

**FIBROCEMENTOMA. PRESENTACIÓN DE UN CASO**

**Dr. Clemente Merino López; Dr. Alexis López Rivero; Dr. Carlos Albornoz López del Castillo**

Hospital Provincial Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

**RESUMEN**

El fibrocementoma es una neoplasia de hueso que ha causado notables controversias en cuanto a la terminología y criterios diagnósticos. En estos momentos representa una entidad definida que puede ser separada de las displasias fibrosas del hueso y de otras lesiones osteofibrosas que no son verdaderas neoplasias. Se presenta un paciente de 42 años, masculino, blanco con antecedentes de hipertensión arterial, que presentó en su examen físico inicial aumento de volumen en región mandibular derecha que se extiende desde región molar hasta la región canina, de consistencia duropétreo. Al estudio radiográfico se aprecia extensa imagen osteolítica bien definida con desplazamiento de diente y expansión de corticales óseas. Al realizar la extirpación conservadora previa biopsia, se confirma el diagnóstico por estudio histopatológico. La evolución clínico-radiográfica al año de intervenida es satisfactoria. Este constituye el primer caso de esta entidad reportado en esta Provincia y el segundo en Cuba.

**DeCS:** CEMENTOMA.

## **ABSTRACT**

Fibrocementoma is a bone neoplasia which has brought about controversies as to the terminology and diagnostic criteria. At these moments it represents a defined entity that can be put apart from fibrous bone dysplasias and other osteofibrous lesions which are real neoplasias. We present a 42 years old, masculine white race patient a history of arterial hypertension. In his initial physical examination a volume increase is observed in the right mandibular zone which develops from the molar region to the canine zone of duropetrosal consistency. Radiographically, a well-defined wide osteolytic image is observed with displacement of tooth and expansion of osseous corticals. When performing previous biopsy, the diagnosis is confirmed by histopathologic study. The clinical and radiographical evolution after one year of intervention is successful. This is the first case of this entity reported in this province and the second one in Cuba.

**DeCS:** CEMENTOMA

## **INTRODUCCIÓN**

El fibrocementoma es una neoplasia del hueso que se origina en la membrana parodontal y que ha causado considerables controversias debido a la confusión en la terminología y criterios diagnósticos (1).

En estos momentos representa una entidad definida que puede ser separada de las displasias fibrosas del hueso y de tumores originados en el hueso medular como son el fibrosteoma y el osteoblastoma, tumor de células gigantes y otros (2).

Algunos autores sugieren que el fibrocementoma es una variante de la displasia cemental periapical, mientras que otros la consideran una entidad diferente (3).

Puede verse a cualquier edad siendo más frecuente en adultos jóvenes y de mediana edad con predilección por el sexo femenino y la raza blanca. Puede involucrar cualquier maxilar, pero aparece con mayor frecuencia en la mandíbula según Hammer.

Algunos autores refieren que el sitio de predilección es la zona de molares y premolares, mientras que otros han sugerido que se presenta con mayor frecuencia en las zonas de dientes anteriores. Esta lesión es generalmente asintomática hasta que el crecimiento produce ligera deformidad en la zona; el desplazamiento de los dientes es un signo clínico temprano, siendo un tumor de crecimiento relativamente lento en que la cortical ósea, la mucosa o la piel están casi invariablemente intacta (4).

La neoplasia presenta una apariencia radiográfica extremadamente variable que depende del estadio de desarrollo en que se encuentra la misma. Independientemente de esto; la lesión, es siempre bien circunscripta del hueso circundante en contraste con las verdaderas displasias fibrosas. En estadios tempranos aparece como una lesión radiolúcida sin evidencias de radiopacidades internas. En la medida en que la tumoración madura hay un incremento en las calcificaciones, por lo que las áreas radiolúcidas comienzan a motearse, hasta que por último la lesión aparece como una masa extremadamente radiopaca (5).

