



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA**

**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**



**FIBROMA OSIFICANTE PERIFÉRICO: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.**

Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar por el título de  
Odontólogo.

**Autores:**

Domínguez Iafaioli, Mariangela C.I :29.881.359

Nogueira Colmenares, Victoria C.I :28.330.778

**Tutor:**

Dr. Jesús Pérez Cautela

San Diego, noviembre 2023




REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Mediante la presente hago constar que he leído el Proyecto de Trabajo de Grado, elaborado por las ciudadanas **Mariangela Domínguez y Victoria Nogueira**, titulares de la cédula de identidad N° **V.29.881.359** y **V.28.330.778**, respectivamente, para optar al grado académico de Odontólogo, cuyo título es **“FIBROMA OSIFICANTE PERIFÉRICO: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.”**, adscrito a la línea de investigación: **Odontología clínica y correctiva**, y declaro que acepto la tutoría del mencionado Proyecto de Trabajo de Grado durante su etapa de desarrollo hasta su presentación y evaluación por el jurado evaluador que se designe; según las condiciones del Reglamento de Estudios de la Universidad José Antonio Páez.

En San Diego, a los veintitrés (23) días del mes de agosto de año dos mil veintitrés (2023).

  
(Firma autógrafa del tutor)  
Jesús Pérez Castela  
CI V- 20.268.972



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**CONSTANCIA DE APROBACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN  
PÚBLICA DEL TRABAJO DE GRADO**

Quien suscribe **Jesús Pérez Cautela**, portador de la cédula de identidad N° **V-20.268.972**, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por las ciudadanas **Mariangela Domínguez** y **Victoria Nogueira**, portadoras de la cédula de identidad N° **V-29.881.359** y **V-28.330.778**, respectivamente; titulado **"FIBROMA OSIFICANTE PERIFÉRICO: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO."**, presentado como requisito parcial para optar al título de Odontólogo, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los once (11) días del mes de octubre del año dos mil veintitrés (2023).

*Dr. Jesús Pérez Cautela*  
RES. CIRURJIA BUCAL  
C.I.: 20.268.972  
C.O.V.: 33.676.000  
(Firma autógrafa de tutor)  
Jesús Pérez Cautela  
CI.: V-20.268.972



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



### ACTA DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado “FIBROMA OSIFICANTE PERIFÉRICO. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.”, realizado por las ciudadanas **Mariangela Margarita Domínguez Lafaioli** y **Victoria Natalic Nogueira Colmenares**, titulares de la cédula de identidad 29.881.359 y 28.330.778, respectivamente. Cursantes de la carrera ODONTOLOGÍA, hace constar que después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su **aprobación**.

En San Diego, a los quince días del mes de noviembre del año dos mil veintitrés

Jurado 1:  
Nombre: *Carlos Lopez*  
C.I.: *15746602*



*José Antonio Páez*

Tutor Académico:  
Nombre *José Páez*  
C.I.: *20269472*

Jurado 2:  
Nombre: *Nur edou Harb .*  
C.I.: *26.518.700.*

## DEDICATORIA

Primero que nada, quiero agradecer a Dios por permitirme cumplir esta meta, y a mi familia por siempre estar para mí, por nunca limitarme y siempre motivarme a soñar; durante estos cuatro años me di cuenta que el hogar no es una estructura física a la que extrañas; mi hogar son ustedes y nunca me sentí desvinculada de él, porque sencillamente siempre buscaron la forma de estar presentes en cada momento, a pesar de la distancia; celebrando mis logros y ayudándome a sobrellevar mis fracasos. En mi incertidumbre, fueron mi certeza; en mis ganas de desistir, una frase de aliento, y en los momentos de tormenta, mi calma. Los amo enormemente, no hay día en que no agradezca la suerte de ser hija, sobrina, nieta, prima y hermana de ustedes, mis seres queridos; son mi orgullo, mi fuerza y mi vida entera.

*"Un profesor trabaja para la eternidad, nadie puede determinar en qué parte acaba su influencia"*. Gracias a los dos profesionales más importantes que fueron parte de mi formación, quienes considero mis padres quirúrgicos, mis profesores **Rafael Muñoz y Jesús Pérez**, por ser mi fuente de inspiración y ejemplos a seguir. Gracias por cada consejo, cada llamado de atención, cada palabra de aliento. Pero sobre todo, gracias por acogerme en sus guardias quirúrgicas, enseñarme y permitirme darme cuenta de lo mucho que me apasiona esta rama de la odontología. Siempre estaré agradecida de todo lo que desaprendí para aprender, por motivarme, y acompañarme día tras día para enfrentar el miedo ante la expectativa de "lo nuevo", que paulatinamente desapareció conforme al paso de cada experiencia. *"Dímelo y lo olvidaré, muéstramelo y lo recordaré, involúcrame y aprenderé"*.

A mi compañera, **Victoria Nogueira**. Sin ti, este recorrido no hubiese sido lo mismo; creo que ambas nos pudimos complementar y hacer un buen trabajo juntas. Gracias por permitirme aprender de ti, eres una excelente persona, me inspiras a ser mejor, sé que serás brillante. A mi hermana, **Alessandra Domínguez** y a mis hermanas de vida: **Oriana Obrion, Arantxa Melgar, Elena Tahmouch, Daniela Albornoz**; todos los días agradezco haber tenido la suerte de toparme con ustedes. *"La amistad duplica las alegrías y divide las angustias por la mitad"*. Ustedes me enseñaron a llorar por un paciente que no era mío, que las risas son infinitas, y a querer la universidad, al punto de tomar horarios extras para quedarme con ustedes. Gracias por hacer de mi experiencia universitaria la mejor de todas, y ayudarme a sobrellevar mis momentos de dramas en las clínicas de endodoncia y restauradora jaja. Las adoro con mi vida. Y también, a mis amigos: **Kevin Bonilla**, quien me orientó, distrajo, molestó y escuchó cuando lo necesité; y a **Alejandro Mejía**, por ser la primera persona que me motivo a adentrarme en el mundo de la cirugía, contagiándome su amor hacia esta rama y hacerme ver que con determinación y constancia todo se puede lograr. Este logro es de ustedes también...

**Mariangela M. Domínguez Iafaioli.**

## DEDICATORIA

Primeramente, a **Dios**, por ser tan bondadoso conmigo, porque siempre está cuidándome en cada paso que doy, por ser mi guía en momentos de oscuridad, por darme la sabiduría para poder tomar la decisión correcta y poner a tantas personas maravillosas en mi camino, permitiéndome aprender de ellas las más valiosas lecciones.

A mi **familia, Thaina Colmenares, Armino Nogueira y Victor Nogueira**, las palabras no alcanzan para agradecer todo lo que hacen por mí, por el amor tan inmenso que me han dado, porque siempre están ahí apoyándome en cualquier decisión que tome en mi vida, por todo el sacrificio y esfuerzo que hacen día a día para verme convertida en una profesional, han sido la base para construir todo lo que soy, estoy orgullosa de ello y de lo que quiero llegar a ser gracias a ustedes. Gracias, no puedo pedir más, son lo mejor que tengo.

A todos los **profesores** que imparten clases desde el corazón, que en algún momento se cruzaron en mi camino en estos años como estudiante y dejaron en mí mucha sabiduría y aprendizaje, a cada uno de ellos les debo la gran parte de lo que sé. Siempre he creído que cada persona que pasa por tu vida lo hace para dejarte una enseñanza en cualquiera de los ámbitos, y así es. Espero seguir aprendiendo de ustedes.

A mi novio, **Jean Paolo Ferias**, por su amor incondicional, gracias por estar conmigo en todo momento, por tu apoyo diario y por impulsarme siempre a ser mejor en todos los ámbitos, demostrándome que todo es mucho mejor cuando se hace en equipo y con amor.

A mi amiga, **Viannella Gil**, quien fue mi compañera durante la carrera, gracias por todas las risas y los momentos inolvidables junto a ti que marcaron significativamente mi vida, contigo pude ser siempre yo misma desde el día uno.

Por último, a mi compañera de trabajo, **Mariangela Domínguez**. Tu dedicación y perseverancia en el campo de la cirugía son verdaderamente inspiradoras. Trabajar junto a ti ha sido una experiencia enriquecedora porque me ha impulsado a superar mis propios límites y aprender todos los días. Gracias por permitirme ser tu compañera de tesis.

