



Caso clínico

Fibroma osificante juvenil trabecular mandibular: presentación de un caso con reconstrucción inmediata mediante un injerto libre de la cresta ilíaca y costocondral

Rodrigo Bravo Ahumada*, Renato Gunckel Muñoz, Marcelo Mardones Muñoz, Rolando Carrasco Soto y Loreto Canto Contreras

Hospital San José, Facultad de Odontología, Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 24 de junio de 2012

Aceptado el 5 de febrero de 2013

Palabras clave:

Lesión fibro-ósea

Fibroma osificante juvenil

Reconstrucción mandibular

Keywords:

Fibro-osseous lesion

Juvenile ossifying fibroma

Mandibular reconstruction

R E S U M E N

El fibroma osificante juvenil (FOJ) es una lesión fibro-ósea benigna pero con potencial biológico agresivo que afecta al esqueleto craneofacial. Su evolución clínica es rápida, manifestándose principalmente por una asimetría facial de poco tiempo de evolución. Radiográficamente es una lesión radiolúcida uni o multilocular bien definida con contenido radiopaco variable. El tratamiento puede variar dependiendo de las características clínicas, imagenológicas e histopatológicas específicas de cada lesión, sin embargo, un tratamiento agresivo con resección es el más indicado. Se presenta un caso de un niño con extenso FOJ trabecular (FOJT) mandibular. Se realizó la resección completa de la lesión con un margen de seguridad y reconstrucción inmediata con un injerto de la cresta ilíaca y costocondral. Se realizaron controles postoperatorios durante 7 años en los que no se observaron signos de recidiva asociados a una reconstrucción funcional y estética exitosa.

© 2012 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Juvenile trabecular ossifying fibroma: Presentation of a case with immediate costochondral-iliac crest reconstruction

A B S T R A C T

Juvenile ossifying fibroma (JOF) is a benign fibro-osseous lesion with an aggressive biological behavior in most cases. The clinical course is fast, manifesting mainly as a facial asymmetry. Radiographically it presents as a well-defined, uni- or multi-locular radiolucent lesion with variable radiopaque areas. Treatment may vary depending on the clinical, imaging and histopathological specific pattern, but generally an aggressive treatment with resection is the most appropriate. We report a case of a child with an extensive trabecular JOF (TFOJ) of the mandible. We performed a complete resection of the lesion with a security margin and immediate reconstruction with a costochondral-iliac crest bone graft. Postoperative controls were performed for seven years, during which there were no signs of recurrence, demonstrating a successful functional and anesthetic reconstruction.

© 2012 SECOM. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rbravoh8@gmail.com (R. Bravo Ahumada).

1130-0558/\$ – see front matter © 2012 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2013.02.001>

Introducción

El fibroma osificante juvenil (FOJ) es una lesión fibro-ósea benigna con potencial biológico agresivo que se presenta principalmente en el esqueleto craneofacial típicamente en niños y adolescentes¹. De acuerdo con sus características histopatológicas específicas se pueden identificar 2 subtipos: el fibroma osificante juvenil psamomatoideo (FOJP) y el fibroma osificante juvenil trabecular (FOJT)². El FOJP compromete más comúnmente a los huesos que conforman la cavidad orbitaria y los senos paranasales, mientras que el FOJT afecta principalmente a los maxilares¹.

Este tumor es usualmente asintomático y de gran tamaño que exhibe un comportamiento localmente agresivo, produce una destrucción significativa del tejido óseo comprometido y presenta una gran tendencia a la recurrencia^{1,3}.

Histológicamente, el FOJ presenta un estroma celular fibroso y bandas de tejido calcificado en el cual pueden encontrarse células gigantes multinucleadas. Los subtipos histológicos se diferencian en que el de tipo trabecular posee trabéculas de tejido osteoide fibrilar laxo, en cambio el psamomatoideo se caracteriza por la presencia de pequeños cuerpos esféricos de tejido calcificado³.

Radiográficamente, se presenta como un área radiolúcida uni o multilocular bien delimitada que genera expansión y adelgazamiento de las tablas óseas. En algunos casos pueden presentar radiopacidades en su interior⁴.

Si bien el pronóstico del FOJT es bueno, presenta una recurrencia que oscila entre un 30 a un 56% asociada comúnmente a un tratamiento conservador^{5,6}.

