



International journal of interdisciplinary dentistry

ISSN: 2452-5588

ISSN: 2452-5596

Sociedad de Periodoncia de Chile Implantología
Rehabilitación Odontopediatría Ortodoncia

Badilla, Rodrigo; Martínez, Juan; Riquelme, Edgard; Aravena, Juan; Matus, Gustavo
Displasia Cemento Ósea Florida: Reporte de un caso.

International journal of interdisciplinary dentistry, vol. 16, núm. 3, 2023, pp. 221-223
Sociedad de Periodoncia de Chile Implantología Rehabilitación Odontopediatría Ortodoncia

DOI: <https://doi.org/10.4067/S2452-55882023000300221>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=610076916010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

REPORTE CLÍNICO



Displasia Cemento Ósea Florida: Reporte de un caso.

Florid Cemento -Osseous Dysplasia: A case report.

Rodrigo Badilla¹, Juan Martínez^{2*}, Edgard Riquelme³, Juan Aravena⁴, Gustavo Matus⁴

1. Académico, Departamento de Cirugía y Traumatología Maxilofacial, Facultad de Odontología, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile

2. Cirujano Dentista, Universidad de Chile, Santiago, Chile

3. Cirujano Dentista, Universidad Mayor, Santiago, Chile

4. Cirujano Dentista, Universidad Andrés Bello, Viña del Mar, Chile

* Correspondencia Autor: Juan Pablo Martínez Gutiérrez | Dirección: Echaurren #237, Santiago, Chile | Teléfono: +56984263622 | E-mail: martinezgutierrezjp@gmail.com
Trabajo recibido el 23/06/2022
Trabajo revisado 07/11/2022
Aprobado para su publicación el 22/11/2022

ORCID

Rodrigo Badilla:
ORCID: 0009-0003-0624-1139

Juan Martínez:
ORCID: 0009-0009-5592-0043

Edgard Riquelme:
ORCID: 0009-0003-3787-0202

Juan Aravena:
ORCID: 0000-0002-1089-8446

Gustavo Matus:
ORCID: 0000-0003-0966-7576

RESUMEN

La Displasia Cemento Ósea Florida corresponde a un tipo de lesión fibro ósea caracterizada por presentar un hueso trabecular con apariencia de tejido conectivo fibroso con áreas similares al cemento radicular. Afecta principalmente a mandíbula, a mujeres y a personas de etnia africana entre la cuarta a la quinta década. Posee crecimiento limitado, presentación de forma simétrica, bilateral y capacidad de afectar de uno a más cuadrantes. Tiene tres etapas de desarrollo, que se presentan con aspecto radiográfico diferente. En la primera etapa se aprecia un área radiolúcida, en la segunda etapa se visualizan radiopacidades circunscritas al área radiolúcida; y en la tercera etapa se observa una clara radiopacidad alrededor de la lesión. Para su correcto diagnóstico se necesita una cuidadosa correlación de los hallazgos clínicos, imagenológicos, de laboratorio e histopatológicos. Se presenta el caso de una paciente de género femenino de 70 años diagnosticada con Displasia Cemento Ósea Florida.

PALABRAS CLAVE:

Displasia Cemento Ósea Florida; Displasia Cemento Ósea; Lesiones Fibro óseas.

Int. J. Inter. Dent Vol. 16(2); 00-00, 2023.

ABSTRACT

Florid Cemento-Osseous Dysplasia is a type of fibro-osseous lesion characterized by a trabecular bone with the appearance of fibrous connective tissue with areas similar to root cement. It mainly affects the jaw, women and people of African ethnicity between the fourth and fifth decades. It has limited growth, a symmetrical, bilateral presentation and the ability to affect one or more quadrants. It has three stages of development, with different radiographic appearance. The first stage shows a radiolucent area, the second stage shows radiopacities circumscribed to the radiolucent area; and in the third stage a clear radiopacity is observed around the lesion. For its correct diagnosis, a careful correlation of clinical, imaging, laboratory and histopathological findings is needed. The case of a 70-year-old female patient diagnosed with Florid Cemento-Osseous Dysplasia is presented.

KEY WORDS:

Florid cemento-osseous dysplasia; Cemento-osseous dysplasia; Fibro-osseous lesions.

Int. J. Inter. Dent Vol. 16(3); 221-223, 2023.

INTRODUCCIÓN

La Displasia Cemento Ósea Florida (DCOF) corresponde a una patología clasificada (2005) por la Organización Mundial de la Salud (OMS) dentro de una subdivisión de patologías óseas de carácter displásicas^(1,2). Se caracteriza por presentar un espectro de lesiones fibro-óseas y procesos reactivos, donde el hueso trabecular se observa como un tejido conectivo fibroso con áreas óseas similares al cemento radicular. Se puede manifestar de forma multifocal y afectar en su mayoría al hueso mandibular, maxilar e incluso a ambos^(1,5). Presenta predilección por pacientes de género femenino y de etnia africana que cursen entre la cuarta a quinta década de vida^(2,4). Y si bien, corresponde a una patología benigna, puede generar severos problemas en la calidad de vida de los pacientes⁽⁴⁾.