**Victoria N. Nogueira Colmenares.**

## RECONOCIMIENTO

Queremos agradecer y hacer mención en primer lugar al **Dr. Rafael Muñoz**, quien es el dueño del caso clínico que se presenta a continuación. Gracias por guiarnos y darnos su apoyo incondicional; por contribuir enormemente con nuestro aprendizaje y dejar una huella imborrable en nuestro camino como futuras profesionales.

A nuestro tutor, el **Dr Jesús Pérez**, por estar presente y ser constante en cada parte de este trabajo, gracias por aclarar todas nuestras dudas y sembrar siempre la semilla de la curiosidad en nosotras. Gracias por brindarnos las herramientas necesarias para que todo se desarrollara de la manera más provechosa posible y convertir esto en una experiencia de crecimiento profesional para cada una de nosotras.

Es un honor para nosotras haber podido aprender de ustedes. Les admiramos infinitamente como profesionales y como docentes, gracias por inspirarnos a ser mejores e impulsarnos a serlo.

También nos extendemos nuestro agradecimiento a dos estudiantes que nos apoyaron e hicieron un maravilloso trabajo en la fase de rehabilitación protésica del caso; **Alexandra Gómez y Georgina Ghosn**.

**Mariangela M. Domínguez Iafaioli.**

**Victoria N. Nogueira Colmenares.**

## ÍNDICE GENERAL

<b>CONTENIDO</b>	<b>PP</b>
<b>RESUMEN INFORMATIVO</b> .....	<b>ix</b>
<b>INFORMATIVE SUMMARY</b> .....	<b>x</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I</b> .....	<b>2</b>
1.1 Planteamiento del problema .....	2
1.2 Formulación del problema.....	4
1.3 Objetivos de la investigación.....	5
1.3.1 Objetivo general.....	5
1.3.2 Objetivos específicos .....	5
1.4 Justificación de la investigación .....	5
1.5 Alcance y limitaciones de la investigación .....	6
<b>CAPÍTULO II</b> .....	<b>7</b>
2.1 Antecedentes de la investigación.....	7
2.2 Bases Teóricas .....	9
2.3 Bases Legales .....	18
2.4 Definición de términos básicos .....	19
<b>CAPÍTULO III</b> .....	<b>22</b>
3.1 Tipo o modalidad de Investigación .....	22
3.2 Fases del caso clínico.....	22
3.2.1 Fase I: Descripción y Diagnóstico del Paciente .....	22
3.2.2 Fase II: Biopsia Excisional .....	23
3.2.3 Fase III: Evolución del paciente .....	24
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	<b>25</b>
4.1 Análisis y discusión de resultados .....	25
<b>CAPÍTULO V</b> .....	<b>34</b>
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	<b>34</b>
5.1 Conclusiones .....	34
5.2 Recomendaciones .....	34
<b>REFERENCIAS</b> .....	<b>36</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>39</b>



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**FIBROMA OSIFICANTE PERIFÉRICO: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.**

**Autores:** Domínguez Iafaioli, Mariangela  
Nogueira Colmenares, Victoria

**Tutor:** Dr. Jesús Pérez Cautela

**Línea de investigación:**  
Odontología clínica y correctiva

Noviembre, 2023

**RESUMEN INFORMATIVO**

**Introducción:** Las lesiones reactivas orales comprenden una gran diversidad de patologías asociadas a respuestas proliferativas y reparadoras del tejido ante ciertos estímulos persistentes; entre este tipo de lesiones se incluye al fibroma osificante periférico (FOP). **Objetivos:** Describir el manejo quirúrgico del FOP. **Metodología empleada:** se corresponde con un estudio de caso, de naturaleza descriptiva, cualitativa, cuasi-experimental y longitudinal. **Resultados:** Se realizó seguimiento postquirúrgico de manera inmediata, mediata y tardía durante el periodo de un año, en donde se obtuvo el efecto terapéutico deseado al no observar recidiva de la lesión. **Conclusión:** A partir de la evidencia clínica, se puede concluir que el tratamiento quirúrgico de las lesiones reactivas ofrece resultados satisfactorios en tanto se tomen previsiones prequirúrgicas asociadas al control y eliminación de los factores desencadenantes, ejecución quirúrgica apegada a los protocolos ya descritos, y seguimiento periódico en el que se verifique y garantice la permanencia de ausencia estos irritantes asociados

**Descriptor:** Lesión reactiva, fibroma osificante periférico, patología oral, biopsia escisional quirúrgica, recidiva.



**BOLIVARIAN REPUBLIC OF VENEZUELA**  
**JOSÉ ANTONIO PÁEZ UNIVERSITY**  
**FACULTY OF HEALTH SCIENCES**  
**SCHOOL OF DENTISTRY**



**PERIPHERAL OSSIFYING FIBROMA: REPORT OF A CLINICAL CASE.**

**Authors:** Domínguez Iafaioli, Mariangela  
Nogueira Colmenares, Victoria

**Tutor:** Dr. Jesús Pérez Cautela

**Research line:**  
Clinical and corrective dentistry

November, 2023

**INFORMATIVE SUMMARY**

**Introduction:** Oral reactive lesions comprise a great diversity of pathologies associated with proliferative and reparative responses of the tissue to certain persistent stimuli; This type of lesion includes peripheral ossifying fibroma (PFO). **Objectives:** Describe the surgical management of PFO. **Methodology used:** corresponds to a case study, of a descriptive, qualitative, quasi-experimental and longitudinal nature. **Results:** Post-surgical follow-up was carried out immediately, mediately and lately during a period of one year, where the desired therapeutic effect was obtained by not observing recurrence of the lesion. **Conclusion:** From the clinical evidence, it can be concluded that the surgical treatment of reactive lesions offers satisfactory results as long as pre-surgical provisions are made associated with the control and elimination of triggering factors, surgical execution in accordance with the protocols already described, and follow-up. periodic in which the permanence of absence of these associated irritants is verified and guaranteed.

**Descriptors:** Reactive lesion, peripheral ossifying fibroma, oral pathology, surgical excisional biopsy, recurrence.

## INTRODUCCIÓN

Las lesiones reactivas de la cavidad oral se corresponden con proliferaciones asociadas a estímulos irritantes que desencadenan una respuesta reparativa y exagerada por parte de los tejidos afectados. Los factores locales que predisponen a este tipo de lesiones son identificados como el biofilm, malposición dentaria, traumas asociados a hábitos parafuncionales, higiene bucal deficiente y prótesis y/o restauraciones mal adaptadas. Pese a su progresión lenta, estas lesiones suelen alcanzar un tamaño considerable debido a su evolución mantenida durante largos periodos de tiempo; esto posiblemente guarde relación con su naturaleza asintomática, lo que posiblemente orienta al paciente a la búsqueda de la resolución únicamente cuando estas se vuelven perceptibles.

En el mismo orden de ideas, el diagnóstico, la prevención, el manejo y el tratamiento adecuados de las lesiones reactivas es de suma importancia. Sin embargo, las características clínicas y factores etiológicos comunes dificultan el poder establecer una diferenciación clínica entre ellas; por lo que el estudio histopatológico supone un enfoque decisivo al momento de determinar el diagnóstico. El tratamiento por otra parte, amerita la eliminación de los irritantes locales, la escisión quirúrgica de la lesión y el posterior seguimiento del paciente.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1 Planteamiento del problema**

Los tejidos blandos de la cavidad bucal están sujetos a una irritación persistente asociada a traumatismos, restauraciones dentales y prótesis mal adaptadas, presencia biofilm, entre otros factores. Así pues, la respuesta de los tejidos ante estos estímulos irritantes resulta en un crecimiento hiperplásico y reactivo en una zona localizada (1). En el mismo sentido, las lesiones reactivas suponen una respuesta por parte del tejido ante un estímulo desencadenante y que, dependiendo del tiempo de exposición ocasionalmente pueden ser reversibles (2).

El fibroma osificante periférico (FOP) corresponde con un crecimiento que se considera de naturaleza reactiva más que neoplásica. Su origen es controversial; partiendo del hecho de que no es observable en áreas edéntulas, se sospecha que puede estar relacionado con los elementos de tejido conectivo del ligamento periodontal. Así pues, algunos investigadores señalan que el FOP se desarrolla inicialmente como un granuloma piogénico, y posteriormente experimenta una maduración fibrosa y calcificación, teniendo en consideración similitudes clínicas e histopatológicas entre ambos (3,4).