Respecto al tratamiento existen diferentes criterios. Según Batsakis el tratamiento quirúrgico debe hacerse solo si existe ulceración de la mucosa que predisponga a la infección. Pindborg plantea su enucleación solo si el tumor ha alcanzado un tamaño deformante, Zegarelli considera que la enucleación no es necesaria ni recomendable y Shafer aboga por su extirpación conservadora. El pronóstico es favorable y la recurrencia rara (6,7,8).

Histológicamente existen varias etapas de desarrollo, en las etapas tempranas el tumor está básicamente formado por un tejido altamente celular de células que parecen fibroblastos; conforme avanza la maduración las células forman cemento que aparece como masas redondas que se elongan y fusionan entre sí, el cemento es basófilo y contiene pocas células y en estadios de gran cantidad de cemento con poco estroma fibrosa subyacente (3,9).

## **CASO CLÍNICO**

Paciente masculino blanco de 43 años de edad con antecedentes de HTA que consulta por presentar desde hace dos años aumento de volumen en la región mandibular derecha. En el examen físico bucofacial encontramos: aumento de volumen desde la región molar hasta la región canina de consistencia duropétreas y superficie lisa en una zona edentada, sin

alteraciones apreciables del tejido blando de recubrimiento. El resto del examen físico y análisis de laboratorio se encontraban dentro de límites normales.

### **Imagenología**

En las radiografías panorámicas y oclusal se aprecian zonas de radio transparencia que expanden la cortical ósea sin llegar a destruir la misma en un área que abarca desde el segundo molar derecho hasta la sínfisis mandibular.

Existe pérdida del trabeculado óseo normal y dentro de esta área múltiples imágenes de lesiones osteolíticas de variado tamaño, apreciándose algunas zonas de mayor densidad ósea. Hay aumento del diámetro vertical del cuerpo mandibular a nivel de bicúspides, en un área edente y desplazamientos dentarios de 31,32 y 48.

### **Tratamiento**

Quirúrgico, previa biopsia que confirma el diagnóstico de cementoma lo que permite orientar el mismo hacia una resección conservadora del tumor.

Al año de intervenido la evolución clínica y radiológica es satisfactoria; actualmente se mantiene en seguimiento por consulta externa.

### **CONCLUSIONES**

- 1.- Presentamos un caso poco frecuente dada la extensión del proceso y la poca incidencia de estas variedades reportadas en la literatura (segundo caso reportado en Cuba).
- 2.- Esta lesión, desde el punto de vista clínico y radiológico debe ser cuidadosamente diferenciada de las verdaderas displasias fibrosas, ya que su tratamiento y pronóstico varían.
- 3.- Histológicamente consiste en el reemplazo de la arquitectura ósea normal por un tejido fibroso celular que contiene variable cantidad de material mineralizado por lo que en años recientes su denominación ha sido confusa y controversial.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- López Díaz Z. Fibroma cemento-osificante. Presentación de un caso. Rev Cubana Estomatol 1992; 29(1):54-62.
- 2- Hammer JE, Scofield HH, Cornyn J. Benign fibrousosseous Jaw lesions of periodontal membrane origin. Analysis of 249 cases. Cancer 1968; 22:861.
- 3- Carrión Zabarain E. Fibrocementoma. Reporte de un caso. Rev ADM 1993; 50(1): 30-2.
- 4- Eversole LR, Leider SA, Nelson K. Ossifying fibroma a clinicopathologic study of sixty four cases. Oral surg, Oral Med, Oral pathol 1985;60:505.
- 5- Ackermann GL, Altini M. The cementomas a clinicopathological reapraisal. J J Dent Assoc S Afr 1992; 47(5):187-94.
- 6- Agazzi C, Belloni LG. Odontomi duri dei mascellari contrilare riguardo alle forme ad apia estensione e alla comparsa familiare. Arch Ital Otal 1953; 64 (supp 16): 3-10.
- 7- Zegarelli E, Kurtscher A, Hyman G. Diagnóstico en patología oral. Salvat. 1977: 286- 9.
- 8- Eversole LR. Patología bucal. La Habana: Editorial Científico-Técnica;1983: 202.
- 9- OMS. Tipos histológicos de tumores odontogénicos.

Recibido: 6 de enero de 1996

Aprobado: 7 de noviembre de 1996