

Lesión fibro-ósea asociada a fracaso de implante: dificultades diagnósticas y controversias imagenológicas. Reporte de un caso

Fibro-osseous lesion associated with implant failure: diagnostic difficulties and imagenological controversies. A case report

J. Quinteros Meza*, A. Hidalgo Rivas**, D. Droguett Ossa***,
J. Jacques Bravo****, C. Celis Contreras*****

RESUMEN

Resumen: Las lesiones fibro-óseas (LFO) se caracterizan por el reemplazo de tejido óseo normal por estroma fibroso y tejido osteoide. La displasia cemento ósea focal (DOF), displasia cemento ósea florida (DCOF) y fibroma osificante (FO) son LFO, de características imagenológicas similares, lo que puede dificultar su diagnóstico.

Caso Clínico: Mujer de 24 años, consulta por molestias al contacto oclusal, pérdida de punto de contacto proximal de corona sobre implante y empaquetamiento de alimentos. Se propone diagnóstico clínico presuntivo de periimplantitis. Al examen de tomografía computarizada de haz cónico (TCHC) se observa lesión de densidad mixta, de bordes parcialmente definidos, próximo a tercio apical de implante en zona de diente 3.6. Se proponen diagnósticos presuntivos de FO o DOF. La exploración clínica del implante sin su rehabilitación, constató movilidad de este, siendo explantado. Dado posterior persistencia de las molestias, así como la observación de un leve aumento de volumen observado en una segunda TCHC, se sospechó de una LFO agresiva, realizándose su enucleación. El análisis histopatológico reportó una LFO benigna, sin embargo, la TCHC posterior mostró aparente recidiva de la lesión. El hallazgo de lesiones hipodensas y mixtas contralaterales hizo pensar en una posible DCOF o coexistencia de varias patologías.

Conclusiones: El diagnóstico diferencial de LFO puede ser complejo. Si bien las características imagenológicas e histológicas son importantes para un diagnóstico y tratamiento correcto, no siempre son concluyentes. El seguimiento es fundamental, dada la variabilidad de su comportamiento clínico.

PALABRAS CLAVE: Lesiones fibro-óseas, Displasia cemento ósea, Fibroma osificante, Mandíbula, Caso clínico.

- * Programa de Especialización en Imagenología Oral y Maxilofacial, Facultad de Odontología, Universidad de Talca, Chile.
- ** Programa de Especialización en Imagenología Oral y Maxilofacial, Facultad de Odontología, Universidad de Talca, Chile. Cirujano Dentista, Especialista en Radiología Oral y Maxilofacial, Departamento de Estomatología, Facultad de Odontología, Universidad de Talca, Chile. Doctor en Radiología Oral y Maxilofacial.
- *** Cirujano Dentista, Especialista en Patología Oral, Magister en Ciencias Odontológicas mención Patología Oral, Doctor en Ciencias Biomédicas.
- **** Cirujano Dentista, Especialista en Periodoncia, Doctor en Biología. Departamento de Estomatología, Facultad de Odontología, Universidad de Talca, Chile.
- ***** Programa de Especialización en Imagenología Oral y Maxilofacial, Facultad de Odontología, Universidad de Talca, Chile. Cirujano Dentista, Especialista en Radiología Oral y Maxilofacial, Departamento de Estomatología, Facultad de Odontología, Universidad de Talca, Chile.

SUMMARY

Abstract: Fibro-osseous lesions (FOL) are characterized by replacement of normal bone tissue with fibrous stroma and osteoid tissue. Focal cemento-osseous dysplasia (focal COD), florid cemento-osseous dysplasia (FCOD) and ossifying fibroma (OF) are types of FOL, with similar imaging characteristics, which can make it difficult to diagnose.

Clinical Case: A 24-year-old woman referred for discomfort at occlusal contact, loss of proximal contact point in implant crown and food packing. A clinical diagnosis of peri-implantitis was proposed. A mixed-density lesion, with partially defined borders, close to apical third of implant in the 3.6 tooth area was observed in the cone-beam computed tomography (CBCT) examination. Presumptive diagnoses of OF or focal COD were proposed. Clinical examination of the implant, revealed its mobility, being removed. Given the persistence of discomfort and the slight increase of the size lesion, observed in CBCT an aggressive FOL was suspected, leading to its enucleation. Histopathological analysis reported a benign FOL. A subsequent control with CBCT showed the apparent recurrence of the lesion. The incidental finding of a contralateral hypodense and mixed density lesions made us think of a possible FCOD or coexistence of independent lesions.

Conclusions: Differential diagnosis of FOLs can be complex. While imaging and histological characteristics are important but not concluding for a correct diagnosis and treatment, follow-up is critical, given the variability of clinical behavior of FOL.

KEY WORDS: Fibro-osseous lesions, Cemento-osseous dysplasia, Ossifying fibroma, Mandible, Clinical case.

Fecha de recepción: 8 de enero de 2024.

Fecha de aceptación: 20 de enero de 2024

J. Quinteros Meza, A. Hidalgo Rivas, D. Droguett Ossa, J. Jacques Bravo, C. Celis Contreras. *Lesión fibro-ósea asociada a fracaso de implante: dificultades diagnósticas y controversias imagenológicas. Reporte de un caso.* Avances en Odontoestomatología 2024; 40 (4): 200-209.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones fibro-óseas (LFO) son un grupo diverso de lesiones benignas caracterizadas por el reemplazo de tejido óseo normal por estroma fibroso y tejido osteoide. ^(1, 2) Entre las LFO están la displasia cemento ósea focal (DOF), la displasia cemento ósea florida (DCOF) y el fibroma osificante (FO). Las LFO pueden presentarse tanto en maxilar como mandíbula. ^(3, 4)

Las características imagenológicas e histológicas en el diagnóstico de las LFO hacen que su diagnóstico diferencial sea complejo y son motivo de debate, compartiendo características imagenológicas e histológicas. ⁽³⁾ Si bien las LFO son asintomáticas, en ocasiones presentan dolor asociado. ⁽⁴⁾ Además, otras lesiones también podrían observarse en estadios iniciales similares a DOF y FO, tanto en la imagenología como histopatología. ^(6, 7)

El objetivo del presente reporte es presentar un

caso de una LFO en mandíbula que provoca el fracaso de un implante, analizar las dificultades diagnósticas, sus características imagenológicas, clínicas e histológicas, tratamiento y evolución.