El FOP se presenta clínicamente como una masa papular o tumoral, de base pedunculada o sésil, que suele emanar de la papila interdental. El color varía de rojo a rosa, y su superficie se encuentra frecuentemente ulcerada, pudiendo estar

asociado a desplazamiento dental. De la misma forma, se encuentra mayor prevalencia en adolescentes y adultos jóvenes, entre la primera y segunda décadas de vida, con predilección del género femenino en la mayoría de los casos; siendo la región anterior del maxilar la zona de mayor incidencia (3).

Dentro de este marco, radiográficamente las características del FOP pueden variar; en ciertos casos, se puede observar erosión superficial del hueso subyacente, defecto de copa y áreas focales de calcificaciones radiopacas en el centro de la lesión. En el caso más común, la lesión contendrá solo pequeñas cantidades de osificaciones y no será visible en una radiografía periapical debido a las otras estructuras densas circundantes (4,5).

El FOP cursa diagnósticos diferenciales con el granuloma piogénico y otras proliferaciones periféricas de células gigantes. No obstante, las características clínicas y factores etiológicos comunes dificultan poder establecer una diferenciación clínica entre este tipo de lesiones; por ende, el examen histopatológico supone un enfoque decisivo al momento de determinar el diagnóstico. El aspecto microscópico del fibroma osificante periférico corresponde con una proliferación fibrosa asociada a la formación de un producto mineralizado. El componente fibroblástico más profundo a menudo es celular, especialmente en áreas de mineralización; estas áreas suelen consistir en hueso, material similar al cemento o grandes cuerpos eosinofílicos acelulares redondos u ovalados, o calcificaciones distróficas. (3 - 5).

Desde una perspectiva más general, se coincide con que el tratamiento de elección consiste en la escisión local con márgenes quirúrgicos de 2 mm en la periferia de la lesión; siendo un aspecto no menos importante la eliminación de los irritantes locales y control de los hábitos del paciente que puedan estar asociados al origen de la lesión, pues de lo contrario se predispondrá a una recidiva que puede fomentar la aparición de defectos, lesiones periodontales y pérdida de dientes adyacentes debido a la mayor destrucción ósea que se produce a largo plazo (4,6).

## **1.2 Formulación del problema**

El FOP es un crecimiento reactivo con un porcentaje de recurrencia importante luego de su escisión, este aspecto está íntimamente asociado con su manejo, siendo factores contribuyentes la escisión quirúrgica inadecuada y la permanencia de irritantes locales. A continuación, se reporta el caso de una paciente venezolana de 46 años, con inicio de enfermedad actual desde hace aproximadamente cinco años, asociado a aumento de volumen en la zona anterosuperior izquierda y compatible histopatológicamente con un fibroma osificante periférico. Un estudio venezolano indica que el pronóstico del tratamiento es favorable en la medida de que se ejecuten correctamente los protocolos establecidos para el manejo de este tipo de lesiones, reportando una tasa de recidiva variable del 7 a 20% (6). En este sentido, se pretende dar respuesta a siguiente interrogante: *¿Será efectivo el manejo quirúrgico para la resolución del Fibroma Osificante Periférico del caso a tratar?*

### **1.3 Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1 Objetivo general**

- Describir el manejo quirúrgico del Fibroma Osificante Periférico en el caso clínico a tratar.

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Identificar las características clínicas, imagenológicas e histopatológicas que permiten el diagnóstico del Fibroma Osificante Periférico.
- Ejecutar el manejo quirúrgico del Fibroma Osificante Periférico en el caso clínico a tratar.
- Efectuar seguimiento inmediato, mediano y tardío para observar si hay presencia o no de recidiva.

### **1.4 Justificación de la investigación**

La investigación pretende dar a conocer los instrumentos diagnósticos que permitieron identificar al FOP del caso clínico a tratar, su abordaje quirúrgico y seguimiento. Dentro del marco general de las lesiones reactivas, se puede hacer mención a un estudio retrospectivo de 659 casos titulado "Lesiones reactivas de la cavidad oral" en donde mediante un análisis y comparación de datos demográficos e histopatológicos, los investigadores reportaron a la hiperplasia fibrosa inflamatoria como la lesión más frecuente (47 %), seguida del granuloma piógeno (27,16 %), fibroma osificante periférico (8,19 %) y granuloma periférico de células

gigantes (1,6 %). Encontrando predominio del género femenino, con una edad media de aparición correspondiente a la 4.<sup>a</sup> y la 5.<sup>a</sup> década en todas las lesiones reactivas, a excepción del FOP, que se presentó en la tercera década. Entre 659 casos, 72 mostraron recurrencias(7). Partiendo del hecho de que a nivel local no se han encontrado estudios asociados y entendiéndose la importancia epidemiológica de este tipo de lesiones, la presente investigación pretende promover el perfeccionamiento de la capacidad de diagnóstico, así como describir el manejo quirúrgico adecuado para minimizar el porcentaje de recidivas (8). Es por ello que la línea de esta investigación, está dirigida hacia la odontología clínica y correctiva, según los lineamientos de la Universidad José Antonio Páez.

### **1.5 Alcance y limitaciones de la investigación**

La investigación se llevará a cabo en la cátedra de Cirugía III de la Universidad José Antonio Páez y estará comprendida desde el Período Lectivo 2022-2CR hasta el Período Lectivo 2023-3CR. Una limitación importante al desarrollar el caso clínico es la restricción del control médico de la paciente hasta noviembre, con la finalización del semestre. Esto dificulta mostrar una perspectiva amplia sobre la evolución futura y el seguimiento del manejo quirúrgico del Fibroma Osificante Periférico en la tesis.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Antecedentes de la investigación**

Shrestha et al. (2021), publicaron una investigación en la que presentaron una superposición de características clínicas e histológicas del FOP. El estudio incluyó 23 casos diagnosticados, dieciséis correspondientes al género femenino (69,56%) y siete del género masculino (30,43%), con un rango de edad entre 10 y 70 años, y prevalencia entre la 2ª, 3ª y 4ª década de vida. Las lesiones se presentaron clínicamente como una masa nodular unifocal presente durante 1 mes -1,5 años, y un caso presente desde hace 4 años. El tamaño osciló entre 0,3-3 cm, y predominaron las de base pedunculada. Encontraron mayor prevalencia en la región anterior del maxilar superior, asociadas principalmente a incisivos y afectando la encía labial y bucal en la mayoría de los casos. En cuanto a histopatología, reportaron tres capas identificables comunes entre los casos: la capa epitelial superficial, la capa fibrocelular con vasculatura, células inflamatorias y fibroblastos activos; y la capa profunda con hueso o calcificación junto con fibroblastos proliferantes adyacentes. Para concluir, establecieron que el FOP se caracteriza por ser una metaplasia de tejido conectivo que conduce a la producción de hueso, cemento o calcificación distrófica. En vista de su variabilidad histopatológica, sugieren hacer una revisión meticulosa de los diagnósticos diferenciales antes de

formular un diagnóstico histopatológico definitivo, considerando la naturaleza recurrente de la patología (9).

Nasser et al. (2021), publicaron una investigación, en la que presentaron un caso de FOP que involucró la región gingival anterior mandibular, y su repercusión asociada a desplazamiento dentario, incompetencia labial y cambios en las proporciones faciales en una mujer de 25 años. Concluyen estableciendo que el FOP debe extirparse en etapas tempranas para evitar la movilidad de las estructuras dentarias y los cambios oclusales; haciendo énfasis además en el impacto positivo de los resultados de la cirugía en la vida de la paciente y en el restablecimiento de su autoestima (10).

Lázare et al. (2019), publicaron una investigación en la cual recuperaron 48 especímenes de 41 pacientes con FOP; en donde consideraron los siguientes datos: sexo, edad, localización, tamaño y evolución posoperatoria de las lesiones. Evaluaron el grado de mineralización en cuatro grados: ausente, leve, moderado o intenso, considerándose leve cuando era  $< 10\%$  de la lesión, e intenso cuando superaba el 50%. Evidenciaron predilección por el sexo femenino durante la tercera y cuarta décadas de la vida, reportando mayor incidencia de casos en la mandíbula que en el maxilar (25 en comparación con 12), donde solo cinco de las 48 lesiones tenían más de 2 cm. Para concluir, establecieron una correlación entre la presencia de material similar al cemento con una mayor tasa de recurrencia y reportando que dicha tasa se posicionó cerca de los límites superiores informados (11).