En virtud de lo anterior, presentamos el caso de una mujer de 70 años diagnosticada con DCOF multifocal, describiendo el desarrollo clínico, imagenológico, histológico y su abordaje terapéutico.

INFORME DEL CASO

Paciente género femenino de 70 años de edad, ASA I, sin

antecedentes médicos, de alergias ni quirúrgicos de relevancia. Es derivada al Postgrado de Cirugía y Traumatología Bucal y Maxilofacial de la Universidad Andrés Bello para ser evaluada debido a una lesión mandibular asintomática de aproximadamente 5 años de evolución. Al examen clínico extraoral no presenta alteraciones. Al examen clínico intraoral se observa dentición parcial bimaxilar con compromiso periodontal y lesión dura exofítica a la altura del sextante 3 y 4, con dientes móviles y presencia de exudado purulento (Figura 1.A y 1.B). Presenta de igual forma, una fístula a la altura del reborde alveolar en zona edéntula del diente 4.5 (sextante 6) (Figura 1.C).

Se solicitaron exámenes de laboratorio (hemograma completo, pruebas de coagulación (TP, TTPK e INR), niveles de vitamina D3 y B12, perfil hepático, los cuales no presentaban alteraciones. Se realizaron exámenes imagenológicos con radiografía panorámica y Tomografía Computarizada Cone Beam, cuyos hallazgos mostraron múltiples lesiones en el hueso maxilar y mandibular circunscritas en los sextantes 3, 4 y 6 con áreas evidentes de secuestros óseos (Figura 2), por lo que se sugirió realizar un estudio histopatológico. Con los antecedentes clínicos e imagenológicos obtenidos, se consideró Osteomielitis, Osteonecrosis de los maxilares y DCOF como diagnósticos presuntivos.

Se realizó una intervención quirúrgica en pabellón de cirugía menor y

bajo anestesia local, donde se realizó exodoncia de los dientes 2.6, 2.7 y 4.4 para luego realizar la exéresis de los secuestros óseos ubicados en los sextantes 3, 4 y 6 junto con la toma de biopsias. Las muestras fueron enviadas a estudio histopatológico fijados en formalina (10%) al departamento de Patología en 3 muestras distintas (A, B y C), cuyo corte histológico se muestra en la Figura 3. Los resultados histopatológicos obtenidos describen múltiples fragmentos de tejido óseo, algunos vitales con osteocitos en sus lagunas y otros desvitalizados, irregulares, sin ribete osteoblástico y lagunas vacías, asociados a abscesos focales y colonias bacterianas tipo *Actinomyces*. Además, presenta zonas calcificadas tipo cemento dentro de un estroma fibrocelular denso, confirmando la DCOF como diagnóstico definitivo.



Figura 1. (A) Lesión exofítica ubicada en sextante 4. (B) Lesión exofítica en relación a diente 2.6. (C) Fístula oral en zona edéntula de diente 4.5.



Figura 2. (A) Radiografía panorámica previa a tratamiento e intervención quirúrgica. (B) TCCB de sextante 3. (C) TCCB de sextante 3 y 4. (D) TCCB de sextante 6

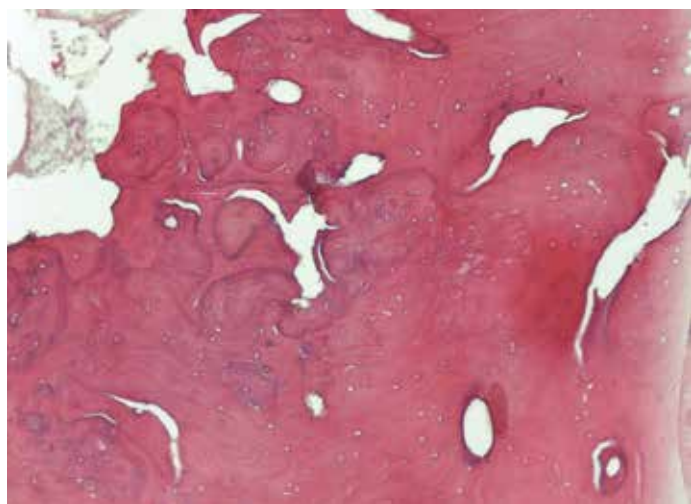


Figura 3. Microfotografía de corte histológico con tinción de hematoxilina-eosina x200.