CASO CLÍNICO

Se presenta una mujer de 24 años al Centro de Clínicas Odontológicas de la Universidad de Talca, Chile, con diagnóstico clínico presuntivo de periimplantitis. El implante había sido rehabilitado hace 5 años. (Fig. 1A)

La paciente relataba pérdida de punto de contacto proximal de la corona sobre implante, molestias al contacto oclusal, y empaquetamiento de alimentos hacia el espacio interproximal distal. Se solicitó un examen de tomografía computarizada de haz cónico (TCHC). (Fig. 1B, 1C, 1D y 1E) En este examen se observa una lesión de densidad mixta, ovalada, con bordes parcialmente definidos, próximo a tercio apical de implante

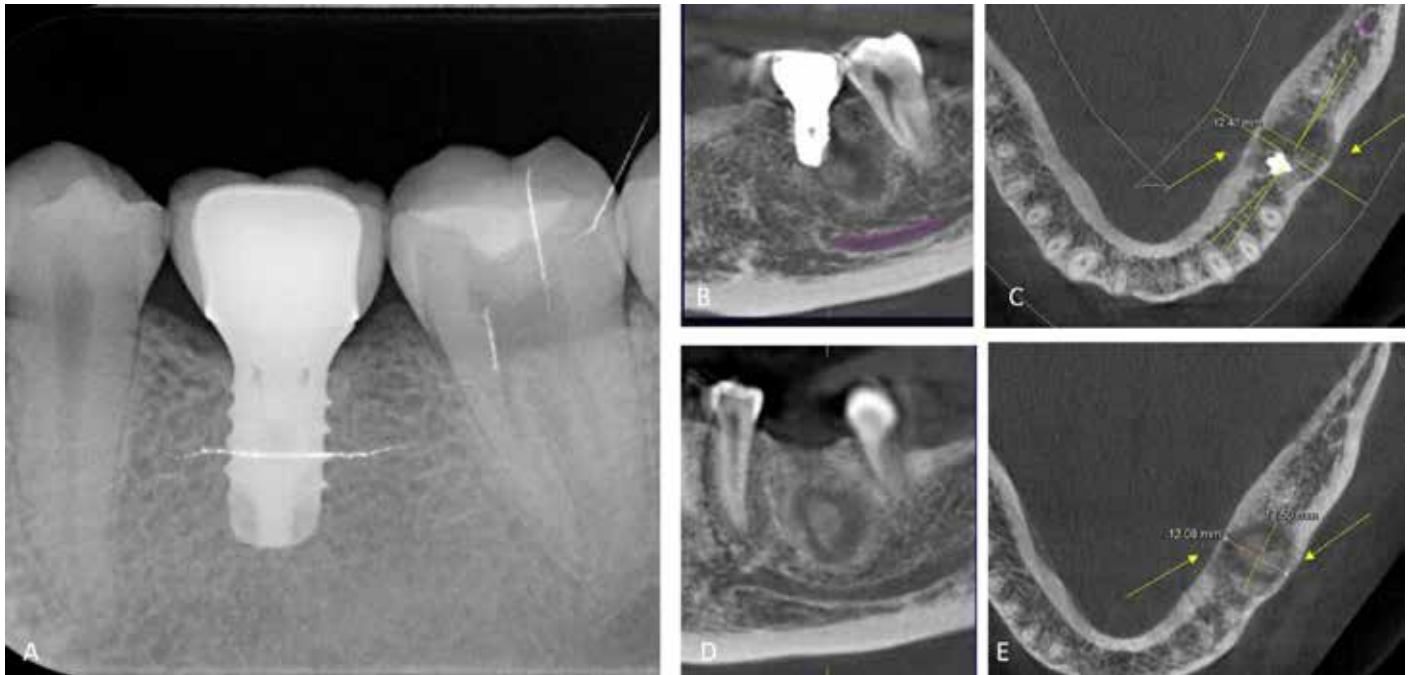


Figura 1: Sección de radiografía periapical de control de implante rehabilitado en zona de diente 3.6 de hace 5 años. Se observa trabeculado óseo normal alrededor de implante. **B:** Examen de tomografía computarizada de haz cónico inicial. Reconstrucción panorámica, lesión se extiende en su límite superior a 3 mm de cortical del reborde alveolar, su límite inferior a 5 mm de cortical superior de canal mandibular. Su límite anterior próximo a tercio apical de implante de 3.6 y su límite posterior próximo a cortical alveolar mesial de diente 3.7. **C:** Examen de tomografía computarizada de haz cónico (TCHC) inicial. Imagen axial, se observa infiltración de cortical lingual y vestibular (flechas amarillas), signo sugerente de agresividad. Se observa expansión leve de tabla ósea vestibular. **D:** Examen de TCHC 3 meses posterior a explantación del implante. Imagen panorámica, presencia de lesión ovoide de densidad mixta y bordes definidos, con centro hiperdenso de forma irregular y halo hipodenso periférico. Zona implantaria cicatrizada. **E:** Examen de TCHC 3 meses posterior a explantación del implante. Imagen axial, lesión con infiltración leve de tablas óseas lingual y vestibular (flechas).

en zona de diente 3.6, con centro hiperdenso de forma irregular y halo hipodenso periférico. Además, presenta expansión y adelgazamiento de la tabla ósea vestibular. En base a estas características imagenológicas, se propone un diagnóstico presuntivo de LFO, descartándose el diagnóstico clínico inicial de periimplantitis. Se asume una actitud expectante citándose a la paciente para control imagenológico a los 6 meses.

