

Displasia cementaria periapical. Reporte de caso

Periapical cemental dysplasia. Case report

Layla Kuder,* Vito Márquez,** Juan Carlos Gamboa.***

*Profesora de Clínica Integral II, **Estudiante de 5o año, ***Profesor de cátedra de Cirugía.

Facultad de Odontología. Universidad de Carabobo.

Resumen

El término displasia cementaria periapical (DCP) se utilizó por primera vez en la clasificación de tumores odontógenos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1971, donde fue incluido como uno de los tipos de cementoma. La DCP no es una verdadera neoplasia, sino una patología displásica en la cual las áreas focales múltiples de hueso y médula normales son reemplazadas por lesiones de tejido conjuntivo celular con un potencial de crecimiento limitado. Este trabajo, tiene como objetivo reportar un caso de una paciente femenina de 66 años de edad que acude al Servicio de Operatoria Dental de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, por presentar dicha lesión en maxilar derecho. Se concluyó que las lesiones fibro-ósneas benignas, presentaron muchas similitudes con respecto a sus aspectos clínicos, radiográficos e histológicos. Por lo tanto, es fundamental el análisis conjunto de estas informaciones para obtener un diagnóstico definitivo.

Palabras clave: displasia, cementaria, periapical, patología, diagnóstico.

Abstract

The term periapical cemental dysplasia (PCD) was used for the first time in the classification of odontogenic tumors of the World Health Organization (WHO) of 1971, where it was included as one of the types of cementoma. The PCD is not a true neoplasia, but a dysplastic pathology in which the multiple focal areas of normal bone and marrow are replaced by cellular connective tissue lesions with a limited growth potential. The objective of this work is to report a case of a female patient of 66 years of age who attends the Dental Operative Service of the Faculty of Dentistry of the University of Carabobo, for presenting this lesion in the right maxilla. It was concluded that the benign fibro-osseous lesions presented many similarities with regard to their clinical, radiographic and histological aspects. Therefore, a joint analysis of this information is essential to obtain a definitive diagnosis.

Key words: dysplasia, cemental, periapical, pathology, diagnostic.

INTRODUCCIÓN

La displasia cementaria periapical (DCP) suele descubrirse casualmente durante la evaluación de radiografías de rutina o durante la investigación de otro problema.¹ Al parecer se trata de una reacción poco habitual del hueso y el cemento periapical a ciertos factores locales.^{1,2} La DCP durante la evaluación de radiografías de rutina, no presenta síntomas

ni alteraciones visibles externas del hueso afectado.¹ Las lesiones se encuentran principalmente en mujeres de edad media, con una incidencia más alta entre afroamericanos; se encuentra rara vez en pacientes menores de 20 años de edad.³ Generalmente se presenta asintomática; sin embargo, el 10% presenta dolor y exposición al medio oral debido a infección secundaria, puede también presentarse con fístula intra o extraoral y no presenta expansión ósea.⁴ Se localiza

con mayor frecuencia debajo de los ápices de las raíces de los incisivos mandibulares. Los dientes superpuestos a las lesiones siguen siendo vitales. Al principio se presenta como una transparencia periapical que se continúa con el espacio del ligamento periodontal. Aunque este patrón inicial simula en la radiografía un granuloma o quiste periapical, a medida que el padecimiento avanza o madura se desarrolla un patrón mixto o moteado en la lesión transparente debido a la reparación del hueso. Para alcanzar su etapa final de desarrollo este proceso toma de meses a años y, evidentemente se puede descubrir en cualquier etapa.^{1,2}

La DCP es una mezcla de tejido fibroso benigno, hueso y cemento. El tejido calcificado se dispone en trabéculas, espigas o masas irregulares de mayor tamaño. Con el tiempo se observan líneas reversas. Además, los islotes de tejido duro están revestidos de osteoblastos, cementoblastos, o ambos. Al microscopio se pueden reconocer células inflamatorias crónicas y la displasia periapical cemental puede evidenciar un aspecto muy similar a osteomielitis crónica y fibroma osificante.^{1,2}

Las lesiones fibro-óseas benignas de los maxilares constituyen un variado grupo de enfermedades con una característica histológica común: la sustitución del hueso normal por tejido compuesto de colágeno y fibroblastos, con cantidades variables de una sustancia mineral que puede ser hueso, cemento o ambos. Estas lesiones incluyen la displasia fibrosa, las displasias periapicales cemento-óseas, focal o florida, cementoma gigantiforme familiar y el fibroma osificante cemento-osificante.⁵⁻⁸

