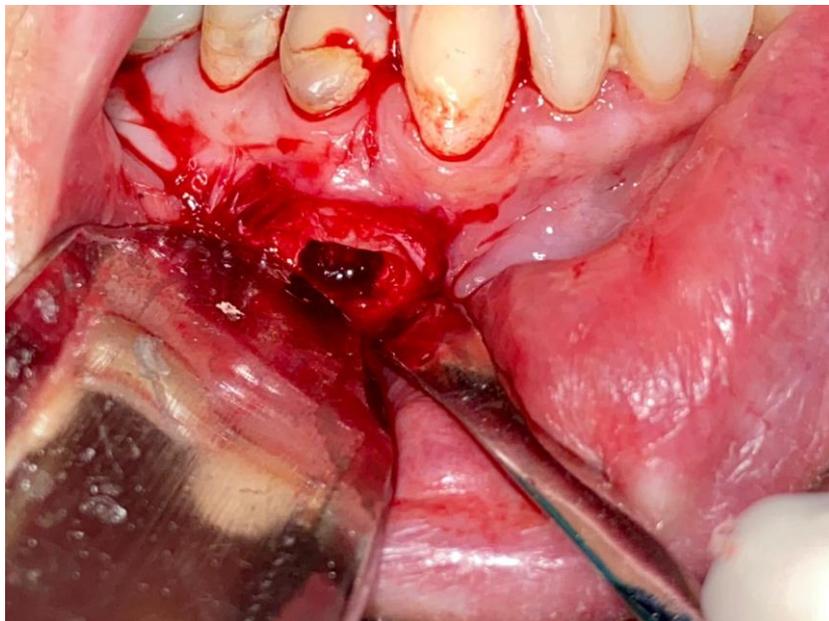


Figura 29: Cavity lavada
Elaborado por: Valeria Lovato

11.5.4 Sutura

Se realizó tres puntos simples con sutura quirúrgica de seda, no absorbible para la adherencia de los tejidos debido a que la incisión no fue extensa.

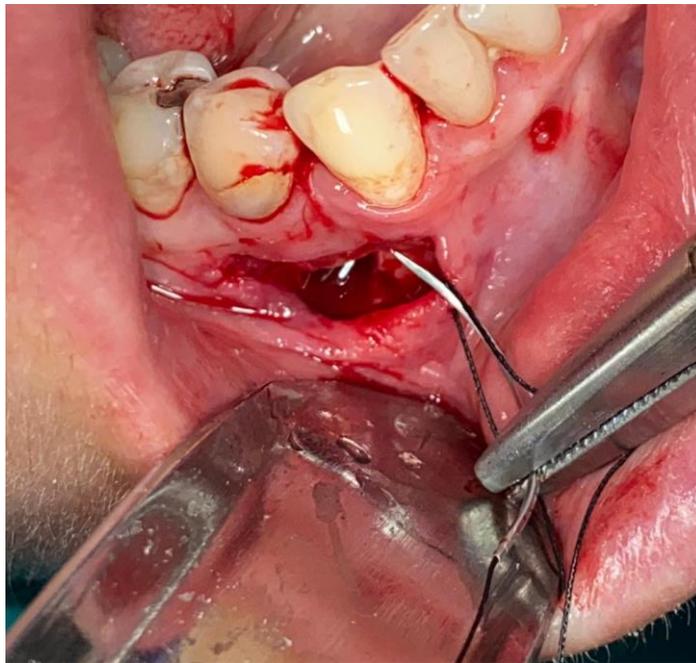


Figura 30: Inicio de sutura con pinza porta agujas e hilo de sutura

Elaborado por: Valeria Lovato



Figura 31: Sutura terminada, unión de tejidos blandos

Elaborado por: Valeria Lovato

11.5.5 Obtención de la muestra

Al término del procedimiento quirúrgico, se obtuvo la muestra de la biopsia incisional realizada, se la describe como una lesión de tejido duro de alrededor de 6 mm de extensión (Figura 32), pudiendo ser cualquier lesión de tejido duro que suele presentarse en la cavidad oral, por este motivo la muestra fue enviada al centro de estudio histopatológico para obtener un diagnóstico definitivo.