Un mes y medio después del examen imagenológico inicial, debido a dolor en la zona, la paciente acude a control clínico indicándose la remoción de la corona para una mejor observación de los tejidos blandos periimplantarios. Durante dicha remoción se constató la movilidad del implante, realizando su explantación. Tres meses después, los tejidos se observan cicatrizados, solicitándose un examen de TCHC de control, debido a la persistencia de molestias en la zona. La imagen mostró la persistencia de la lesión, (Fig. 1D) con aumento en la densidad de la zona central hiper-

denso y leve aumento de tamaño respecto al primer examen imagenológico. Se decide realizar la cirugía de enucleación de la lesión, accediendo a la lesión a través de una incisión supracrestal y levantamiento de un colgajo de espesor total. Durante la intervención, se observó una cicatrización casi completa del lecho del implante, con formación de tejido fibro-óseo de pobre calidad, además de una expansión y adelgazamiento de la tabla ósea vestibular. (Fig. 1C y 1E)

Debido a que no se logró realizar la completa enucleación de la lesión a través del lecho quirúrgico en la cresta ósea alveolar, se extendió el colgajo, accediéndose a través de la tabla vestibular, manteniendo un defecto de cuatro paredes para facilitar su regeneración ósea posterior. Se realizó un minucioso curetaje y aseo quirúrgico del lecho quirúrgico. (Fig. 2A y 2B) Adicionalmente, para favorecer el cierre mucoso rápido de la zona involucrada, así como de potenciar el proceso regenerativo del tejido óseo, se usaron

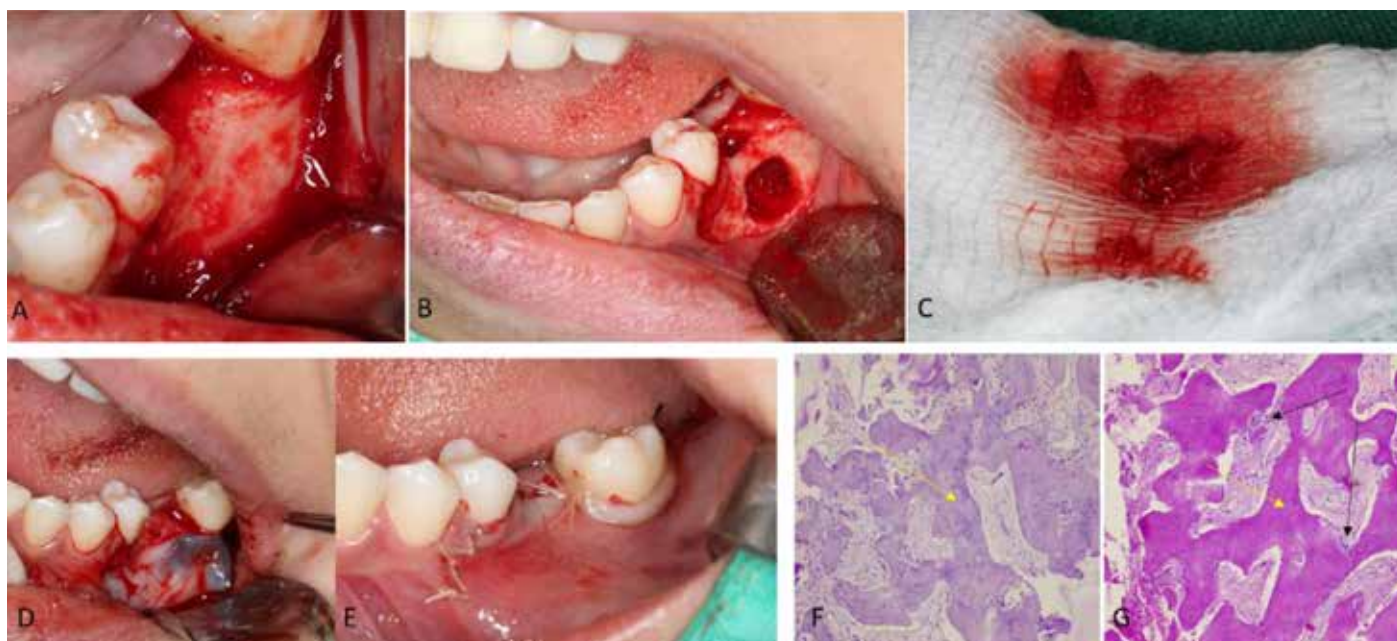


Figura 2 **A:** Acceso quirúrgico: Se observa expansión y adelgazamiento de la tabla ósea vestibular en relación con la zona comprometida de consistencia blanda y depresible. **B:** Acceso quirúrgico a lesión por la cresta ósea alveolar y tabla ósea vestibular. **C:** Enucleación de la lesión fibro-ósea. **D:** Lecho quirúrgico recubierto con membrana de fibrina rica en plaquetas y leucocitos. **E:** Sutura de los tejidos blandos. **F:** Microfotografía representativa de la lesión. Se observan trabéculas óseas inmaduras de tipo neo formativo irregular (flechas amarillas) (X100). **G:** Microfotografía representativa de la lesión. Espacios intraóseos, fibrosos y estroma rico en células junto a ribete osteoblástico (flechas negras) (X400).

membranas y coágulos de fibrina rica en plaquetas y leucocitos (L-PRF, del inglés leukocyte- and platelet-rich fibrin).^(8,9) Siguiendo el protocolo de la Universidad de Lovaina, los coágulos de L-PRF se usaron como tapones para rellenar el interior del lecho quirúrgico mediante el condensado de éstos, otorgando soporte a las membranas de L-PRF posicionadas bajo el periostio, para recubrir los accesos al lecho.⁽¹⁰⁾ El acceso se suturó (Fig. 2) y el tejido enucleado fue enviado a análisis histopatológico.

Al examen histopatológico se observaron trabéculas óseas inmaduras revestidas por un ribete osteoblástico en las áreas neoformativas. Además, se encontraron espacios intraóseos, fibrosos moderadamente celulares, con proliferación de células de aspecto fibrocitoides, con núcleos normotípicos y reactivos, sin actividad mitótica ni reacción inflamatoria. Estos hallazgos fueron compatibles con FO. (Fig. 2F y 2G)

La evolución en las semanas siguientes fue positiva, sin dolor ni signos de infección asociados. A los 3 meses de la cirugía se realizó un nuevo control de cicatrización de la zona con TCHC, cons-

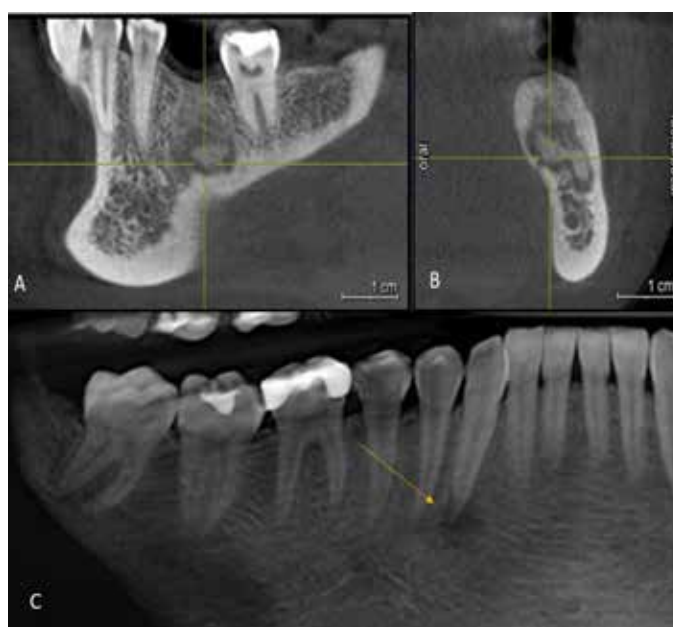


Figura 3: Control de cicatrización a los 3 meses con tomografía computarizada de haz cónico. **A:** Apariente recidiva lesión en zona de diente 3.6. **B:** Imagen transversal: lesión con centro hiperdenso de forma irregular y halo hipodenso periférico. **C:** Imagen panorámica: hallazgo incidental de lesión hipodensa en el lado derecho de mandíbula, asociada a ápice de diente 4.3 (flecha).