Gulati et al. (2019), publicaron una investigación titulada, en la cual exponen las ventajas de la escisión de un crecimiento excesivo de un FOP asistida por láser de diodo. Las medidas de la lesión correspondían con 3,5 cm × 4 cm × 3 cm. Con el fin de prevenir el sangrado profuso que suponía la extirpación con bisturí, decidieron implementar la escisión con láser de diodo a la técnica convencional. Concluyeron señalando resultados favorables asociados a la hemostasia, con lo cual garantizaron una mejor visión, control y acceso, que promovió a la escisión completa de la lesión y a la minimización de las posibilidades de recidiva (12).

Agarwal et al. (2019), presentaron una investigación con el fin de exponer un caso inusual de un FOP grande en el paladar posterior. Las lesiones de FOP de origen palatal son muy raras; el caso correspondió con mujer anciana en la séptima década de vida, con un sitio único de presentación (paladar posterior) en comparación con la predisposición gingival labial más joven y anterior. La presentación clínica fue muy inusual: una lesión grande, lisa, no ulcerada, con una superficie brillante con una presentación radiográfica única no descrita antes. Concluyeron haciendo hincapié en el conocimiento escaso que se tiene aún acerca de este tipo de lesiones, incentivando a realizar más estudios que permitan esclarecer una noción más clara sobre la etiopatogenia y prevención de las mismas(13).

## **2.2 Bases Teóricas**

- **Fibroma Osificante Periférico**

El primer caso de fibroma osificante fue reportado por Menzel en el año 1872, pero su terminología fue propuesta por Montgomery en 1927(12) Siendo reconocido en la actualidad como un tejido blando hiperplásico, presentando una respuesta inflamatoria en el organismo y con una naturaleza reactiva de la encía más que neoplásica. De esta manera, su origen se debe a la mucosa oral gingival y alveolar. Se encuentra formado por las células pluripotentes del ligamento periodontal, además de un tejido duro y fibroso, por lo tanto, al ser identificada como una lesión reactiva del tejido fibroso, no es considerada como una contraparte del tejido blando asociado al fibroma osificante central (9,14,15).

Asimismo, la lesión puede ser sésil o pediculada con un crecimiento lento (9). Encontrándose en áreas como el piso de la boca, labios, paladar, cresta alveolar en maxilar y mandibular; tomando en cuenta que alrededor del 60% de las lesiones que poseen características similares, se encuentran ubicadas en el maxilar superior y más de la mitad, de todos los casos que tienen un impacto en la región de los incisivos y caninos, exactamente en la papila interdental (14).

El Fibroma Osificante, en lo que respecta a su clasificación, se presentan dos categorías, siendo denominados como central y periférico. El primero mencionado presenta su origen en el endostio, expandiéndose desde la cavidad medular del hueso; mientras que el segundo se origina en el proceso alveolar que recubre el tejido blando, mejor conocido como periostio (12).

- **Epidemiología**

Entre el 7-20% de las lesiones bucales corresponden con el fibroma osificante periférico (3). Asimismo, conforma el 3,1% de todos los tumores orales y el 9,6% de todas las lesiones gingivales (12). De esta manera, tienen mayor frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes, presentando una prevalencia durante la segunda década de la vida, afectando más a la población femenina que a la masculina (3,4).

Cabe resaltar, que el 60% de estos tumores ocurren en el arco maxilar y más del 50%, se encuentran desarrollados en la región de los incisivos y caninos. Así pues, se presenta como una masa ulcerada de color rojo, la cual simula un granuloma piógeno de la encía. De esta manera, su crecimiento surge de la papila interdental, presentándose durante su crecimiento, una maduración fibrosa con reepitelización de la superficie ulcerada, asumiendo así una apariencia más sugestiva a un fibroma de irritación. En lo que respecta a sus dimensiones, posee menos de 2cm de diámetro; sin embargo, se han reportado casos poco comunes que alcanzan medidas entre 6 y 9 cm (12).

- **Etiopatogenia**

En lo que respecta a la etiopatogenia del fibroma osificante periférico, aunque esta sea incierta, se ha atribuido su origen a las células del ligamento periodontal, entre las razones por las cuales se considera esto, se debe a la aparición exclusiva del fibroma osificante periférico en la zona de la encía, además de su proximidad de la encía y la presencia de fibras oxitalán dentro de la matriz mineralizada de algunas lesiones (13).

A su vez, la proliferación excesiva de tejido conjuntivo fibroso, es una respuesta a una lesión o irritación gingival, surco subgingival o un cuerpo extraño que se posiciona en el surco gingival, los cuales pueden ser producidos por el biofilm, fuerzas oclusales exageradas, y traumatismos crónicos. Por otra parte, su aparición también ha sido atribuida a mutaciones genéticas, las cuales generan una predisposición a sobrecrecimientos de tejido blando gingival, los cuales contienen mineralización u osificación (13).

- **Manifestaciones Clínicas**

El fibroma osificante periférico, corresponde al grupo de tumores de tejidos blandos, presentando un crecimiento con similitudes a tumor de la encía, el cual se caracteriza por poseer un núcleo de tejido conectivo fibroso, exhibiendo la formación de cantidades variables de producto mineralizado. Asimismo, se considera que dicha lesión es más reactiva que neoplásica, así como también, que en su inicio puedan presentar granulomas piogénicos, lo cual dará lugar posteriormente a una maduración fibrosa, siendo también uno de sus productos la mineralización de las células del ligamento perióstico o periodontal (3,13).

De esta manera, es importante destacar que se presenta con una forma pedunculado o con una base ancha, siendo su superficie generalmente lisa o ulcerada, con variaciones de color desde rosa pálido hasta rojo cereza. A su vez, son indoloros, exofíticos y solitarios. En lo que respecta a su ubicación en el paladar posterior y

los molares es rara, dado que el 60% de los casos, se presentan en el maxilar y encía anterior (13,15).

Se ha verificado que posee un crecimiento lento y progresivo, que no presenta alteraciones radiográficas, pero que si es posible identificar áreas radiopacas. Por esa razón, a presentar una apariencia clínica similar a otras lesiones reactivas, es recomendable complementar la evaluación con un análisis histopatológico, el cual permitirá obtener un diagnóstico más certero (15).

- **Características Radiográficas**

En lo que respecta a las características radiográficas en los casos de fibroma osificante periférico, podemos destacar en el caso de aplicar una radiografía periapical, los resultados podrían o no identificar los pequeños focos relacionados a la osificación de estas lesiones. En aquellos casos donde se presenta mayor cantidad de osificación, se observarán muchas radiopacidades en los resultados de la radiografía, presenciándose incluso en una panorámica (16).

En el caso de presentarse un caso más común, la lesión solo presentara cantidades mínimas de osificaciones, las cuales no serán visibles por medio de una radiografía periapical, debido estructuras densas en minerales en el campo, tales como dientes, restauraciones y hueso alveolar. Por lo tanto, en los casos donde un fibroma osificante periférico es alto en la lista diferencial, es recomendable realizar una radiografía de la muestra extirpada es recomendado, la cual mostrará las radiopacidades sutiles (16).

Asimismo, esta lesión se caracteriza por no presentar a nivel radiográfico un compromiso óseo en la mayoría de sus casos, aunque se puedan presentar casos donde se ha evidenciado una erosión superficial del área del hueso, esto debido al defecto de la copa asociado a la presión, lo cual produce el desplazamiento ocasional del diente y las áreas de calcificación (16).

Cabe considerar, que al existir otras lesiones gingivales que presentan similitudes a nivel clínico, el realizar una radiografía permitirá diferenciarlas por completo, debido a la presencia de focos radiopacos distintivos dentro de la masa tumoral de tejido blando y la ausencia de una consistencia quística tanto clínica como intraoperatoriamente, siendo esto característico del Fibroma Osificante Periférico (16).

- **Histopatológico**

El Fibroma Osificante Periférico consiste en la presencia de tejido celular fibroso con áreas de tejido fibrovascular más delicado, el cual a menudo posee un componente inflamatorio rico en células plasmáticas. En las áreas celulares, se encuentran las osificaciones, las cuales varían su calidad y cantidad de manera considerable. Estos pueden ser señalados como depósitos calcificados pequeños y redondeados, llegando también a formarse trabéculas óseas anchas revestidas por osteoblastos activos (13).