Se presenta un caso de FOJT mandibular de gran tamaño tratado mediante una resección en bloque con márgenes de seguridad y una reconstrucción inmediata mediante un injerto libre costochondral y de la cresta ilíaca preservando el nervio mandibular.

Reporte del caso

Paciente de género masculino de 9 años de edad atendido en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital San José (Chile) por un aumento del volumen indoloro en relación con el cuerpo y la rama mandibular izquierda de un mes de evolución (fig. 1). El paciente no presentaba antecedentes médicos ni quirúrgicos de consideración.

En el examen de la cabeza y del cuello se apreciaba un gran aumento del volumen de consistencia dura que comprometía la zona del cuerpo y la rama mandibular izquierda. No había compromiso de la piel en relación con la lesión, registrándose una adenopatía submaxilar ipsilateral de características inflamatorias. No se evidenció un compromiso sensitivo asociado y el examen funcional mandibular era normal.

Intraoralmente, el paciente presentaba una dentición mixta de primera fase con un aumento del volumen en el fondo del vestíbulo izquierdo mandibular de consistencia dura. La mucosa en relación con la lesión presentaba características normales.

Se solicitó una radiografía panorámica en la que se observó una lesión radiolúcida multilocular de límites netos que

se extendía desde la raíz distal del primer molar inferior izquierdo hasta la escotadura sigmoidea, abarcando el cuerpo, el ángulo y la rama mandibular y respetando el proceso coronario y la parte más alta del cóndilo. No se observaron signos de rizálisis en los dientes vecinos y el germen del tercer molar se encontraba desplazado hacia la escotadura sigmoidea (fig. 1).

Se solicitó un TAC en donde se apreciaron zonas de calcificación y un gran adelgazamiento de las corticales óseas, principalmente de la vestibular.

Bajo anestesia local se realizó una biopsia incisional por vía intraoral. El diagnóstico histopatológico fue de FOJT (fig. 2).

Con base en el diagnóstico, el tamaño y el comportamiento biológico de la lesión se planificó una hemimandibulectomía izquierda con reconstrucción inmediata.

A través de un acceso quirúrgico submandibular, preauricular e intraoral del lado afectado se expuso la zona de la lesión. Se observó que el nervio mandibular estaba rechazado hacia el borde basilar de la mandíbula, separándose fácilmente de la lesión, por lo que se decidió preservarlo. La reconstrucción se llevó a cabo mediante un injerto costochondral para reemplazar el cóndilo y la rama mandibular y de la cresta ilíaca para el reemplazo del cuerpo. Ambos se unieron mediante una placa de reconstrucción de 2,4 mm que fue adaptada y fijada en el intraoperatorio al segmento óseo remanente siguiendo el contorno mandibular del paciente (fig. 3). Posteriormente, se realizó un bloqueo intermaxilar elástico mediante arcos colados que fue retirado a las 3 semanas.

Al primer mes de evolución el paciente presentaba paresia del nervio facial e hipoestesia del labio inferior con una dinámica mandibular limitada, condiciones que fueron evolucionando favorablemente en el transcurso del tiempo.

El control radiográfico de los 6 meses poscirugía presentaba una remodelación franca del injerto formando un nuevo cóndilo, coronoides, una rama y un cuerpo mandibular. No se observaron signos de recidiva (fig. 4). En el control clínico de los 2 años postoperatorios la dinámica mandibular se encontraba normal, no se presentaron alteraciones sensitivas, las cicatrices de la herida operatoria eran prácticamente imperceptibles y los sitios donantes del injerto, especialmente la pelvis, no presentaron alteración de crecimiento funcional o estética.

Actualmente, después de 7 años postoperado, el paciente se encuentra en buenas condiciones en cuyos controles clínicos se observa una adecuada simetría facial con una cicatriz casi imperceptible. En la reconstrucción 3D del TAC se puede observar una franca remodelación del tejido óseo injertado con formación de un proceso coronario de características normales, muestra clara del efecto de la función sobre la forma del tejido (fig. 5). Presenta, además, un adecuado volumen óseo en la zona del cuerpo mandibular y se encuentra en espera de una rehabilitación integral mediante implantes oseointegrados.

Discusión

El FOJT es una neoplasia benigna localmente agresiva y poco común que se ha separado del resto de las lesiones fibro-óseas considerando la edad del paciente (menores de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3172641>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3172641>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)