tatándose una aparente recidiva, de menor tamaño en comparación con la lesión inicial. (Fig. 3A, 3B) Además, se observó el hallazgo incidental de una lesión hipodensa contralateral asociada a ápice de diente 4.3 (Fig. 3C), el cual presentó vitalidad al examen de sensibilidad. Este hallazgo incidental propone un cambio el diagnóstico presuntivo inicial de FO o DOF, al de DCOF en estado inicial, sin embargo, también podría tratarse de dos lesiones diferentes y totalmente independientes.

Se realizó control a los 16 meses, mediante una radiografía panorámica (Fig. 4A) y TCHC maxilar y mandibular (Fig. 5) Se observó la lesión de densidad mixta, radiolúcida con centro radiopaco en zona de diente 3.6, de límites difusos, manteniendo el tamaño respecto al último control, sin sintomatología (Fig. 5C, 5D, 5E y 5F) Sin embargo, se observó un aumento de tamaño de lesión asociada al diente 4.3, de densidad radiolúcida, de forma ovalada, de límites parcialmente definidos y corticalizados, próximo a los ápices de dientes 4.3 y 4.4, desplazando el canal mandibular hacia caudal (Fig. 5D). La paciente relataba dolor moderado en el sector, sin aumento de volumen. Además, se realizó hallazgo incidental de otra lesión de densidad mixta, de forma ovalada, de límites definidos, en apical de diente 4.5 (Fig. 6A y 6B)

Ante el aumento de tamaño de la lesión asociada al diente 4.3, se realiza una biopsia incisional. El resultado del examen histopatológico fue una DCOF (Fig. 6D y 6E). Se recomienda a paciente control estricto de las lesiones.

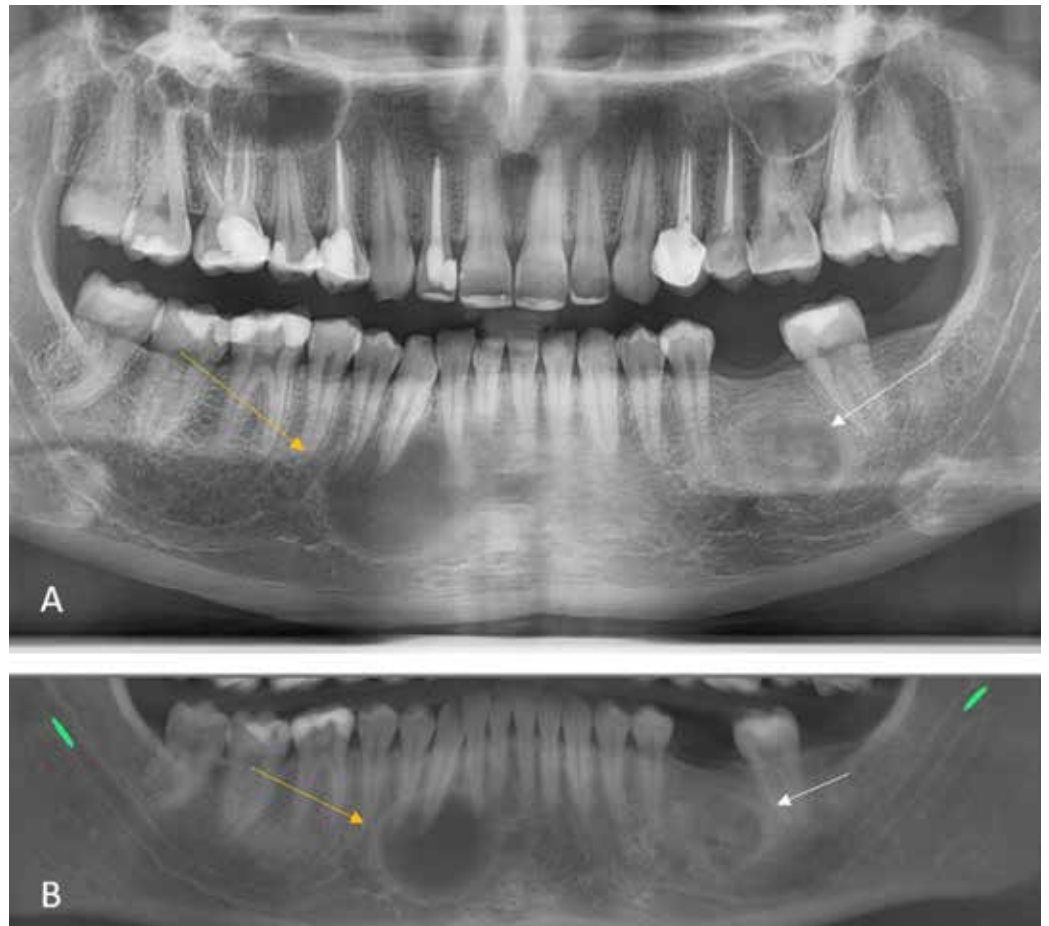


Figura 4 A: Radiografía panorámica de control a los 16 meses. Se observa lesión mixta, radiolúcida con centro radiopaco, en zona de diente 3.6, que conserva su tamaño respecto al último control (flecha blanca). Se observa aumento de tamaño de lesión radiolúcida asociada a ápices de 4.3 y 4.4, de forma ovalada, de límites parcialmente definidos y corticalizados, que desplaza canal mandibular hacia caudal. **B:** Control a los 16 meses con tomografía computarizada de haz cónico maxilar (TCHC).