La investigación de casos a nivel histopatológico, permite tener un enfoque definitivo para la obtención de diagnósticos certeros que permitan confirmar la presencia de lesiones reactivas. El Fibroma Osificante Periférico, histológicamente

puede ser diferenciado del granuloma periférico de células gigantes, por medio del número de células gigantes, donde el epitelio ulcerado suprayacente presenta mayor frecuencia en este último mencionado, mientras que el fibroma se caracteriza por la presencia de numerosos fibroblastos, fibrocitos, estroma fibrocelular, focos mineralizados que simulan hueso, material similar al cemento y estructuras calcificadas distróficas (12).

Asimismo, el FOP puede exhibir superficies ulceradas o lisas, siendo las no ulceradas a nivel histológico similares a las ulceradas, excepto por la presencia de un epitelio superficial intacto. A su vez, las ulceradas, generalmente se encuentran asociadas con dolor, comprendiendo tres áreas como son: la capa ulcerada superficial cubierta con un exudado fibrinoso y enredado con neutrófilos polimorfonucleares y detritos (13).

Debe señalarse, que un estudio realizado por Buchner en el año 1897, enfocado en el aspecto patológico, es destacado como uno de los análisis descriptivos más extensos realizados hasta la fecha para esta patología, donde fueron considerados 207 casos de fibroma osificante periférico (9).

- **Métodos de Diagnóstico**

Para el diagnóstico del fibroma osificante periférico se debe llevar a cabo una historia clínica, examen clínico, examen radiográfico, biopsia excisional o incisional y un estudio histopatológico. Las biopsias se diferencian entre dado que,

las incisionales solo requieren la toma de muestra de una parte de la lesión, la cual puede realizarse como una muestra de tijera, afeitado, sacabocados o curetaje (17).

Por otro lado, las biopsias excisionales extraen por completo la lesión visible, generalmente se realizan con una escisión de bisturí de espesor completo o por medio de una escisión oblicua más profunda como el afeitado o cuchara. Se encuentra indicada para aquellos casos donde se presenten lesiones pequeñas, que por su localización y margen permiten con total seguridad realizar la extracción, sin necesidad de recurrir a técnicas mucho más complejas de cirugía reconstructiva, siendo curativa si el diagnóstico histopatológico es de benignidad (16,17).

A pesar de existir deferentes herramientas para el diagnóstico en la actualidad, el uso del bisturí y microscopio sigue siendo la primera opción. Dado que, por medio de la extracción de tejidos se logra determinar la mayoría de diagnóstico para los cirujanos orales y maxilofaciales y otros practicantes. Siendo su principal desafío el obtener una muestra representativa del tejido a evaluar (15).

- **Diagnósticos Diferenciales**

Es importante destacar que las lesiones gingivales que clínicamente imitan el fibroma osificante periférico son el granuloma periférico de células gigantes, el fibroma, el granuloma piógeno, el quiste odontogénico epitelial calcificante, el quiste odontogénico calcificante y otros pocos quistes odontogénicos y no odontogénicos. Siendo diferenciada radiográficamente por la presencia de focos radiopacos distintivos, los cuales se encuentran dentro de la masa tumoral de tejido

blando, además de la ausencia de una consistencia quística tanto clínica como intraoperatoriamente (13).

- **Tratamiento**

El tratamiento del FOP, requiere de una intervención quirúrgica, la cual pueda asegurar la escisión profunda de la lesión, incluyendo el periostio y el ligamento periodontal que se encuentra afectado. Debido a que su origen se debe a un traumatismo e irritación continua, debe llevarse a cabo un detartraje radicular completo de los dientes adyacentes o en su defecto, la eliminación de la etiología. En cuando a su tasa de recurrencia, puede presentar variaciones del 7 al 20%, contribuyendo a la eliminación incompleta del irritante (13).

Por esta razón, la eliminación y corrección de los agentes nocivos, en conjunto con el control de la placa y la escisión quirúrgica, son clave para el obtener un tratamiento exitoso de estas lesiones gingivales reactivas. Asimismo, se presentan diversas modales para llevar a cabo dicho tratamiento, como la electrocirugía, el bisturí convencional, la criocirugía, entre otros, siendo utilizados cada uno de ellos desde hace muchos años para la escisión quirúrgica del crecimiento excesivo (12).

Por su parte, los láseres de diodo semiconductor actualmente son considerados como un tratamiento quirúrgico factible para los casos que poseen un crecimiento excesivo, al funcionar en un rango de longitud de onda de 810 a 980 nm. Además, posee hemoglobina como uno de sus cromóforos objetivo, proporcionando hemostasia efectiva en el área quirúrgica. Por esta razón, al utilizarlo para dicho

tratamiento, permite al operador una mejor visión, control y acceso, permitiendo una escisión completa, al mismo tiempo que previene las posibilidades de recurrencia, siendo favorable, debido a la alta tasa del 16 %- 20% presentada con respecto al último punto mencionado. Dicha recurrencia puede ser atribuida a la proliferación reactiva, escisión incompleta, falta de eliminación de los irritantes locales y a las dificultades de acceso presentadas durante el procedimiento quirúrgico. Por ello, se recurre a las escisiones profundas, las cuales proporcionarían resultados óptimos sin recurrencias (12).

### **2.3 Bases Legales**

La presente investigación cumple con lo estipulado en las leyes venezolanas que competen al área de la salud y se corresponden con la odontología, enmarcando el ámbito legal de la Constitución Bolivariana de Venezuela, la Ley del Ejercicio de la Odontología y el Código de Deontología Odontológica. En primer lugar, la **Constitución de la República Bolivariana de Venezuela**, en su **Artículo 83**, hace referencia a la salud como un derecho social fundamental, siendo un deber del Estado, elevar la calidad de vida de la comunidad (18). En este sentido, la presente investigación coincide con el objetivo de servir al bienestar colectivo mediante la promoción de salud derivada de los resultados obtenidos a raíz de la misma. Por otra parte, **la Ley del Ejercicio de Odontología** establece a grosso modo en su **Artículo 2**, que la odontología y su ejercicio comprenden la prestación de servicios encaminados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, deformaciones y accidentes traumáticos de la boca y de los órganos o regiones

anatómicas que la limitan o comprenden(19). Así pues, **El Código de Deontología Odontológica** en su **artículo 97**, expresa que la investigación clínica debe inspirarse en los más elevados principios éticos y científicos". Lo cual es relativo a los fundamentos morales sobre los cuales se consolidó la investigación y la realización de la misma en beneficio de la salud del paciente y mediante el enaltecimiento de los principios bioéticos acordes al ejercicio de la profesión (20).

Los artículos anteriormente citados, describen los cimientos sobre los cuales consolidarse el adecuado ejercicio de la odontología, orientado en el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades y/o condiciones que competen a la cavidad oral. Desde el punto de vista de la investigación, toda información recopilada a raíz de los procesos terapéuticos obtenidos como resultado de la experimentación, suponen una referencia y contribuyen a futuras investigaciones, permitiendo dar lugar a avances que promuevan el mejoramiento de la salud y desarrollo social.

#### **2.4 Definición de términos básicos**

1. **Crioterapia:** extirpación térmica, que consiste en la colocación un gel en la cavidad ósea para inducir la congelación con una criosonda (4).
2. **Enucleación:** extirpación de todo el tejido blando y duro producida por la lesión de su cavidad ósea (4).

3. **Escisión quirúrgica:** es la extirpación de tejido utilizando un c instrumento cortante (21).
4. **Escultura ósea:** eliminación del exceso de hueso superficial para mejorar el contorno. La escultura ósea es a menudo un "afeitado de hueso", que se logra en la displasia fibrosa inactiva o en el querubismo maduro en los que los márgenes no son importantes ni necesarios. Se puede lograr con sierras, osteótomos, fresas o una lima ósea eléctrica (4).
5. **Fibroblastos:** células del tejido conjuntivo que secretan una matriz extracelular rica en colágeno y otras macromoléculas (22).
6. **Legrado:** Eliminación de todo el tejido blando y duro producido por la lesión de su cavidad ósea, incluida la eliminación de un espesor variable de la propia pared ósea (4).
7. **Recidiva:** Se conoce con el término de recidiva a el regreso de un signo, síntoma o enfermedad después de una remisión (23).
8. **Resección en bloque:** consiste en la eliminación del tumor en bloque dentro del hueso; los márgenes pueden variar según el tumor. Implica una resección de continuidad de la mandíbula, incluido el borde inferior, y una resección que se extiende hasta el seno y/o las cavidades nasales del maxilar superior (4).