DISCUSIÓN

La DCOF se define dentro de las afecciones fibroóseas benignas como una patología, la cual puede ser encontrada de forma

particular en el hueso maxilar, mandibular y en ciertas ocasiones en ambos^(1,4). A pesar de ser reportada como poco frecuente y con una incidencia desconocida, se describe con una prevalencia de un 0.35% específicamente en pacientes de etnia africana y de mediana edad^(3,5,6). Un estudio comparativo en relación al tipo de raza más afectado descrito por Seika et al., muestra que de un total de 156 pacientes, el 59,6% eran de raza afroamericana, el 37,2% orientales y solo el 3,2% indios o caucásicos⁽⁴⁾. De igual forma, un estudio sistemático de carácter secundario muestra que de los casos totales de DCOF hasta el año 2017 a nivel global, solo fueron 3 pacientes de raza india (<2%) reportados en la literatura⁽⁷⁾. En ambos casos, se muestra un predominio de pacientes femeninas, existiendo una clara predilección hacia este género y razas en particular^(4,8,9).

Las lesiones fibro óseas benignas se dividen en 3 categorías, denominadas como: Displasias Cemento Óseas (DCO), Fibromas Cemento Osificantes (FCO) y Displasias Fibrosas (DF), describiéndose además según algunos autores una cuarta división denominada "Lesiones Fibro Óseas Atípicas"⁽⁵⁾. Las DCO afectan principalmente a la mandíbula (62,4%), al maxilar (13,1%) o bien a ambas (24,5%)⁽¹⁰⁾ y según lo descrito recientemente por la OMS, figuran cuatro subdivisiones definidas por su localización y distribución anatómica, las cuales corresponden a la DCO Focal, la DCO Periapical, el Cementoma Gigantiforme Familiar y la DCOF, adoptando esta última su término gracias a su excesiva manifestación clínica^(2,4). Benaessa et al. el año 2018 denota el predominio de esta última dentro de las subdivisiones de DCO, presentándose en un 65% de un total de 143 pacientes diagnosticados con algún tipo de estas⁽¹⁰⁾.

Dentro de las características presentadas por la DCOF se puede encontrar su potencial de crecimiento limitado, su presentación de forma simétrica, bilateral y la capacidad de afectar de uno a más cuadrantes^(2,3). Se describe de forma controversial que esta afección puede presentarse como una lesión expansiva, ya que algunos autores consideran que todas las lesiones de DCOF tienen el potencial de causar expansión y otros que no, siendo estos últimos infravalorados debido a que la mayoría de los diagnósticos de esta patología se dan bajo radiografías bidimensionales, subestimando algún tipo de expansión ósea⁽⁵⁾.

En base a los reportes de Mufeed et al. esta patología tiene tres etapas de desarrollo, las cuales se presentan cada una de ellas con un aspecto radiográfico diferente. En la primera etapa u osteolítica, se aprecia un área radiolúcida, bien definida, con pérdida de la lámina dura y del espacio del ligamento periodontal. La segunda etapa o cementoblástica, debido a la presencia de tejido similar al cemento dentro del tejido fibroso, se visualizan radiopacidades circunscritas al área radiolúcida. Y finalmente, la tercera etapa donde se encuentra la mayoría de los casos, incluyendo nuestro reporte, se caracteriza por la presencia de una clara radiopacidad alrededor de la lesión⁽²⁾.

Los primeros reportes de DCOF fueron el año 1976 descrito por primera vez por Melrose et al. con la intención de describir una variante más extensa de la lesión fibro ósea denominada "cementoma"^(1,4,11). Ha sido descrita por otros autores de diferentes formas, tales como: osteítis esclerosante, osteomielitis esclerosante crónica, enostosis múltiple, osteomielitis crónica difusa, cementoma gigantiforme y fibroma osificante múltiple, por lo que su recopilación y acceso a todos los posibles reportes ha de ser imposible^(3,12).

Su etiología es idiopática^(4,6), sin embargo, se ha informado que la forma familiar es un rasgo autosómico dominante con expresión variable, por lo que este trastorno podría tener un componente genético⁽³⁾. Coleman et al. el año 1996 reporta a través de muestras histológicas que la DCOF puede deberse a procesos reactivos o displásicos del ligamento periodontal⁽¹³⁾. Por otro lado, estudios posteriores como el de Kawai et al., reporta que casi todos los dientes relacionados con la lesión tenían espacios de ligamento periodontal normales, lo que sugiere que esta patología no es de origen de ligamento periodontal, sino más bien de origen óseo medular⁽¹⁴⁾. Si bien, su etiología aún es desconocida, la OMS en su actualización de tumores de cabeza y cuello del año 2005, consideraba que la DCOF tenía su origen en el ligamento periodontal⁽⁶⁾, no siendo descrito en su última actualización en el año 2017⁽¹⁵⁾. Sin embargo, la etiología de esta afección sigue siendo controversial.