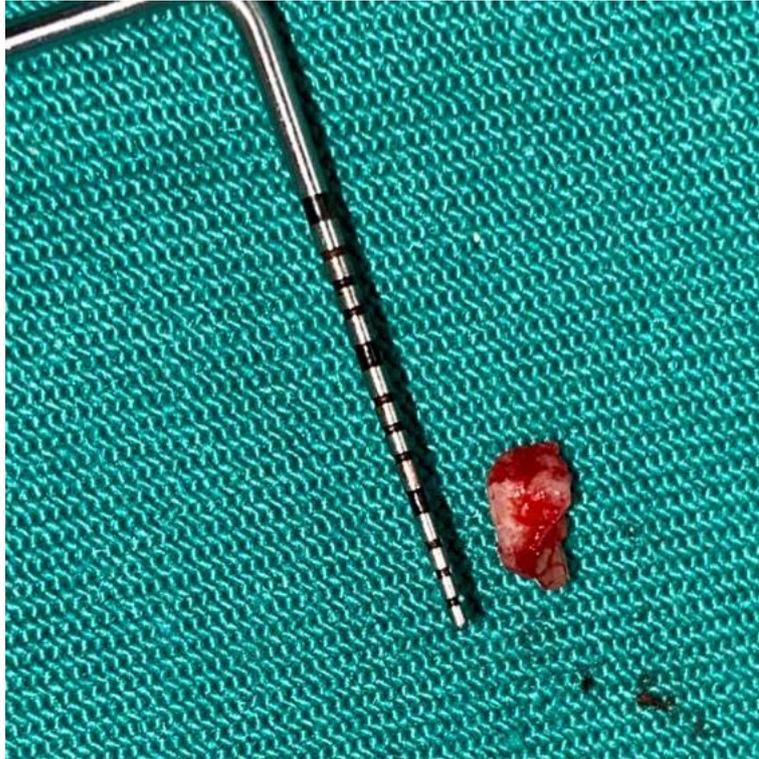


Figura 32: Lesión obtenida de alrededor de 6 mm
Elaborado por: Valeria Lovato

11.5.6 Fijación y Transporte de la muestra

La muestra extirpada fue colocada en líquido fijador compuesto por formol al 10 por ciento, en el cual el volumen debe ser 10 veces más grande que la lesión, en un frasco transparente y amplio para evitar daños.

Se verifica el buen sellado del recipiente para evitar la evaporación del líquido y la autólisis del tejido. (Santana, 1885)

En el recipiente debe ir rotulado el nombre del paciente, el nombre del odontólogo que realizó la biopsia y la fecha.

11.5.7 Estudio Histopatológico

Al realizar este estudio comprobamos que la lesión presente en la cavidad oral no coincidió con el diagnóstico presuntivo inicial, el cual era la displasia fibro ósea cementaria

11.5.8 Informe del patólogo

Los diagnósticos patológicos pueden presentar grados de dificultad, entre ellos definir entre normal y patológico, inflamatorio y tumoral. Uno de las mayores dificultades que genera un mayor margen de error es aclarar entre benigno y maligno (Santana, 1885)

El informe recibido a los 15 días de haber realizado la biopsia incisional consta de varios puntos detallados por parte del patólogo.

- **Descripción Macroscópica**

Se recibe fragmento de tejido duro, redondeado, de 0,3 cm x 0,2 cm x 0,1 cm de diámetro, blanquecino.

- **Descripción Microscópica**

Al microscopio, una lesión constituida por abundante tejido fibroso hiper celular, con presencia de estructuras calcificantes de tipo osteoide,

con diferentes grados de maduración, y otras pocas de aspecto cementoide, ambos con distribución irregular, diferentes formas y tamaño.