9. **Resección periférica:** Resección del tumor en bloque dentro del hueso, que no interrumpe la continuidad; los márgenes pueden variar según el tipo de tumor (4).
10. **Resección por desarticulación:** puede incluir dientes o mucosa suprayacente según la invasión tumoral, el periostio u otras barreras anatómicas apropiadas para la extensión del tumor. Si la resección requiere la extirpación del cóndilo mandibular, el procedimiento sigue siendo una resección (4).

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Tipo o modalidad de Investigación**

La presente investigación correspondió con una modalidad de estudio de caso; de nivel descriptivo, con un diseño cuasi-experimental, longitudinal y cualitativo. Fue enmarcada en un diseño descriptivo individual, longitudinal y cualitativo (24).

#### **3.2 Fases del caso clínico**

Luego de informar al paciente y obtener el consentimiento informado (Anexo A).

##### **3.2.1 Fase I: Descripción y Diagnóstico del Paciente**

En lo que respecta a la técnica e instrumento de recolección de datos, se valoró lo concerniente a historia clínica y anamnesis. Para el registro, fue preciso la documentación mediante la realización fotografías intraorales y extraorales, con el objeto de formular la descripción de las características clínicas iniciales de la lesión: Presentación clínica, base de implantación, color y localización. De la misma forma, con la finalidad de orientar el diagnóstico, se recurrieron a los métodos complementarios imagenológicos (ortopantomografía y Tomografía Computarizada Cone Beam). Sin embargo, como bien se sabe, el diagnóstico per se de la lesión solo se pudo consolidar mediante la realización del estudio histopatológico efectuado posterior a la toma de la biopsia excisional de la misma.

### **3.2.2 Fase II: Biopsia Excisional**

Previo al procedimiento, fue imprescindible la eliminación de irritantes locales como el biofilm, por lo que se realizó profilaxis y tartrectomía, con la finalidad de aumentar las probabilidades de éxito del tratamiento.

El tratamiento para este tipo de lesiones reactivas consiste en la exéresis total. La biopsia excisional se describe como la extirpación de toda la lesión, estando indicado para aquellas menores a un centímetro de diámetro, y cuya localización permita incluir un margen de seguridad de tejido sano de unos dos o tres milímetros alrededor de la misma (17).

El abordaje quirúrgico propiamente dicho de la lesión, se realizó bajo normas de asepsia y antisepsia del campo operatorio con yodo. Se delimitó el área quirúrgica mediante la aplicación de anestesia local con lidocaína al 2% y epinefrina 1:80.000, realizando técnicas infiltrativas supraperiósticas para el bloqueo de los nervios alveolares anterior y medio, y bloqueos nasopalatino y palatino mayor. Seguidamente se procedió con la exéresis total mediante la utilización de un mango de bisturí número 3 y hoja número 15. Se realizó una incisión profunda desde la base de la misma, considerando los dos milímetros de seguridad de tejido sano pertinentes, efectuándose la odontectomía de la UD 23. Seguidamente se realizó un curetaje minucioso del hueso adyacente y realización de puntos simples con sutura de seda 3-0.

Después de la excisión, se preparó un frasco con formol al 10%, en el que se destinó una muestra de biopsia excisional de la lesión tumoral de aproximadamente 2,5 cm

x 1 cm de diámetro; un segundo fragmento de tejido profundo y un tercer fragmento correspondiente a tejido óseo. Seguidamente, se procedió a redactar el informe para solicitar el estudio histopatológico de la misma, sugiriendo como diagnósticos diferenciales, otras lesiones reactivas como el granuloma piógeno, granuloma de células gigantes y fibroma osificante periférico (FOP); resultando posteriormente histopatológicamente compatible con este último.

### **3.2.3 Fase III: Evolución del paciente**

Una vez realizada la biopsia excisional, se citó al paciente para control postoperatorio a los 8 días para retirar puntos de sutura, y se realizó un monitoreo a los 21 días después de la intervención quirúrgica para evaluar su evolución. El éxito del tratamiento fue considerado de manera proporcional a la ausencia de hallazgos que pudiesen indicar la presencia de recidiva de la lesión durante controles establecidos cada seis (6) meses durante el periodo de un año. Para ello, se realizaron fotografías intraorales que permitieron constatar el efecto terapéutico esperado.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

#### 4.1 Análisis y discusión de resultados

Se presenta un caso clínico cuyo sujeto de estudio corresponde con una paciente femenina de 44 años, procedente de Valencia- Edo Carabobo, la cual asiste a la consulta para valoración por una condición periodontal severa que le impide realizar efectivamente el acto masticatorio. Acude al área de Cirugía de la Universidad José Antonio Páez en primera instancia referida por prostodoncia para la extracción de toda su dentadura. No obstante, ante la inspección clínica se evidencia un aumento de volumen en la zona anterosuperior izquierda, de 5 años de evolución y concomitante movilidad de órganos dentarios adyacentes; Tras la realización de pruebas diagnósticas, se determinó como un fibroma osificante periférico (FOP). El FOP es un tipo de lesión reactiva la cual se asocia a respuesta inflamatoria desencadenada por un irritante local (11).

**Al examen clínico se observaron** extraoralmente, los tercios superior y medio faciales relativamente simétricos, el tercio medio inferior presentaba una marcada protrusión de los dientes anteriores maxilares e incompetencia labial (figura 1).



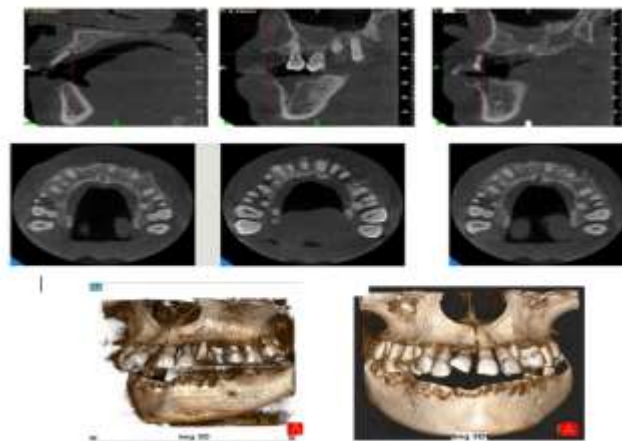
**Figura 1: Examen clínico extraoral. Fuente: Domínguez/Nogueira 2023.**

Intraoralmente, se evidenció una lesión tumoral localizada en la zona anterosuperior izquierda, de forma ovalada, bordes bien definidos, color violáceo y superficie lisa; con base de implantación sésil, indolora, no móvil y de aproximadamente 25mm x 10 mm de diámetro. La lesión emergía de la encía vestibular y se extendía hasta palatino, comprometiendo el espacio interdental entre las unidades dentarias 22 y 25 (ausencia de la UD 24), en donde además se evidenciaba desplazamiento hacia palatino de la UD. 23, la cual se encontraba en íntima relación con el borde mesio-palatino de la lesión. Asimismo, se observaron grandes cantidades de irritantes locales asociados a biofilm y una condición periodontal severa con movilidad de tipo grado II y III, de manera generalizada en todos los cuadrantes, por lo cual se indican odontectomías seriadas.



**Figura 2. Evaluación clínico intrabucal. A: imagen frontal, se evidencia severa condición periodontal y gran presencia de irritantes locales asociados a una deficiente higiene bucal. B: imagen lateral izquierda en la que se evidencia lesión tumoral en zona anterosuperior izquierda. Fuente: Domínguez/Nogueira 2023.**

**Examen imagenológico:** radiográficamente, puede ser posible detectar o no el pequeño foco de osificación en estas lesiones (4). Se solicitaron estudios de ortopantomografía y tomografía computarizada Cone Beam, los cuales confirman una lesión de tejidos blandos, sin rizalisis de unidades dentarias (figuras 3 y 4).