DISCUSIÓN

Se presenta un caso de una LFO con diagnóstico clínico presuntivo inicial de periimplantitis dada la ubicación de la lesión, sumando una dificultad adicional al diagnóstico de esta lesión. Al examen imagenológico se proponen diagnósticos presuntivos de FO o DFO debido a que las características imagenológicas eran de una LFO, en lugar de una periimplantitis. Los criterios diagnósticos actuales de periimplantitis refieren a una afección patológica asociada a biofilm, la cual induce una inflamación de la mucosa periimplantaria, asociada a una pérdida progresiva posterior del hueso de soporte,⁽¹¹⁾ y clínicamente se asocia a sangrado al sondaje y sacos sobre 6 mm.⁽¹¹⁾ En el presente caso, al

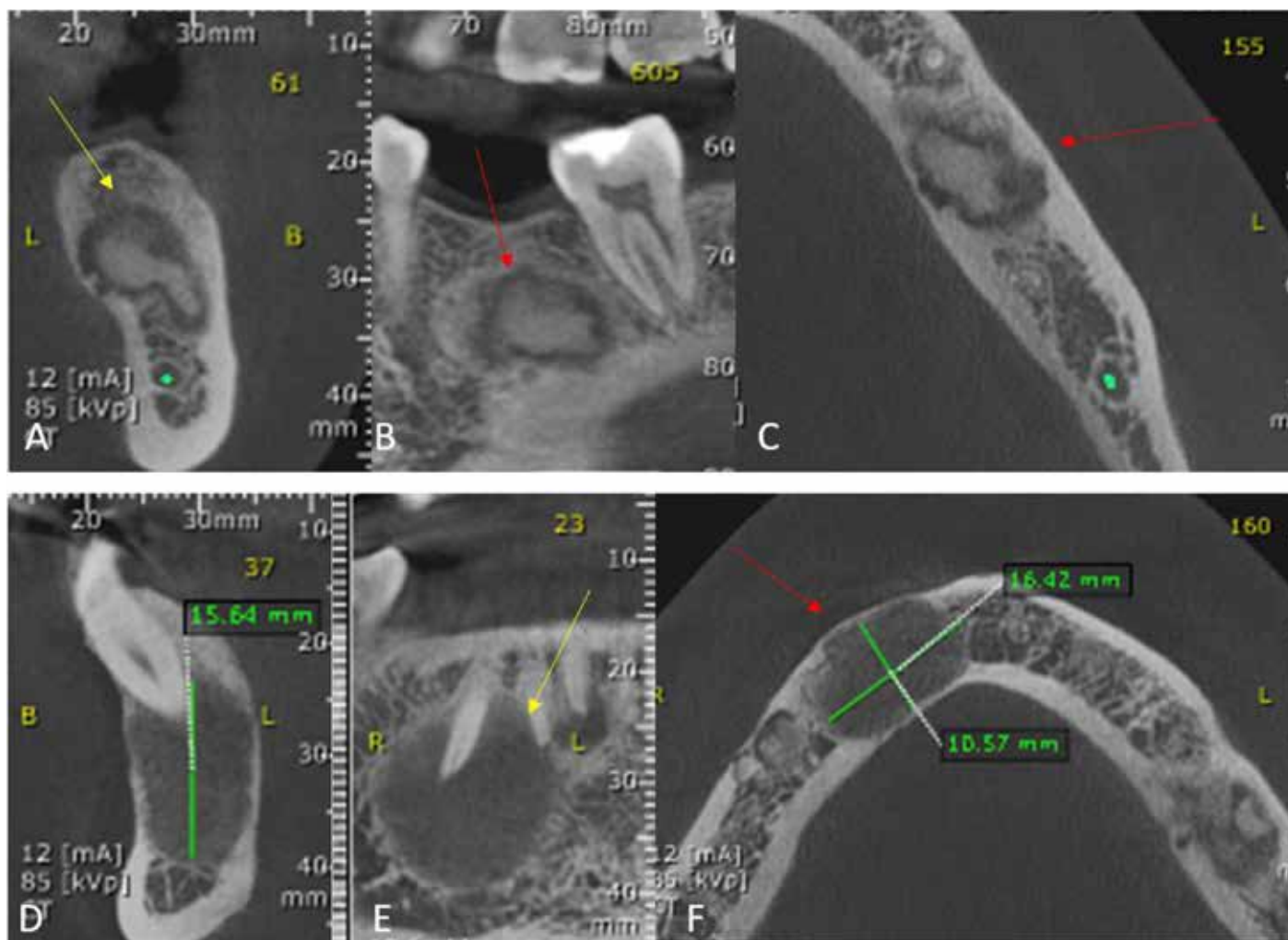


Figura 5 A: Examen de tomografía computarizada de haz cónico (TCHC) sector de diente 3.6. Imagen transversal: lesión con centro hiperdenso de forma irregular (flecha amarilla). **B y C:** Examen de TCHC diente 3.6. Imagen sagital y axial: Halo hipodenso periférico (flechas rojas). **D:** Examen TCHC sector de diente 4.3. Imagen transversal. **E:** Examen de TCHC sector de diente 4.3. Imagen Sagital: Lesión hipodensa de forma ovalada, de límites parcialmente definidos y corticalizados, próximo a ápices de 4.3 y 4.4 (flecha amarilla). **F:** Examen de TCHC sector de diente 4.3. Imagen axial: Se observa adelgazamiento de corticales vestibular y lingual (flecha roja).

examen clínico se encontraron elementos que sustentaron, en una primera etapa, el diagnóstico de periimplantitis como causante de la pérdida del implante, sin embargo, en este caso, el implante habría perdido su sustento óseo por una LFO, existiendo pocos casos reportados donde se describa una pérdida de implantes asociadas a esta patología.⁽¹³⁾

La etiología del FO y de las Displasias Cemento Óseas (DCO) es idiopática, no es de origen inflamatorio, y se ha planteado que estas lesiones podrían tener su origen en células del ligamento periodontal,^(5, 14) sin embargo, hace bastante

tiempo que ya no había diente, un implante lo había reemplazándolo sin tejido periodontal, lo que plantea controversia en su origen. Además, descartado el diagnóstico de periimplantitis, queda distinguir ante qué tipo de LFO corresponde el caso presentado. El diagnóstico diferencial entre el FO y las DCO resulta ser un reto, ya que estas lesiones generalmente son hallazgos radiográficos y comparten características histológicas y radiográficas.^(1, 5, 7, 15, 16) Como inicialmente había sólo una lesión, no era posible distinguir qué patología LFO era.