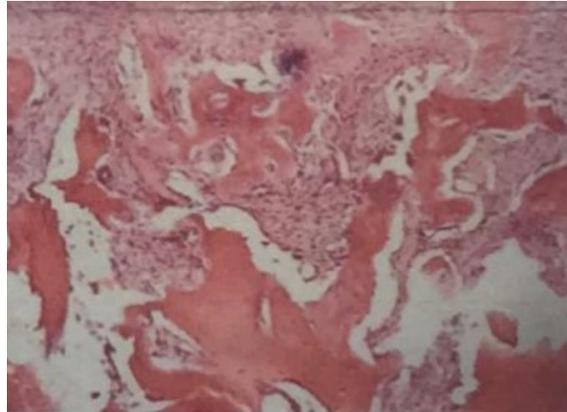


Figura 33: Vista microscópica
Elaborado por: Valeria Lovato

- **Diagnóstico**

Fibroma Osificante

11.5.9 Control Radiográfico

Se realizó una radiografía panorámica de maxilares de control a los 6 meses de la biopsia.



Figura 34: Radiografía Panorámica de Maxilares
Elaborado por: Valeria Lovato



Figura 35: Cicatrización de tejidos
Elaborado por: Valeria Lovato

12 Discusiones

El fibroma osificante se presenta con mayor frecuencia en adultos, entre la tercera y cuarta década de vida, aunque existe un intervalo de edades, este, presenta una predilección por el hueso mandibular y el sexo femenino.

A su vez caracterizado por un crecimiento lento y asintomático, existe abundantes referencias en la literatura sobre el comportamiento agresivo que puede llegar a tener en ciertos casos como el fibroma osificante juvenil, dado en pacientes menos a 15 años.

El fibroma se presenta como una lesión intraósea, radiopaca, delimitada, el cual presenta un diagnóstico diferencial con otras entidades fibro-óseas como la displasia ósea cementaria, displasia fibrosa, osteoma osteoide.

La singularidad de este caso clínico es la presencia de la patología y su estrecha relación con los ápices dentales, lo cual conduce a errores en el diagnóstico.

13 Conclusiones

El diagnóstico final del fibroma osificante solo se lo puede determinar mediante el estudio histopatológico, ya que esta lesión posee características histológicas, clínicas y radiográficas similares a ciertas lesiones fibro óseas.

El fibroma osificante se presenta comúnmente en mujeres, a partir de la segunda década de vida, su localización habitual es en el hueso

mandibular, con tendencia de crecimiento lento y asintomático, de tal manera que su hallazgo es netamente radiográfico.

Se debe realizar evaluaciones periódicas a los pacientes que poseen este tipo de tumores benignos para evitar que su crecimiento comprometa la vitalidad de las piezas dentales.

A su vez, el uso de exámenes complementarios radiográficos, como lo es la tomografía axial computarizada, que nos aporta una mejor visualización y mayor exactitud en imágenes en esta clase de tumores, ayuda al odontólogo a que consiga localizar fácilmente la lesión con un mínimo error.

La tomografía computarizada se caracteriza por brindar una disminución de la dosis de radiación comparada con la radiografía convencional, además de que nos proporciona cortes tomográficos en cortos intervalos de tiempo para analizar y estudiar mejor a la lesión.

14 Recomendaciones

Para un diagnóstico definitivo de la lesión presente, es de suma importancia que el odontólogo envíe a un histopatólogo a realizar un examen histológico complementario, el cual nos asegura que el diagnóstico presuntivo planteado al inicio de nuestro caso clínico sea el correcto.

Los odontólogos debemos tener la capacidad para determinar y diferenciar las lesiones que se pueden encontrar a nivel de tejido duro en la cavidad

oral, para de esta manera seguir el protocolo correspondiente para cada tipo de lesión.