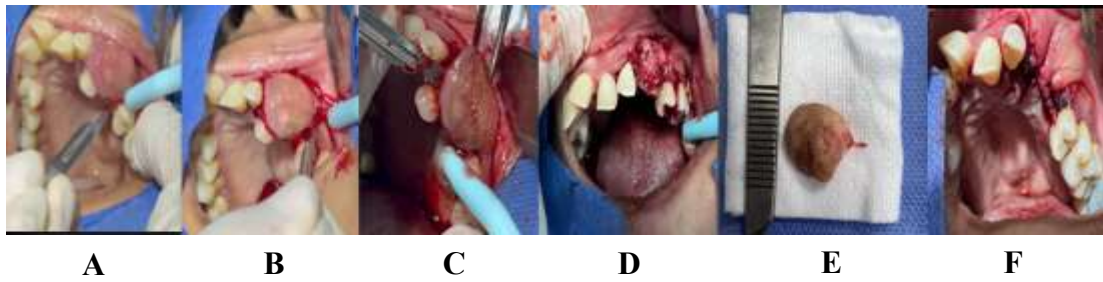
**Figura 3: Tomografía Computarizada Cone Beam, cortes tomográficos. Fuente: Domínguez/Nogueira 2023.**



**Figura 4: Ortopantomografía. Fuente: Domínguez/Nogueira 2023.**

**Fase prequirúrgica:** durante esta fase fue preciso la realización de tratamientos odontológicos como profilaxis y sesiones de tartrectomía supra y subgingival, para el control y eliminación de irritantes locales. Fue ejecutada una semana previa a la intervención quirúrgica propiamente dicha. También se solicitaron exámenes de sangre, los cuales se encontraron dentro de parámetros normales. Este tipo de tratamientos odontológicos previos, así como el mantenimiento de la higiene bucal suponen aspectos fundamentales si se desea evitar una futura recidiva (2).

**Fase Quirúrgica:** se realizó mediante biopsia excisional con márgenes quirúrgicos de 2 mm en la periferia de la lesión y el margen profundo; así como la odontectomía de la UD. 13 (figura 5). En ciertos casos, la eliminación de el diente asociado puede ser necesaria para evitar la recidiva(4).



**Figura 5. Secuencia quirúrgica. A, B y C: incisión y exéresis. D: Vista postquirúrgica. E: Lesión reactiva extirpada. F: síntesis de los tejidos. Domínguez/Nogueira 2023.**

Se sabe que desde el punto de vista clínico, resulta imposible determinar un diagnóstico definitivo, siendo solo esto posible mediante el estudio histopatológico; Sin embargo, se ha reportado que el granuloma piógeno también comparte similitudes a nivel histopatológico con el fibroma osificante periférico, lo cual hace posible una teoría acerca de su origen, la cual indica que inicialmente los FOP se desarrollan como un granuloma piógeno y posteriormente experimentan una maduración fibrosa y calcificación, siendo este último aspecto, lo que en realidad diferenciaría a el FOP de un granuloma piógeno (1).

**El estudio histopatológico** reveló una lesión revestida por epitelio plano estratificado queratinizado de morfología normal. La lesión estaba conformada por haces gruesos de fibras colágenas, dispuestas al azar, con focos densos de infiltrado inflamatorio crónico de carácter plasmocitario principalmente y presencia de depósitos irregulares de tejido óseo calcificado. Sin evidencia de malignidad, siendo compatible con un diagnóstico definitivo de fibroma osificante periférico (figura 5).

H&E 4X



#### EXAMEN MICROSCÓPICO

Lesión revestida por epitelio plano estratificado queratinizado de morfología normal.

La lesión está conformada por haces gruesos de fibras colágenas, dispuestas al azar.

Focos densos de infiltrado inflamatorio crónico de carácter plasmocitario principalmente.

Presencia de depósitos irregulares de tejido óseo calcificado.

No hay evidencia de malignidad en el tejido estudiado.

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA: FIBROMA OSIFICANTE PERIFÉRICO

  
Dr. Marcos Villarreal Q.  
MEDICINA Y PATOLOGÍA BUCAL  
C.O.V. 1181 - N.E.S. 1181

**Figura 6: Resultados histopatológicos compatibles con un Fibroma Osificante Periférico Domínguez/Nogueira 2023.**

**Fase de seguimiento:** Se realizaron controles postoperatorios tardíos a los 6 meses y al año para verificar la efectividad del tratamiento, en ninguno de los casos se evidencia la recidiva de la lesión (Figura 6). El seguimiento es un aspecto de suma importancia ya que este tipo de lesión tiene tendencia a la recurrencia en la mayoría de los casos (14).



A

B

**Figura 6: A: Control postoperatorio tardío a los 6 meses. B: Control postoperatorio tardío al año. En ambas imágenes no se evidencia presencia de recidiva de la lesión. Fuente: Domínguez/Nogueira 2023.**

## **Cirugía preprotésica**

Posterior a la biopsia de la lesión y la confirmación del diagnóstico clínico, fue prudente la planificación y ejecución de odontectomías seriadas de las unidades dentarias 18, 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 25, 26, 27 y 28; asociadas al estado periodontal severo de la paciente.

Se evidenció un terreno postquirúrgico caracterizado por zonas irregulares y exostosis vestibulares a nivel del maxilar, así como una formación ósea pedunculada y multiloculada a nivel del área palatina, de aproximadamente 2,5 mm x 2,5 mm de diámetro, compatible con torus palatino. Se acordó realizar una tercera cirugía de alveoloplastia y exéresis de torus palatino con el fin de acondicionar y preparar los tejidos para sustentar favorablemente la futura rehabilitación protésica, de manera que estas condiciones presentes no interfieran en el diseño y función de la misma (Figura 5).

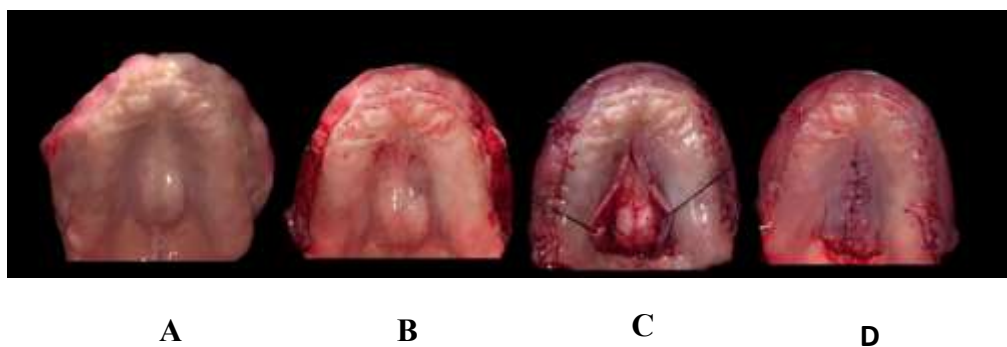
Para las exostosis vestibulares, se procedieron a realizar incisiones crestaes con extensión de 1,5 cm aproximadamente más allá de cada extremo las áreas a abordar, posteriormente se realizó levantamiento de colgajo mucoperióstico de espesor total para exponer las áreas de exostosis óseas. Con la finalidad de mejorar el acceso, también se realizaron incisiones verticales liberadoras (Figura 5).

El recontorneado óseo fue realizado mediante el uso de micromotor con pieza recta y pimpollo de carburo de tungsteno, con abundante irrigación con solución 0.9 durante toda la intervención.

Se verificó mediante la palpación, la ausencia de irregularidades o concavidades óseas y se procedió a reposicionar el colgajo y a realizar una técnica de sutura continua con vicryl 3-0.

Para el abordaje quirúrgico del torus palatino, se realizó una incisión en la línea media del paladar con dos incisiones liberadoras oblicuas posteriores; y se hizo el levantamiento de colgajo mucoperiostico, el cuál fue retraído con sutura de seda 3-0, para mejorar el acceso.

Con una fresa de fisura y abundante solución 0.9, se procedió a seccionar del torus. Posteriormente, para garantizar el contorno final deseado fue preciso usar un pimpollo de carburo de tungsteno. Finalmente, se procedió al cierre de los tejidos blandos mediante una técnica de sutura interrumpida (puntos simples) con vicryl 3-0. Se colocaron apósitos estériles de tipo gasa y se dieron las indicaciones postoperatorias a la paciente. Indicándosele como medicación amoxicilina + Ac Clavulánico 875 mg + 125 mg, y como terapia analgésica ketoprofeno 100 mg.



**Figura 5: Secuencia quirúrgica, alveoloplastía y exéresis de torus palatino. A: Presencia de exostosis y torus palatino. B: realización de colgajos vestibulares. C: Realización de colgajo palatino en Y. D: Síntesis de los tejidos. Fuente: Domínguez/Nogueira 2023.**

## Rehabilitación Protésica

Finalmente, para solventar la inconformidad funcional y estética, las cuales fueron las razones por las cuales la paciente acude en primera instancia, se procede a la confección e instalación de una prótesis total removible mucosoportada (Figura 7 y 8).