En relación con el grupo etario y sexo, en el pre-

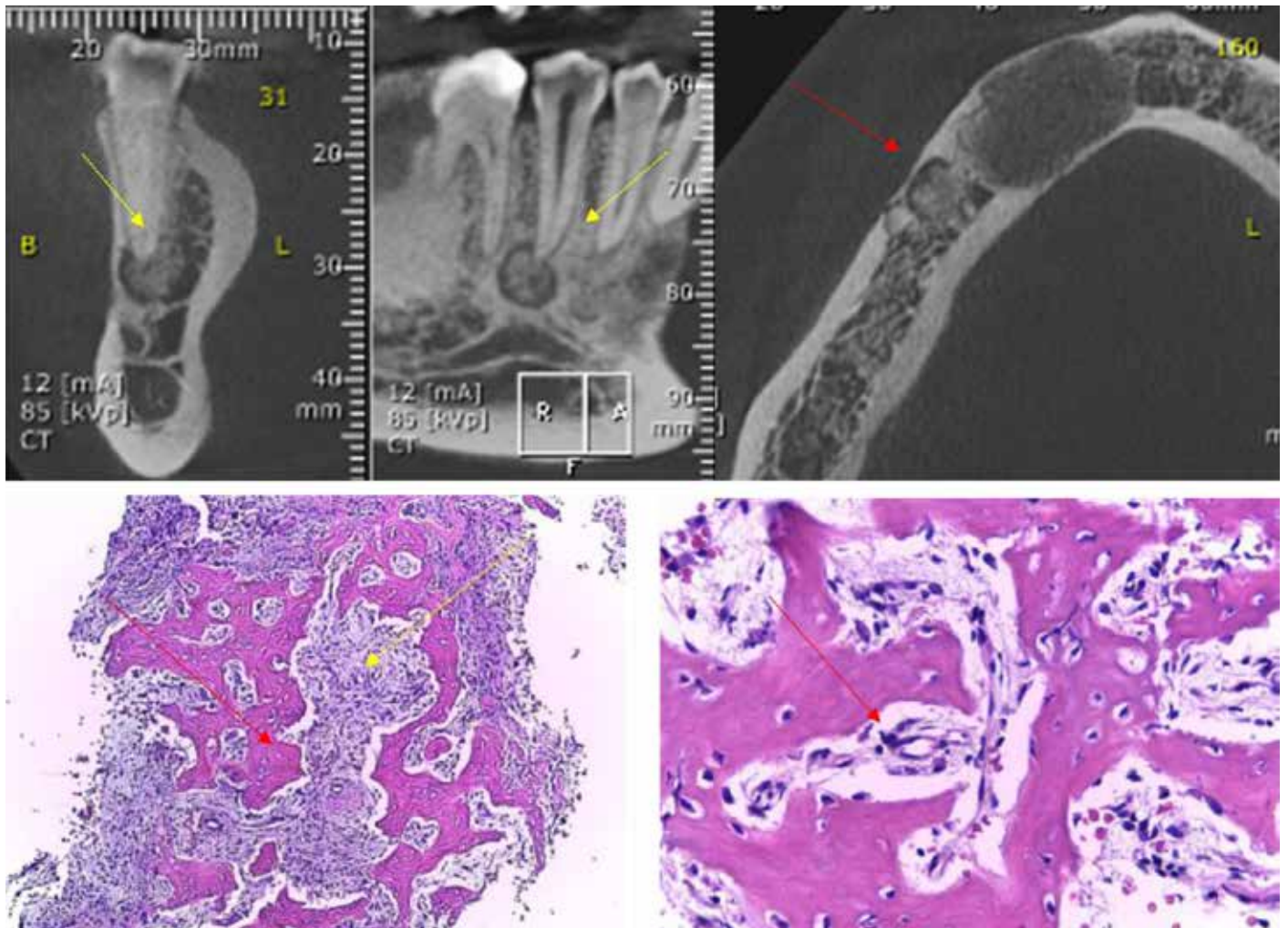


Figura 6 A: Examen de tomografía computarizada de haz cónico (TCHC) sector de diente 4.5. Imagen transversal. B: Examen de TCHC sector de diente 4.5. Imagen sagital: Presencia de lesión mixta circunscrita en apical de diente 4.5 con halo hipodenso periférico, propio de las Displasias cemento óseas (DCO) (flechas amarillas). C: Examen e TCHC sector de diente 4.5. Imagen axial: Se aprecia lesión asociada a diente 4.3 de mayor tamaño y con características imagenológicas similares a una displasia fibrosa (flecha roja). La aparición de lesiones múltiples determinó la conclusión diagnóstica de DCO florida. D: Microfotografía representativa de la lesión. Se observa estroma de tejido conectivo fibroso irregular (flecha amarilla), Entre este, se disponen trabéculas de tejido óseo de forma irregular de hueso laminillar. (flecha roja) (X100). E: Microfotografía representativa de la lesión. Espacios intraóseos, con abundante presencia de osteocitos de aspecto hiperocrómico y escasos osteoblastos en la periferia de dichas trabéculas (flecha roja) (X400).

sente caso la paciente se encuentra en la tercera década de vida, lo que coincide con la literatura para DCO y FO. Estas lesiones se presentan generalmente en mujeres, entre la tercera y quinta década de vida, siendo habitualmente asintomáticas, ^(7, 14, 17) por lo que es posible que la sintomatología inicial estuviera relacionada con la estimulación mecánica del implante y en un segundo tiempo por la intervención quirúrgica de la lesión, pudiendo inducir una inflamación de tipo reactiva de la DCOF o DOF, ^(1, 4, 6, 17) asociada a dolor.

Con respecto a las características imagenológicas del presente caso, éstas eran sugerentes de LFO. Las LFO en etapas iniciales se observan como lesiones pequeñas radiolúcidas/hipodensas asociadas a zonas apicales de dientes vitales, y pueden presentarse en distintas etapas de maduración, ya sea radiolúcidas, mixtas o radiopacas. ^(7, 18) Debido a las características similares en densidad, forma, tamaño y expansión de la lesión, los diagnósticos imagenológicos iniciales del presente caso se orientaron hacia una FO o una DOF.