Es indispensable la evaluación clínica y radiográfica del fibroma osificante para escoger el mejor plan de tratamiento, en base a la determinación de su tamaño, periodo de evolución, características propias, factores que predisponen su desarrollo, entre otros.

Es importante inculcar en los pacientes, el realizar los controles radiográficos periódicamente, esto ayudará a que el odontólogo detecte a tiempo patologías que no presenten sintomatologías, esto conlleva a preservar la salud del paciente. Un diagnóstico precoz evitará que las lesiones evolucionen a estadios en los cuales el tratamiento sea invasivo o se desarrolle patologías graves.

15 Referencias Bibliográficas

1. Aguado, A. (2010). *La Biopsia Oral* . Madrid: Consejo Dentistas .
2. Amarista, F. (2016). *Displasia Ósea Florida. Reporte de un caso clínico y revisión de la literatura*. Caracas: Revista Odontológica Mexicana.
3. Amarista, F. J. (2016). *Displasia Ósea Florida. Reporte de un caso y revisión de la literatura* . México: Revista Odontológica Mexicana .
4. Arias, A. (2019). *Fibroma osificante periférico: Una visión actualizada desde la perspectiva del odontólogo general*. Fundación Universitaria del Área Andina .
5. Cari, E. (2017). *Fibroma Osificante Periférico Diagnóstico y Tratamiento* . Perú: Evidencias en Odontología Clínica.
6. Chrcanovic, B. (2009). *Central Ossifying fibroma in the maxilla: a case report and review of the literature* . Brasil: Avances en Odontoestomatología .
7. Cochrane. (2016). *Protocolos Clínicos Aceptados de Biopsias* . España: Organización Colegial de Dentistas de España .
8. Cruz, A. (2014). *Fibroma Osificante Juvenil Trabecular* . *Universidad Autónoma de México* , 60.
9. Dios, J. S. (2014). *Osteoma Osteoide*. Tabasco: Revista Científica de América Latina.

10. Duarte, K. N. (2015). Fibroma Osificante Periferico. Reporte de un caso clínico . *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud UDES*, 5.
11. Dueñas, H. C. (2006). *Biopsia en Odontología* . España: Consejo Dentistas.
12. Freire, A. (2018). Giant Peripheral Ossifying Fibroma Treated With Piezosurgery and Platelet Rich Fibrin: A rare case report . *Department of Clinic and Surgery, School of Dentistry, Brazil* , 5.
13. Gomez, P. H. (2017). Conservative Management of Central Cemento-Ossifying Fibroma. *The Journal of Craniofacial Surgery* , 2.
14. Hernández, A. (2015). *Displasia Fibrosa Monostótica*. Madrid: Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial.
15. Ketty, A. (2015). Etiopatogenia del Fibroma Osificante. *Universidad de Guayaquil*, 58.
16. Kuder, L. (2018). *Displasia Cementaria Apical. Reporte de Caso* . Carabobo: Universidad de Carabobo.
17. Lerma, J. L. (2017). Enfoque y manejo radiológico de las lesiones óseas. *Sociedad Española de Radiología Médica*, 55.
18. Li, M. (2016). Which patients with ossifying fibroma of the jaws would be suitable for radical ablative surgery? *The Journal of Craniofacial Surgery* , 5.