**Figura 7: Fotos intrabucales. Rehabilitación protésica con prótesis total removible mucosoportada. Fuente: Domínguez/Nogueira 2023**



**Figura 7: Fotos extrabucales. Rehabilitación protésica con prótesis total removible mucosoportada. Fuente: Domínguez/Nogueira 2023.**

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1 Conclusiones**

A partir de la evidencia clínica, se puede concluir que el tratamiento quirúrgico de las lesiones reactivas ofrece resultados satisfactorios en tanto se tomen previsiones prequirúrgicas asociadas al control y eliminación de los factores desencadenantes, ejecución quirúrgica apegada a los protocolos ya descritos, y seguimiento periódico en el que se verifique y garantice la permanencia de ausencia los irritantes asociados.

#### **5.2 Recomendaciones**

Se sugiere la rehabilitación con implantes sobre la rehabilitación mucosoportada. En el presente caso, se optó por la confección e instalación de una prótesis total removible; motivado principalmente a la situación socioeconómica de la paciente. En el mismo sentido, si bien la técnica convencional con bisturí ejecutada correctamente al momento de su abordaje quirúrgico (asegurándose el control de irritantes locales y el cuidado oportuno de márgenes quirúrgicos de seguridad), puede garantizar la obtención de resultados postoperatorios favorables; en esta época en la que se apuesta por un enfoque mínimamente invasivo, es imposible negar los beneficios que ofrecen opciones innovadoras como el láser de diodo, asociados a una recuperación más rápida para el paciente, con reducción del sangrado, mejor visión intraoperatoria, precisión y disminución del dolor. No

obstante, la técnica convencional ha demostrado ser efectiva y segura a lo largo de los años, y hoy en día, muchos profesionales aún la prefieren debido a su familiaridad y confiabilidad, además de que es más accesible en términos de costo y recursos.

## REFERENCIAS

1. Khanna SS, Munshi MAI, Kaul RN, Srinivasan S. Quandary in diagnosing peripheral ossifying fibroma and pyogenic granuloma: A case report with mini review. *J Maxillofac Oral Surg.* 2021;20(3):439–42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s12663-020-01359-2>
2. Grimaldo M, Villarroel M, Vargas F, Romero Y. Gigantic peripheral ossifying fibroma of the mandible: A Venezuelan case report. *Int J Case Rep Imag* 2014;5(6):444. Disponible en: <https://www.ijcasereportsandimages.com/archive/2014/006-2014-ijcri/CI-10013-06-2014-grimaldo-carjevschi/ijcri-1001306201413-grimaldo-carjevschi-full-text.php>
3. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot J. Oral and maxillofacial pathology - Elsevier eBook on Intel education study (retail access card). 4a ed. Saunders; 2015.
4. Marx RE. Oral and Maxillofacial Pathology. 2a ed. Quintessence Publishing; 2012
5. Chandwani M, Fernandes G. Peripheral ossifying fibroma: Review and case report. *Biomed Res Clin Pract.* 2018;3(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15761/brcp.1000168>
6. De Macedo K, Farias Reinaldo, Gonzaga Fabiano, Lemos T, Rodrigues C, Leite C. Fibroma Osificante periférico: presentacion de caso clínico [Internet]. 2011 [cited 2023 Jun 9]. Available from: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/3/art-16/>
7. Babu B, Hallikeri K. Reactive lesions of oral cavity: A retrospective study of 659 cases. *J Indian Soc Periodontol* [Internet]. 2017 Jul 1 [cited 2023 Oct 30];21(4):258. Available from: </pmc/articles/PMC5813338/>
8. Kadakampally D, Nadimpalli H. Recurrent peripheral ossifying fibroma: Case report. *Dent Med Probl.* 2018;55(1):83–6. Disponible en: <https://dmp.umw.edu.pl/pdf/2018/55/1/83.pdf>
9. Shrestha A, Keshwar S, Jain N, Raut T, Jaisani MR, Sharma SL. Clinico-pathological profiling of peripheral ossifying fibroma of the oral cavity. *Clin Case Rep* [Internet]. 2021; 9(10). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/ccr3.4966>

10. Nasser Albagieh H. Large peripheral ossifying fibroma interfering with the normal functions of the oral cavity: A rare case report presentation and discussion. *Int J Surg Case Rep.* 2021;84(106127):106127. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2021.106127>
11. Lázare H, Peteiro A, Pérez Sayáns M, Gándara-Vila P, Caneiro J, García-García A, et al. Clinicopathological features of peripheral ossifying fibroma in a series of 41 patients. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 2019 Dec 1;57(10):1081–5.
12. Gulati R, Khetarpal S, Ratre M, Solanki M. Management of massive peripheral ossifying fibroma using diode laser. *J Indian Soc Periodontol [Internet].* 2019; 23(2):177. Disponible en: [https://journals.lww.com/jisp/fulltext/2019/23020/management\\_of\\_massive\\_peripheral\\_ossifying\\_fibroma.18.aspx](https://journals.lww.com/jisp/fulltext/2019/23020/management_of_massive_peripheral_ossifying_fibroma.18.aspx)
13. Agarwal P, Chug A, Kumar S, Jain K. Palatal peripheral ossifying fibroma: A rare occurrence. *International Journal of Health Sciences.* 2019;13(4):63.
14. Katanec T, Budak L, Brajdić D, Gabrić D. Atypical Peripheral Ossifying Fibroma of the Mandible. *Dent J (Basel).* 2022 Jan 1;10(1).
15. Karube T, Munakata K, Yamada Y, Yasui Y, Yajima S, Horie N, et al. Giant peripheral ossifying fibroma with coincidental squamous cell carcinoma: a case report. *J Med Case Rep.* 2021 Dec 1;15(1).
16. Ramsey ML, Rostami S. Skin Biopsy Continuing Education Activity Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470457/>
17. Ceccotti. *El Diagnóstico En Clínica Estomatológica.* Panamericana Editorial; 2007.
18. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, Gaceta oficial, No. 36.860. Caracas 30 de diciembre de 1990 [ley]. D Disponible en: <http://www.minci.gob.ve/wp-content/uploads/2011/04/CONSTITUCION.pdf>
19. Ley del ejercicio de la Odontología, Gaceta oficial, No. 29.228. Caracas 10 de agosto de 1970 [ley]. <https://www.asambleanacional.gob.ve/storage/documentos/leyes/ley-de-eje-20220411151013.pdf>
20. Código de Deontología Odontológica [Internet]. Elcov.org. Disponible en: <https://www.elcov.org/ley2.htm>

21. Olbright S. Biopsy techniques and basic excisions. In: Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L, eds. Dermatology. 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier. 2018; chap 146.
22. Fibroblasts Overview - Expertscape.com. Available from: <https://expertscape.com/qq?tquery=fibroblast>
23. Recurrence Overview - Expertscape.com. Available from: <https://expertscape.com/qq?tquery=recurrence>
24. Sabino CA. El Proceso de investigación. Lumen Books/Sites Books; 1996.

## ANEXOS

A)



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo **Iliana Sánchez**, portadora de la cédula de identidad **V.14.302.312**, por medio de la presente declaro y manifiesto que en pleno uso de mis facultades mentales, **AUTORIZO** a las bachilleres **Mariangela Domínguez** y **Victoria Nogueira**, titulares de la cédula de identidad N° **V.29.881.359** y **V.28.330.788**, respectivamente; y al profesor **Jesús Pérez**, titular de la cédula de identidad **V.20.268.972**. Identificando lo siguiente:

- 1) He sido informada y comprendo la necesidad y fines que represento en el área de la clínica de cirugía bucal II y III.
- 2) He sido informada de las alternativas posibles del tratamiento.
- 3) Acepto la realización de cualquier prueba diagnóstica necesaria para el tratamiento, incluyendo la realización de estudios radiográficos y analíticos, interconsultas y cualquier método que sea propuesto en orden a las consecuencias de los fines proyectados y conocer el estado general de mi salud.
- 4) Si surgiese cualquier situación inesperada durante la intervención o tratamiento, autorizo al cirujano bucal a realizar cualquier procedimiento o maniobra distinta de las proyectables o usuales que a su juicio estimase oportuna para la resolución de la misma.
- 5) Otorgo mi consentimiento para el uso de mi caso clínico como objeto de estudio del trabajo de grado de las bachilleres **Mariangela Domínguez** y **Victoria Nogueira**, bajo la tutoría del doctor **Jesús Pérez**.

Firma de la paciente

ACEPTO

Firma de las bachilleres

Firma del tutor