No se requiere tratamiento para este trastorno. Una vez alcanzada la etapa opaca, la lesión se estabiliza y no induce complicaciones. Dado que los dientes permanecen vitales durante todo el proceso, no deben extraerse y tampoco efectuar procedimientos de endodoncia.^{1,2}

REPORTE DE CASO

Se trata de una paciente femenina de 66 años de edad que acude al Servicio de Operatoria Dental de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, refiriendo sentir molestia leve y constante en la región mandibular derecha, la cual se intensifica durante la función y llamativamente al ingerir bebidas frías, duración al exacerbarse de unos 10 minutos. Como antecedentes personales relevantes, refiere sufrir de hipertensión y diabetes mellitus tipo 2, actualmente controlada, tiroidectomía hace tres años por adenocarcinoma tiroideo por lo que cumple con tratamiento farmacológico (Euthirox 100 mg/día). Durante la exploración clínica extraoral, no se observa manifestación de enfermedad (*figura 1*), al examen intraoral se observaron facetas de desgaste incisal grado 2 en unidades dentarias anteriores superiores e inferiores (*figuras 2 y 3*); lesiones no cariosas cervicales, de tipo abfracciones en los premolares de los cuadrantes 3 y 4, presentando sintomatología dolorosa provocada al aire de jeringa triple, asociándose con el motivo de consulta.

Radiográficamente se determinan lesiones periapicales radiopacas en unidades dentarias 45 y 44 e imagen radiopaca



Figura 1. Fotografía clínica extraoral.



Figuras 2 y 3. Fotografías clínicas intrabucales.

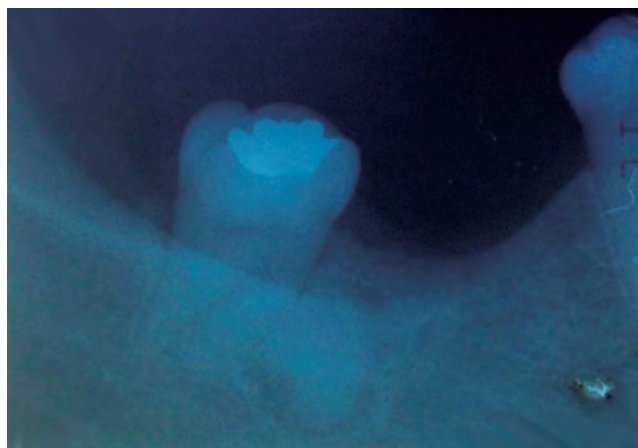
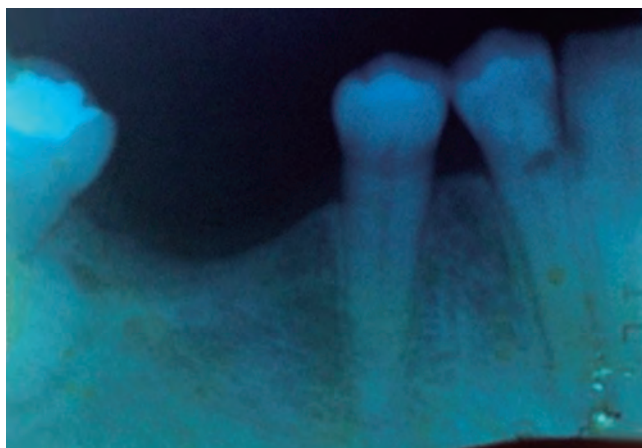


Figura 4 y 5. Radiografía periapical. Región premolar inferior derecha.