CONCLUSIÓN

La DCOF es una afección fibroósea benigna de muy baja prevalencia, que necesita la complementación de los hallazgos clínicos, imagenológicos, de laboratorio e histopatológicos para ser correctamente diagnosticada. Es imprescindible tomar en cuenta los posibles diagnósticos diferenciales para ir descartando mediante los hallazgos y así llegar al diagnóstico correcto.

A pesar de ser una afección rara de encontrar, se debe explicar a los pacientes que la padecen de los cuidados que deben tener en el control de ella. El paciente con DCOF debe acudir a control clínico y radiográfico al menos una vez al año, aplicando medidas de prevención en salud oral, de tal modo de evitar deterioro de su salud bucodental y posibles focos infecciosos que puedan afectar el tejido óseo con lesiones de DCOF, el cual ya es un tejido con deficiente respuesta a noxas.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores de este trabajo de investigación declaran no tener conflictos de interés.

APROBACIONES ÉTICAS

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Odontología, Universidad Andrés Bello, Código: 192v2-A115-2021.

Bibliografía

1. Amarista Rojas FJ, Carrera L, Villarroel Dorrego M, et al. Florid osseous dysplasia. Case report and literature review. *Revista Odontológica Mexicana* [Internet]. 2016 (accessed October 2, 2021);20(2):e120-e12 Available in: <http://revistas.unam.mx/index.php/rom/article/view/56045>. <https://doi.org/10.1016/j.rodex.2016.04.017>.
2. Mufeed A, Mangalath U, George A, et al. Infected florid osseous dysplasia: clinical and imaging follow-up. *BMJ Case Rep*. 2015;2015:bcr2014209099. DOI: 10.1136/bcr-2014-209099.
3. Benjellou L, El Harti K, El Wady W. Florid osseous dysplasia: report of two cases and a review of the literature. *Int J Odontostomat*. 2011;5(3):257-66. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2011000300009>.
4. Saikia J, Pachipulusu B, Govindaraju P. Florid cemento-osseous dysplasia associated with chronic suppurative osteomyelitis and multiple impacted tooth an incidental finding - A rare case report. *J Family Med Prim Care*. 2020;9(3): 1757-61. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_1130_19.
5. Nel C, Yakoob Z, Schouwstra C-M, et al. Familial florid cemento-osseous dysplasia: a report of three cases and review of the literature. *Dentomaxillofac Radiol*. 2021;50(1): 20190486. doi: 10.1259/dmfr.20190486.
6. World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. Pathology and genetics of head and neck tumours. IARC, 2005.
7. Jha PA, Pai AA, Diwan N, et al. Florid cemento-osseous dysplasia: A series of case reports. *J Dent Allied Sci*. 2017;6(2):101-4. doi: 10.4103/jdas.jdas_8_17
8. Cavalcante MB, de Oliveira Lima AL, Júnior MAB, et al. Florid cemento-osseous dysplasia simultaneous the chronic suppurative osteomyelitis in mandible. *J Craniofac Surg*. 2016;27(8):2173-6. doi: 10.1097/SCS.00000000000003095.
9. Macdonald-Jankowski DS. Focal cemento-osseous dysplasia: a systematic review. *Dentomaxillofac Radiol* 2008;37(6):350-60. doi: 10.1259/dmfr/31641295.
10. Benaessa MMS. Cemento-osseous dysplasia: A retrospective clinico-pathological study. MSc(Dent) Oral Pathology University of the Witwatersrand, Johannesburg. 2018
11. Melrose RJ, Abrams AM, Mills BG. Florid osseous dysplasia. A clinical-pathologic study of thirty-four cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1976;41(1):62-82. doi: 10.1016/0030-4220(76)90254-1.
12. Waldron CA, Giansanti JS, Browand BC. Sclerotic cemental masses of the jaws (so-called chronic sclerosing osteomyelitis, sclerosing osteitis, multiple enostosis, and gigantiform cementoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1975;39(4):590-604. doi: 10.1016/0030-4220(75)90201-7.
13. Coleman H, Altini M, Kieser J, et al. Familial florid cemento-osseous dysplasia-a case report and review of the literature. *J Dent Assoc S Afr*. 1996;51(12):766-70. PMID: 9462035.
14. Kawai T, Hiranuma H, Kishino M, et al. Cemento-osseous dysplasia of the jaws in 54 Japanese patients: a radiographic study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1999;87(1):107-14. doi: 10.1016/s1079-2104(99)70303-3.
15. El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR, et al. WHO Classification of head and neck tumours. International Agency for Research on Cancer, 2017.