19. Mainville, G. N. (2016). Diagnosis and Management of Benign Fibro-Osseous Lesions of the Jaws. *Department of Stomatology*, 38.
20. Marra, A. (2019). *Displasia Cementaria Periapical: Presentación de un caso clínico*. Argentina: Facultad de Odontología Cuyo .
21. Mintz, S. (2007). Central ossifying fibroma: An analysis of 20 cases and review of the literature. *Quintessence International*, 8.
22. Mithra, R. (2012). Imaging in the Diagnosis of Cemento-Ossifying Fibroma: A Case Series. *Journal of Clinical Imaging Science*, 7.
23. Mota, A. (2007). *Oral Biopsy in dental practice*. Valencia : Scielo .
24. Myeong, J. K. (2020). Three types of ossifying fibroma: A report of 4 cases with an analysis of CBCT features. *Department of Oral and Maxillofacial Radiology*, 7.
25. Naval, B. (2017). *Displasia Ósea Florida. A propósito de tres casos*. Madrid: Ciencia y Clínica.
26. Silveira, D. T. (2016). Ossifying fibroma: report on a clinical case, with the imaging and histopathological diagnosis made and treatment administered. *Elsevier* , 5.
27. Titinchi, F. (2016). Ossifying Fibroma: analysis of treatment methods and recurrence patterns . *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* , 34.
28. Toro, J. (2016). *Biopsia Oral*. Portoviejo : Universidad San Gregorio .

29. Trijolet, J. (2011). Cemento-Ossifying Fibroma of the mandible .
Elsevier Masson, 4.
30. Trovati, L. (2016). *Fibroma Ossificante Periferico: Relato de Caso*.
Brasil: Universidade de Sao Paulo.
31. Vázquez, F. (2006). Fibroma Osificante. Reporte de caso clínico y
revisión de la literatura . *Revista Odontológica Mexicana* , 5.

16 Anexos

- Informe de Tomografía Computarizada 5x5 de la región mandibular derecha



ORION
GROUP
DIAGNOSTICO POR IMAGEN



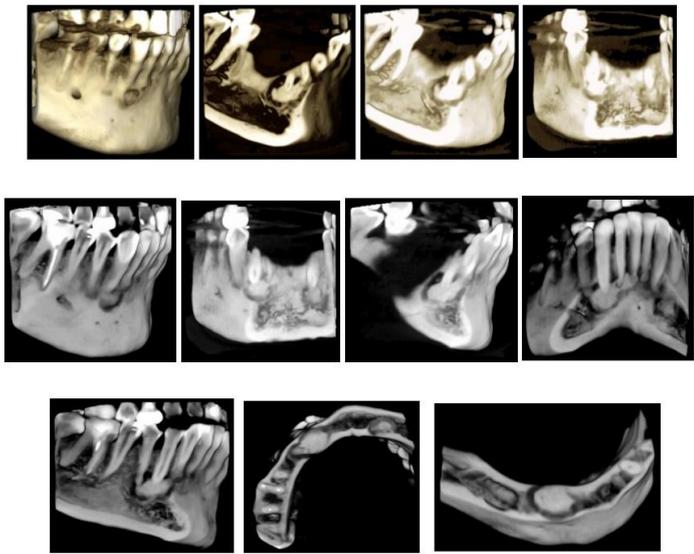
UNIVERSIDAD DE CHILE

INFORME TOMOGRAFIA CONE BEAM

NOMBRE PACIENTE:	SALAZAR SONIA
EDAD:	49 AÑOS
FECHA:	26 de febrero de 2020
TIPO DE ESTUDIO:	TOMOGRAFIA 5x5

ESTUDIO

Captación en ventana 5x5 se adjuntas cortes sagitales, coronales, axiales, parasagitales, reconstrucción volumétrica.

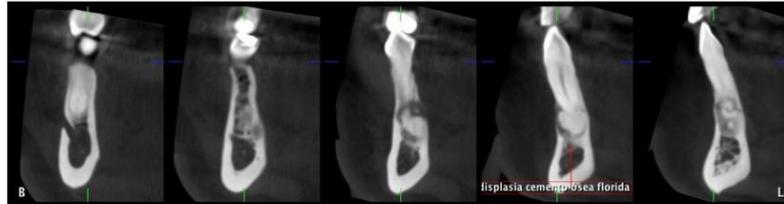


HALLASGO Nótese zonas hiperdensas, simétricas, configuración lo cular, mixtas en su interior, calcificaciones múltiples bilaterales compatibles con **DISPLASIA FIBRO OSTEO CEMENTARIA DIFUSA O FLORIDA**