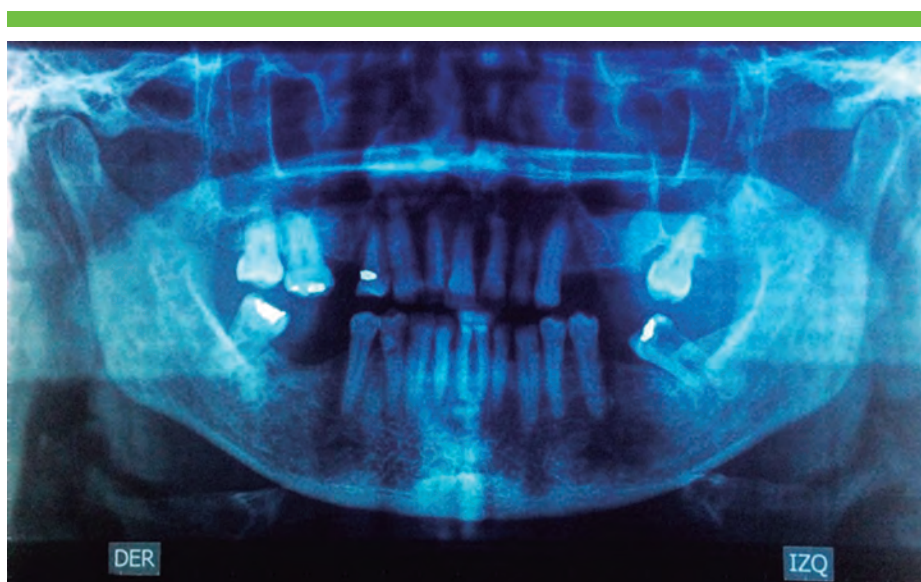


Figura 6. Radiografía panorámica. Se observan imágenes en mandíbula y en maxilar derecho.

con halo radiolúcido en región mandibular mesial a UD 48 (**figura 4 y 5**); por lo que se realiza una ortopantomografía, en la que se ratifica la presencia adicional a la imagen previamente descrita, otra de características similares en la región de la sínfisis mandibular asociada a UD 37 y 41, así mismo, se observó una imagen irregular de tamaño importante y radio-densidad mixta en región apical del canino y los premolares superiores derechos (**Figura 6**). Debido a la presencia de estas múltiples imágenes se decide solicitar tomografía computarizada (TC) craneofacial de tipo *Cone Beam*.

Por medio de las propiedades imagenológicas tridimensionales de la TC, se pueden determinar que las lesiones no tenían compromiso fisiopatológico con los ápices dentarios y se encuentran encapsuladas cercanas a estos (**figuras. 7-9**).

Se determinó la necesidad de extirpar prioritariamente la lesión del maxilar derecho. Además de que tenía un tamaño importante, existía una fenestración de la bóveda palatina que ésta puede traer complicaciones. Necesidad a la cual se negó reiteradamente la paciente refiriendo que a su edad no quería ese tipo de cirugías. En vista de que con ayuda

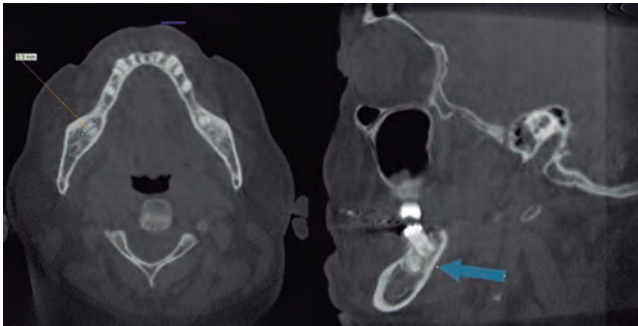


Figura 7. TC. Lesión radio-opaca. Cuerpo mandibular derecho.

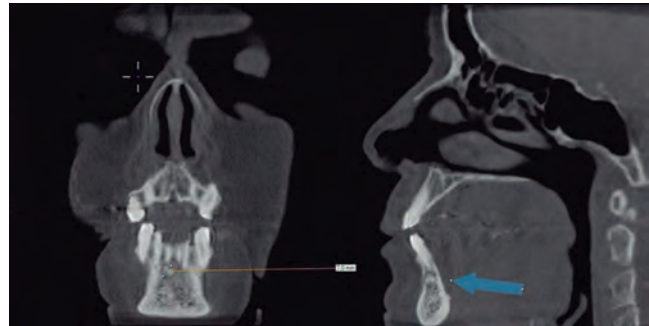


Figura 9. TC. Lesión radio-opaca. Sínfisis mandibular.



Figura 8. TC. Lesión radio-opaca. Maxilar derecho.

de la TC se pudo determinar que las tres lesiones tenían una densidad similar, se propuso la eliminación quirúrgica de la lesión del cuerpo mandibular derecho para análisis histopatológico (*figuras 10 y 11*). Durante cada encuentro no se abandona la propuesta insistente de eliminar la lesión maxilar por precaución.

Microscópicamente se observó estroma de tejido conectivo fibroso, laxo, vascularizado, donde se identifican trabéculas de tejido óseo inmaduro y maduro vital. Adicionalmente focos de material esclerótico, compatible con sustancia cementoide, organizado en trabéculas y esférulas, obteniéndose diagnóstico definitivo de displasia cemento ósea (*figuras 12 y 13*).