En relación con los diagnósticos imagenológicos diferenciales para las DCO y FO, cuando no se observan radiopacidades, deben descartarse, además, las lesiones de origen inflamatorio o infeccioso, como lesiones apicales de origen pulpar o periodontal.⁽¹⁸⁾ Este tipo de lesiones podrían estimular la proliferación de restos epiteliales del ligamento periodontal, observándose una imagen radiolúcida similar a las LFO en estadios iniciales.⁽⁵⁾ Además, algunos abscesos periapicales, y la mayoría de los quistes periapicales, pueden observarse inicialmente de manera similar a las LFO.⁽¹⁷⁾ Por otra parte, en lesiones con radiopacidades, debe considerarse el diagnóstico diferencial con algunos tumores odontogénicos de densidad mixta con focos radiopacos internos.⁽¹⁹⁾

Respecto a la ubicación de la lesión, en el presente caso, ésta se presentó en sector molar mandibular, ubicación que se corresponde tanto con FO como DOF.^(17, 20) La DOF se ubica en relación a ápices de dientes en sector molar mandibular,^(6, 21, 22) mientras que el FO se ubica generalmente en sector posterior de mandíbula.⁽²⁰⁾

Por su parte, el análisis histopatológico del presente caso mostró una lesión compatible con FO, lo que no concuerda con la clínica y la presencia de múltiples lesiones detectadas por la imagenología. EL FO se compone de tejido fibroso, tejido conectivo laxo celular, trabéculas óseas con diversos grados de maduración, con un ribete osteoblástico, el que es una característica distintiva, visible en las muestras histológicas.^(12, 22) Además, el FO tiene una zona delgada de tejido fibroso que separa la lesión del hueso cortical suprayacente, lo que hace accesible a la enucleación debido a una superficie de clivaje.⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ Sin embargo, las DCO, también están compuestas por tejido fibroso en disposición similar y con estas características.⁽⁵⁾ Sin embargo, a medida que las DCO maduran, presentan un trabeculado óseo más denso y menos celular.⁽¹⁸⁾ FO y las DCO tienen características histológicas comunes, sin embargo, hay características sutiles de este exámen que podrían diferenciarlas, no obstante, en este caso no fue así. Algunas diferencias, como el aspecto del trabeculado óseo con ribete osteoblástico y la separación de la lesión del hueso normal por una delgada membrana epitelial, podrían inclinar el diagnóstico hacia un FO.^(7, 16, 23) De este modo, la histología por si sola, no fue suficiente para realzar el diagnóstico definitivo y la imagenología no

concordaba con la hipótesis diagnóstica de FO; la aparición simultánea de múltiples lesiones mixtas periapicales sugieren otra variación de la familia de las LFO.

En el presente caso, se reportó la aparente recidiva de la lesión, otra vez con características histológicas como el ribete osteoblástico, sugiriendo otra vez un diagnóstico compatible un FO, pero resultó no ser el diagnóstico definitivo, por la presencia de lesiones múltiples, ubicadas en zona contralateral y en incisivos.⁽¹⁶⁾ Por otro lado, en un alvéolo en cicatrización, también se observan crestas de tejido óseo inmaduro revestidos con osteoblastos y gran cantidad de osteocitos, en una matriz de tejido conectivo, lo que podría dar explicación al hallazgo histológico.⁽²⁴⁾ Por lo tanto, en el presente caso, el ribete osteoblástico observado podría deberse a la cicatrización del hueso, producto de la explantación del implante.

En resumen, dadas las características imagenológicas y clínicas de la paciente (dolor y molestias al contacto oclusal), la paciente fue sometida a la enucleación y legrado de la lesión, siendo este el tratamiento de elección para el FO.^(12, 20) De manera posterior a este procedimiento quirúrgico se intentó potenciar la regeneración del tejido óseo con el uso de L-PRF.⁽²¹⁾ Por el contrario, las DCO, generalmente asintomáticas, se tratarán con la enucleación completa de la lesión sólo si tienen sintomatología inflamatoria o se encuentran asociadas a infección secundaria. En caso de no presentar sintomatología, se recomienda el seguimiento clínico e imagenológico,^(1, 4, 5, 17) con una frecuencia de 2 a 3 años para pesquisar cambios⁽⁵⁾ y evitar el riesgo de infección secundaria.⁽²¹⁾ En cuanto al FO, el seguimiento clínico y radiográfico también sería necesario para evitar recurrencias.⁽⁷⁾ En base a lo expuesto en el presente caso, sería recomendable un control radiográfico periódico, cada seis meses, considerando el tiempo en el cual se produjo la expansión de la tabla ósea vestibular.

Cabe destacar que luego del tratamiento quirúrgico escisional, durante el último control, se observaron incidentalmente otras lesiones de densidad radiolúcida y mixta en el cuadrante contralateral, en proximidad al ápice de los dientes 4.3, y 4.5, lo cual cambió el diagnóstico radiográfico presuntivo de FO a DCOF.^(1, 5, 18)

Debido al aumento de tamaño de la LFO, se realizó una nueva cirugía de enucleación y curetaje, junto a una nueva biopsia de la lesión asociada al diente 4.3, la que determinó el diagnóstico definitivo de las lesiones, las cuales estaban relacionadas entre sí.

La imagenología y la histología de las LFO es muy similar, en particular para el fibroma osificante en estadio inicial y la DCO florida cuando se está formando y aún no se manifiesta con la presencia de lesiones múltiples. Lo anterior genera dificultades para su diagnóstico diferencial. La histología es fundamental como complemento en el diagnóstico final, ya que algunas de las características histológicas no pueden diferenciar el FO y las DCO. Pese a lo anterior, en el presente caso, la histología no confirmó el diagnóstico. De hecho, la conclusión diagnóstica se obtuvo por la evaluación de la conjunción de las características clínicas, imagenológicas e histopatológicas. Esta evaluación es importante cuando el diagnóstico diferencial involucra a varias LFO, debido a las similitudes tisulares de estas lesiones. El comportamiento clínico de las LFO puede variar en el tiempo, dependiendo de factores locales, infecciosos, inflamatorios o quirúrgicos. Por lo tanto, el seguimiento de estas lesiones es fundamental para un diagnóstico más preciso y evitar tratamientos innecesarios.

CONCLUSIONES

El diagnóstico radiográfico diferencial entre las DCO y FO es complejo, dada sus similitudes clínicas e histológicas.

En base a su evolución y al examen histopatológico, la lesión correspondería a una DCOF, las cuales, en algunas ocasiones, pueden presentar expansión ósea.^(6, 17) El comportamiento clínico y la aparición de múltiples lesiones con las mismas características inclinó la balanza hacia el diagnóstico de DCOF.