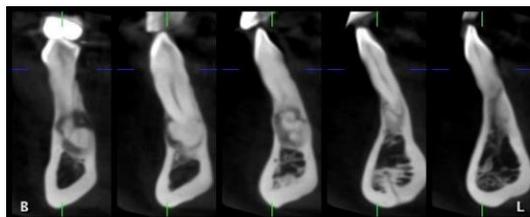
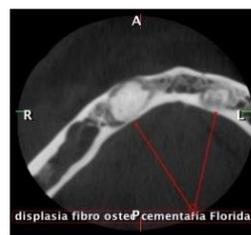
Matriz: América N21-103 y Av. Universitaria junto a Prodontomed
Sucursal Norte: Voz Andes entre Av. América y Diguja Ed. Asoma PB interna local 3
Sucursal Sur: Av. Napo E1-143 y Gualberto Pérez junto a Prodontomed
Email: adminorion@oriongroup.ec Telf. 2907-550 2509-249
Quito - Ecuador

Anexo 1: Informe Tomográfico

Elaborado por: Valeria Lovato



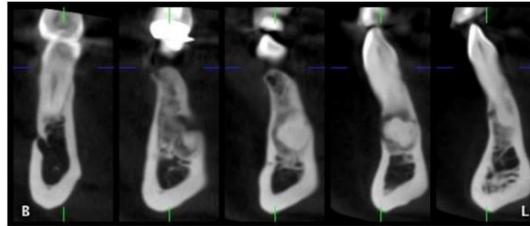
2



Matriz: América N21-103 y Av. Universitaria junto a Prodontomed
Sucursal Norte: Voz Andes entre Av. América y Diguja Ed. Asoma PB interna local 3
Sucursal Sur: Av. Napo E1-143 y Gualberto Pérez junto a Prodontomed
Email: adminorion@oriongroup.ec Telf. 2907-550 2509-249
Quito - Ecuador

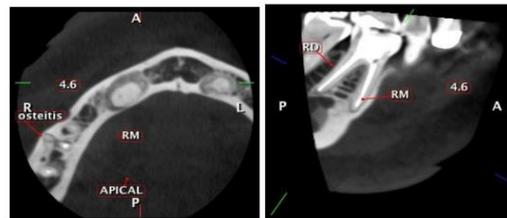
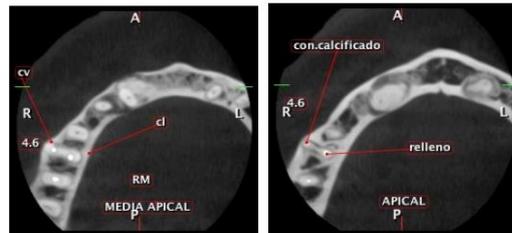
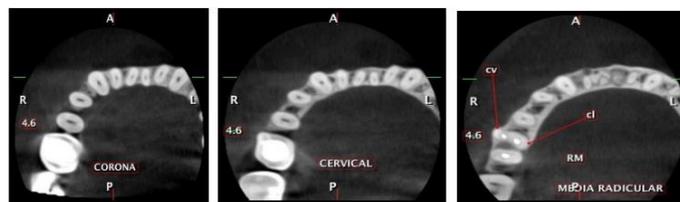
Anexo 2: Informe Tomográfico

Elaborado por: Valeria Lovato



3

Pieza 4.6 tratada se observa relleno corto en longitud en raíz mesial con 2 conductos vestibular en apical calcificado y conducto lingual hacia apical zona hipodensa compatible con osteitis Raíz distal conducto único de cervical apical