DISCUSIÓN

La clasificación de las lesiones cemento-óseo de los maxilares ha sido durante mucho tiempo un dilema complejo y controvertido para los patólogos y clínicos. La clasificación actual de lesiones cementosas, publicada en 1992 por la Organización Mundial de la Salud se basa en la edad, el sexo y el histopatológico, las características radiográficas y clínicas, así como la ubicación de la lesión.⁹

La DCP se considera una patología con características clínico-radiográficas particulares que en la mayoría de las ocasiones permite el diagnóstico clínico, siempre y cuando estas características se encuentren todas presentes. Existen autores como Regezzi *et al.* quienes refieren que en muchos casos el diagnóstico se realiza mediante evaluación clínica, edad, género y grupo étnico, además de la evaluación imagenológica.¹ En el presente caso, es coincidente con la literatura en cuanto a su epidemiología, pues ocurre en un paciente de sexo femenino, en mandíbula y en la zona de molares-premolares; ésta se presenta mayormente en mujeres de edad media y avanzada de origen africano. Melrose y cols., reportaron un estudio de 34 lesiones, de las cuales 32 eran mujeres negras con un mínimo de 42 años. Además, las lesiones en maxilar y mandíbula se encontraban en relación con zonas donde se realizaron: extracciones previas y trauma oclusal asociado a bruxismo, lo que se podría contribuir, que la agresión causadas por trauma puede estimular el crecimiento de las lesiones óseas.

La DCP es una lesión de origen mesodérmica, crecimiento autolimitado y que no requiere tratamientos agresivos. Histológicamente presentan un reemplazo del hueso normal por un tejido conjuntivo fibroso, que tiene fibroblastos, fibras



Figura 10. Transoperatorio. Se observa lecho de la lesión post-enucleación.



Figura 11. Lesión fragmentada extraída.

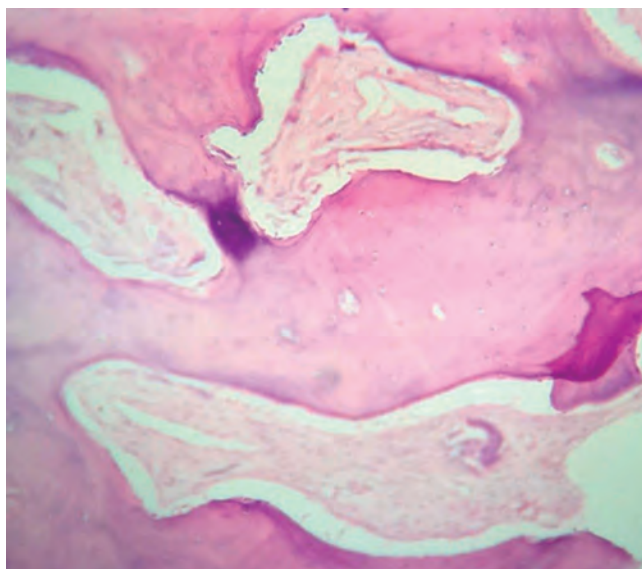


Figura 12. Corte histopatológico HE x 400.

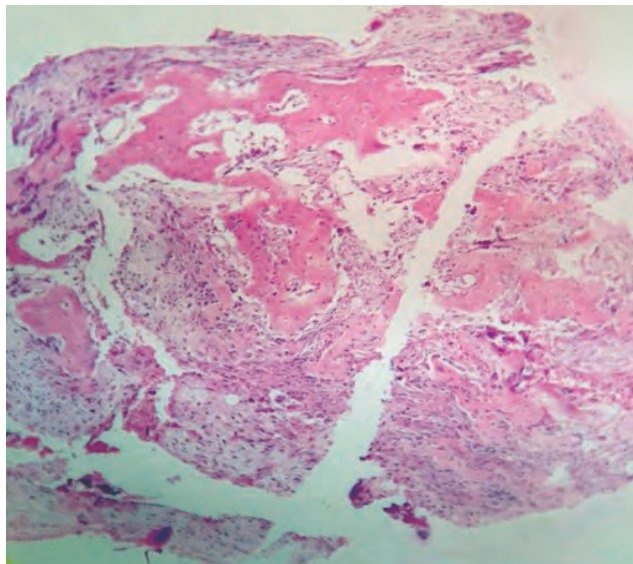


Figura 13. Corte histopatológico HE x 100.