AUTOR DE CORRESPONDENCIA

César Celis Contreras
Programa de Especialización en Imagenología Oral y Maxilofacial.
Universidad de Talca.
Campus Talca, Avenida Lircay S/N

Talca, Chile. Teléfono +56-71-2200476
Correo electrónico: ccelis@utalca.cl

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Choudhary SH, Supe NB, Singh AK, Thakare A. Florid cemento-osseous dysplasia in a young Indian female: a rare case report with review of literature. *J Oral Maxillofac Pathol* 2019; 23:438-42.
2. Kato C, de Arruda J, Mendes PA, Neiva IM, Abreu LG, Moreno A, et al. Infected Cemento-osseous dysplasia: analysis of 66 cases and literature review. *Head Neck Pathol* 2020; 14:173-82.
3. Valdivieso J, Hidalgo A, Droguett D, Celis C. Clínica, epidemiología e imagenología del fibroma osificante y la displasia fibrosa del territorio cráneo-maxilofacial: revisión narrativa. *Av Odontoestomatol*. En prensa.
4. Esfahanizadeh N, Yousefi H. Successful implant placement in a case of florid cemento-osseous dysplasia: a case report and literature review. *J Oral Implantol* 2018; 44:275-9.
5. Fenerty S, Shaw W, Verma R, Syed AB, Kuklani R, Yang J, et al. Florid cemento-osseous dysplasia: review of an uncommon fibro-osseous lesion of the jaw with important clinical implications. *Skeletal Radiol* 2017; 46:581-90.
6. Mainville GN, Turgeon DP, Kauzman A. Diagnosis and management of benign fibro-osseous lesions of the jaws: a current review for the dental clinician. *Oral Dis* 2017; 23:440-50.
7. Tyagi A, Chaudhary S, Gupta V. Ipsilateral maxillo-mandibular ossifying fibroma. *J Maxillofac Oral Surg* 2015; 14:127-32.
8. Temmerman A, Vandessel J, Castro A, Jacobs R, Teughels W, Pinto N, et al. The use of leucocyte and platelet-rich fibrin in socket management and ridge preservation: a split-mouth, randomized, controlled clinical trial. *J Clin Periodontol* 2016; 43:990-9.
9. Ustaoglu G, Goller Bulut D, Gumus KC. Evaluation of different platelet-rich concentrates effects on early soft tissue healing and socket preservation after tooth extraction. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg*. 2020; 121:539-44.
10. Pinto N, Temmerman A, Castro Ana, Cortellini S, Teughels W, Quirynen M. Guía para uso de L-PRF. 2017. doi: 10.13140/RG.2.2.17200.46088.
11. Berglundh T, Armitage G, Araujo MG, Avila-Ortiz G, Blanco J, Camargo P M, et al. Peri-implant diseases and conditions: Consensus report of workgroup 4 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol*. 2018;45 Suppl 20: S286-S291.
12. de Andrade M, Silva-Sousa YT, Marques MF, Pontual ML, Ramos-Perez FM, Perez DE. Ossifying fibroma of the jaws: a clinicopathological case series study. *Braz Dent J* 2013; 24:662-6.
13. Oliveira MTF, Cardoso SV, Silva CJ, Zanetta-Barbosa D, Loyola AM. Failure of dental implants in cemento-osseous dysplasia: a critical analysis of a case. *Rev Odontol UNESP* 2014; 43:223-7.
14. Matsuda S, Yoshimura H, Yoshida H, Taga M, Imamura Y, Kiyoshima T, et al. Ossifying fibroma in the mandibu-

- lar angle mimicking metastatic clear cell renal cell carcinoma: a case report. *Medicine (Baltimore)* 2019;98: e16595. doi:10.1097/MD.00000000000016595
15. Tayfur M, Tayfur EK, Balci MG, Deger AN, Cimen FK, Daltan F. Bilateral synchronous ossifying fibromas of the mandible: a case report. *Int J Clin Exp Pathol* 2015; 8:5844-7.
16. Jendi SK, Khatib S, Mistry J, Wagh A, Vaidya K, Kokane G. Ossifying fibroma of maxilla in a female affected by neurofibromatosis Type 1. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 2019; 71:2087-90.
17. Salvi AS, Patankar S, Desai K, Wankhedkar D. Focal cemento-osseous dysplasia: a case report with a review of literature. *J Oral Maxillofac Pathol* 2020;24: S15-8.
18. Brody A, Zalatnai A, Csomo K, Belik A, Dobo-Nagy C. Difficulties in the diagnosis of periapical translucencies and in the classification of cemento-osseous dysplasia. *BMC Oral Health* 2019; 19:139. <https://doi.org/10.1186/s12903-019-0843-0>.
19. Barba Ramírez L, Celis Contreras C, Schilling Quezada A, Hidalgo Rivas A. Tumor odontogénico adenomatoide extrafolicular mandibular, de ubicación inusual e imagenología atípica. Reporte de un caso. *Av Odontoestomatol* 2018; 34:73-8.
20. Ahmad M, Gaalaas L. Fibro-osseous and other lesions of bone in the jaws. *Radiol Clin North Am* 2018; 56:91-104.
21. Castro AB, Meschi N, Temmerman A, Pinto N, Lambrechts P, Teughels W, et al. Regenerative potential of leukocyte- and platelet-rich fibrin. Part B: sinus floor elevation, alveolar ridge preservation and implant therapy. A systematic review. *J Clin Periodontol*. 2017;44:225-34.
22. El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR, Takata T, Slootweg PJ. Fibro-osseous and osteochondromatous lesions. World Health Organization Classification of Tumors, WHO Classification of Head and Neck Tumours Geneva: WHO Press; 2017;251-5.
23. Nelson BL, Phillips BJ. Benign fibro-osseous lesions of the head and neck. *Head Neck Pathol* 2019; 13:466-75.
24. Veltrini VC, Figueira JA, Santin GC, de Sousa SCOM, de Araújo NS. Can non-collagenous proteins be employed for the differential diagnosis among fibrous dysplasia, cemento-osseous dysplasia and cemento-ossifying fibroma? *Pathol Res Pract* 2019; 215:152450. doi: 10.1016/j.prp.2019.152450.
25. Trombelli L, Farina R, Marzola A, Bozzi L, Liljenberg B, Lindhe J. Modeling and remodeling of human extraction sockets. *J Clin Periodontol* 2008; 35: 630-9.