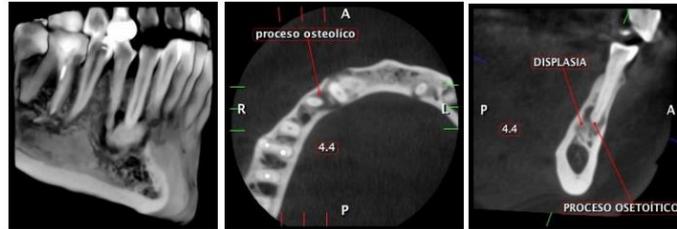


Pieza 4.4 nótese zona hipodensa apical comprometida con displasia, pérdida de cortical lingual hacia media apical y apical se sugiere control clínico de sintomatología de dolor o sensibilidad

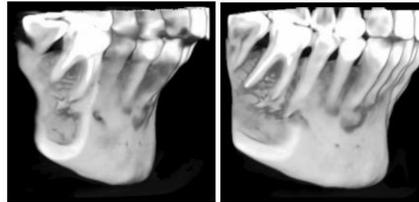
Matriz: América N21-103 y Av. Universitaria junto a Prodontomed
Sucursal Norte: Voz Andes entre Av. América y Diguja Ed. Asoma PB interna local 3
Sucursal Sur: Av. Napo E1-143 y Gualberto Pérez junto a Prodontomed
Email: adminorion@oriongroup.ec Telf. 2907-550 2509-249
Quito - Ecuador

Anexo 3: Informe Tomográfico

Elaborado por: Valeria Lovato



4



Atentamente,
ORION GROUP S.A.
DRA. YOLANDA GUERRA M.



RADIÓLOGO DENTO MAXILOFACIAL
UNIVERSIDAD DE CHILE

Matriz: América N21-103 y Av. Universitaria junto a Prodontomed
Sucursal Norte: Voz Andes entre Av. América y Diguja Ed. Asoma PB interna local 3
Sucursal Sur: Av. Napo E1-143 y Gualberto Pérez junto a Prodontomed
Email: adminorion@oriongroup.ec Telf. 2907-550 2509-249
Quito - Ecuador

Anexo 4: Informe Tomográfico

Elaborado por: Valeria Lovato

- Resultado de Estudio Histopatológico

**DENTAL
CEDYTE**

CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

Dr. Byron Sigcho Espinosa El Comercio E7-54 y el Tiempo
Odontólogo - Patólogo Oral Telfs: 2454-227 - 0992938331
e-mail: drsigcho@hotmail.com

QUITO – ECUADOR

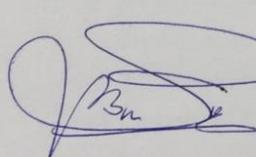
ESTUDIO HISTOPATOLOGICO

ESTUDIO No	1112-2020
NOMBRE DEL PACIENTE:	Sonia Salazar
EDAD.	48 años
MUESTRA TOMADA DE	Región Pieza 44
SOLICITADO POR:	Dr. Villasis
FECHA DE RECEPCIÓN:	28/02/2020

DESCRIPCIÓN MACROSCOPICA.-
Se recibe un fragmento de tejido duro, redondeado, de 0.3 cm x 0.2 cm x 0.1 cm de diámetro, blanquecino.

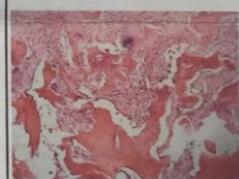
DESCRIPCIÓN MICROSCOPICA.
El microscopio una lesión constituida por abundante tejido fibroso hiper celular, con presencia de estructuras calcificantes de tipo osteiodes, con diferentes grados de maduración, y otras pocas de aspecto cementoide, ambos con distribución irregular y con diferentes formas y tamaños.

DIAGNÓSTICO.-
FIBROMA OSIFICANTE



Dr. Byron Sigcho E
Patólogo Bucal

DENTAL CEDYTE
Dr. Byron Sigcho E.
ODONTOLGO PATOLOGO BUCAL
Registro M.S.P. Libro III Folio 42 Nº 124

Anexo 5: Resultado de estudio histopatológico

Elaborado por: Valeria Lovato