colágenas, hueso neoformado y calcificaciones cementoides. Radiográficamente esta lesión presenta diferentes etapas dependiendo de su desarrollo. En su etapa inicial se observa como un área radiolúcida uni o multilocular bien delimitado. En etapas avanzadas se observa circunscrita con distintos grados de radiopacidad en su interior. Se distinguen masas radiopacas difusas en las regiones alveolares de múltiples cuadrantes, las cuales juegan un papel importante en el diagnóstico. Las lesiones se encuentran generalmente en cercanía a los órganos dentarios. El aspecto radiológico, aunque no patognomónico, es muy característico y muy útil para establecer los diagnósticos diferenciales.¹⁰ Algo muy llamativo en este caso fue que generalmente no presentan afecciones de las corticales óseas, pero en esta ocasión se pudo observar perforación de la cortical palatina, signo que suele ser común en la patología de Paget, pero no en las displasias cementantes. Si se le suma esto a la condición patológica, de que este tipo de displasias disminuye la posibilidad de reacción inmunológica de la región afectada debido a la menor presencia vascular, dicha fenestración aumenta las probabilidades de una infección ósea secundaria que pudiese exponer la lesión al medio bucal.¹⁴

La evaluación completa del caso se llevó a cabo una vez establecidos los diagnósticos diferenciales, entre los que se encuentran: la osteomielitis esclerosante difusa, que se presenta como una masa radiopaca generalmente unilateral en región mandibular, mal delimitado, lo que lleva a resaltar que, en este caso, la DCP se presenta como múltiples masas radiopacas que afectan ambos cuadrantes mandibulares y en ciertas ocasiones al maxilar.¹⁻¹⁰ La enfermedad de Paget se caracteriza por presentar deformidades de múltiples huesos

y produce cambios bioquímicos en suero, tales como niveles elevados de fosfatasa alcalina lo cual no correspondía con el caso presentado.^{1,2} Cabe destacar que se puede presentar la posibilidad casual de que una de las lesiones pueda responder a la presencia de algún otro cuadro patológico como algún fibroma osificante y granulomas o quistes periapicales. En la etapa opaca, otras posibilidades diagnósticas son odontoma, osteoblastoma y osteomielitis esclerosante focal.

La DCP puede causar cuadros dolorosos de intensidad variable, cuando se infectan, lo que lleva a la supuración y drenaje en algunos casos. No es rara la presencia de cuadros infecciosos que se sobreañadan a las lesiones fibro-óseas y dificultan el diagnóstico.¹¹ Al tratarse de lesiones de naturaleza avascular, puede causar complicaciones a la exposición de microorganismos, por lo que se debe reforzar la higiene bucal y tratamiento con antibióticos de amplio espectro en casos de infecciones aunado a seguimiento periódico.

La importancia radica en que la DCP presenta un desarrollo multifocal en cuadrantes mandibulares y en ciertas ocasiones en maxilar. Es asintomático generalmente, pero si éstas presentan sintomatología dolorosa, es porque están en relación con procesos infecciosos o asociadas a otras lesiones,^{12,13} como quiste óseo solitario de la mandíbula asociado a displasias cementos óseos.¹⁴ Esto nos lleva a ver este grupo de patologías displásicas, con comportamiento autolimitante.

Dentro de estos fenómenos patológicos generales existe un grupo de entidades verdaderamente interesantes y desafiantes, tanto por su propia y particular naturaleza, como por las dificultades que crean en la clínica, en lo referente a su diagnóstico clínico-radiográfico-histopatológico y tratamiento.¹⁵⁻¹⁸ Por lo que nos obliga a resaltar la importancia del estudio radiográfico y que ésta, se convierte en una herramienta fundamental para realizar el hallazgo en este tipo de lesiones.¹⁹⁻²¹

CONCLUSIÓN

Un número mínimo de displasias cemento osificante han sido reportados actualmente. En este caso, se trató de una patología displásica, en la cual son reemplazados diversos focos de hueso y médula ósea normales por lesiones de tejido conjuntivo celular con un potencial de crecimiento limitado. Las lesiones alcanzan un tamaño determinado y después experimentan un proceso de maduración que culmina con la formación de nódulos intraóseos múltiples, densos y calcificados (escleróticos). Las lesiones fibro-óseas son consideradas entidades comunes dentro de la región maxilofacial.

La DCP es una de las lesiones más frecuentes, suele descubrirse casualmente durante la evaluación de radiografías de rutina, con ausencia de síntomas y de alteraciones visibles externas del hueso afectado. En este sentido, el clínico está en la obligación de saber indicar e interpretar todos los exámenes y así, de esta manera, poder ofrecer la mejor opción según el caso; valerse de todas las herramientas diagnósticas, evaluar sus características clínicas, radiográficas, epidemiológicas y su comportamiento con el fin de realizar diagnósticos certeros.

REFERENCIAS

1. Regezi JA, Sciubba JJ. Patología bucal. Correlaciones clinicopatológicas. 3a edición. México. Editorial McGraw-Hill Interamericana; 2000.
2. Philip J, Eversole LR, Wysocki GP. Patología oral y maxilofacial contemporánea. 2a Edición. España: Elsevier Mosby; 2006.
3. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. ed. World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and genetics of head and neck tumours. Lyon IARC press: Lyon: 2005; 323.
4. Gariba-Silva R, Souza-Neto MD, Carvalho JR, Saquy PC, Pecora JD. Periapical cemental dysplasia: case report. Braz Dent J 1999; 10 (1): 55-57.
5. Alawi F. Benign fibro-osseous diseases of the maxillofacial bones. A review and differential diagnosis. Am J Clin Pathol 2002; 118(1): 50-70.
6. Eversole R, Su L, ElMofty S. Benign fibro-osseous lesions of the craniofacial complex. A review. Head Neck Pathol 2008; 2(3): 177-202.
7. Summerlin DJ, Tomich CE. Focal cemento-osseous dysplasia: a clinicopathologic study of 221 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1994; 78(5): 611-20.
8. Sanjai K, Kumarswamy J, Kumar VK, Patil A. Florid cemento osseous dysplasia in association with dentigerous cyst. J Oral Maxillofac Pathol 2010; 14 (2): 63-68.
9. Gonçalves M, Pispico R, Alves F de A, Lugão CE, Gonçalves A. Clinical, radiographic, biochemical and histological findings of florid cemento-osseous dysplasia and report of a case. Braz Dent J. 2005; 16 (3): 247-50.
10. Amarista-Rojas F, Carrera L, Villarroel-Dorrego M, Reyes O. Displasia ósea florida. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Revista Odontológica Mexicana. 2016; 20(2): 123-27.
11. Pitak-Arnnop P, Dhanuthai K, Chaine A, Bertrand JC, Bertolus C. Florid osseous dysplasia: report of a case presenting acute cellulitis. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2009; 14(9): 461-64.
12. De Noronha SN, Machado J, Menezes AM, Ramoa F. Benign fibro-osseous lesions: clinicopathologic features from 143 cases diagnosed in an oral diagnosis setting. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2013; 115: e56-e65.
13. Rao KA, Shetty SR, BabuSG, CastelinoRL. Co-occurrence of florid cemento-osseous dysplasia and simple bone cyst: a case report. J Oral Maxillofac Res 2011; 2(3): e5.
14. Wong-Romo G, Terán E, Varela E. Quiste óseo solitario mandibular. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Revista Odontológica Mexicana 2016; 114-22.
15. Guzmán J, Hortencia O, Roman C. Lesiones fibro-óseas benignas de los maxilares (un concepto general para la Odontostomatología). Oral Año 9. Núm. 28. 2008. 433-41.
16. Moreti L, Caetano P, Pezati N, Câmara K. Displasia cemento-ósea florida: relato de caso. Arch Health Invest 2016; 5(2): 120-25.
17. Sasankoti R, Verma S, Singh U, Agarwal N. Florid osseous dysplasia. Case Report. BMJ Case Rep. 2013; 2013: bcr2013010431.
18. Abdulla M, Ummar M, Antony G, Abdul H. Infected florid osseous dysplasia: clinical and imaging follow-up. Case Report. BMJ Case Reports. 2015.
19. Thorawat A, Kalkur C, Naikmasur V, Tarakji B. Familial florid cemento-osseous dysplasia. Wiley Online Library. 2015; 10.1002/ccr3.426.
20. Melrose RJ, Abrams AM, Mills BG. Florid osseous dysplasia. A clinical-pathologic study of thirty-four cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1976; 2013: 62-82.
21. Eskandarloo A, Yousefi, F. CBCT findings of periapical cemento-osseous dysplasia: A case report. Imaging Science in Dentistry 2013; 43(3): 215-18.