

# Displasia periapical cemento ósea florida. Reporte de caso

<sup>1</sup> Emily Nineth Reyes Aroca

<sup>2</sup> Ana Bertha Rubio Midence

<sup>3</sup> Jorge Carlos Ramos Ynestroza

## Resumen

Las displasias periapicales cemento óseas son neoplasias formadoras de tejido conectivo, hueso y material similar al cemento, esta patología tiene ciertas características que la llevan a la dificultad del diagnóstico definitivo. En este reporte de caso se realizó un estudio radiográfico e histopatológico con su respectivo tratamiento conservador y no conservador.

**Palabras clave:** Displasia periapical, lesión radiopaca, lesión radiolúcida, tratamiento de conductos.

## Florid cemento-osseous dysplasia. Case report

## Abstract

Periapical cemento-osseous dysplasias are neoplasms that form connective tissue, bone and cementum-like material, this pathology has certain characteristics that lead to the difficulty of definitive diagnosis. In this case report a radiographic and histopathologic study with its respective conservative and non-conservative treatment were performed.

**Keywords:** Periapical dysplasia, radiopaque lesion, radiolucent lesion, root canal treatment.

## Introducción

Las displasias periapicales cemento óseas (DPCO) según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se dividen en displasia cemento ósea periapical, focal y florida. La particularidad en cuanto al diagnóstico de esta patología son los diferentes estados en los que se puede presentar dependiendo de la evolución de esta.

Tomando en cuenta un estudio radiográfico se puede observar una fase radiolúcida en su primera etapa osteolítica, mixta cuando comienza a formarse material similar al cemento, y

completamente radiopaca cuando la lesión llega a su estado de maduración, para poder llegar al diagnóstico hay que tomar en consideración la vitalidad de los órganos dentarios y por otro lado suele observarse órganos dentarios con tratamientos de conductos realizados con anterioridad debido a que el primer estadio lleva al mal diagnóstico.

La literatura reporta un alto porcentaje de casos de DPCO en pacientes de raza negra, sexo femenino, entre la cuarta y quinta décadas de

<sup>1</sup> Estudiante de cuarto año de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. <https://orcid.org/0000-0001-8386-8910> Correo electrónico: emilyreyes.08@gmail.com

<sup>2</sup> Colaborador, estudiante de cuarto año de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Correo electrónico: rubiomidence07@gmail.com

<sup>3</sup> Docente de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Correo electrónico: jramosy@unah.edu.hn

Fecha de terminación: en controles. Departamento de Estomatología, Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de Honduras

vida, la mayoría de casos asintomáticos, pero suele haber sintomatología si la lesión está relacionada con estructuras anatómicas adyacentes nerviosas o la lesión provoca una expansión de las corticales óseas.

## Presentación del caso

Paciente femenina de 50 años de edad mestiza, con antecedentes médicos de trombocitopenia, que refiere dolor en la zona de molares y premolares en el cuadrante superior derecho, se presenta con una radiografía panorámica (fig. 1) del año 2019 en la cual se observan zonas radiopacas en maxilar inferior y superior.



Figura 1. Radiografía panorámica de 2019

Tomando en cuenta esto se solicita una tomografía computarizada cone beam (fig. 2) para una valoración tridimensional de las zonas radiopacas, en la cual se observan órganos dentarios 1,6, 1,5, 1,1, 2,1, 2,5, 2,8, 3,5, 3,2, 3,1, 4,1, 4,2 relacionados con las zonas hiperdensas y la zona edéntula posterior en el cuarto cuadrante; también se observan tratamientos de conductos en algunos órganos dentarios involucrados con las lesiones.

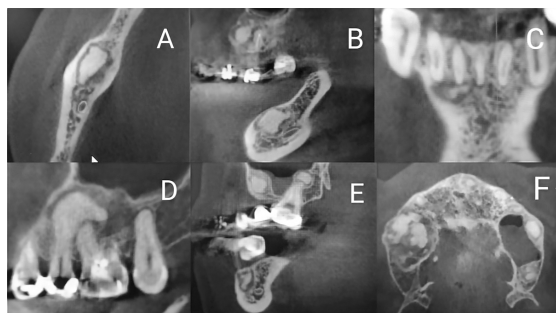


Figura 2. Tomografía computarizada cone beam, cortes sagitales (B, D, y E), axial (A y F) y coronal (C)

Se realizaron interconsultas con el área de Radiología de la Facultad de Odontología de la UNAH, para corroborar nuestro diagnóstico presuntivo y los posibles diagnósticos diferenciales.

La literatura reporta que en la primera etapa de la patología se debe tomar un tratamiento conservador realizando radiografías de control y considerar un tratamiento quirúrgico cuando la patología involucre estructuras anatómicas, teniendo esta información, se decide tratar de forma conservadora unas lesiones y no conservadora la lesión más prominente.

Por lo tanto se procede al acto quirúrgico en el que se realizó asepsia y antisepsia con yodo povidona intra y extraoral, bajo anestesia local (articaina al 4% con vasoconstrictor 1:100 000) se procedió a realizar un colgajo triangular que lo conforma una incisión intrasurcular y una relajante para así poder exponer la lesión, al reflejar el colgajo en la parte superficial se encontró una delgada cortical ósea que se removió con la ayuda de un periostotomo molt 7 y luego con la pieza de mano de baja velocidad se removió el resto de la cortical ósea para exponer la parte superficial de la lesión (fig. 3), tomando en cuenta que la lesión podía estar o no adherida a los órganos dentarios para evitar la remoción quirúrgica de estos, se siguió removiendo cortical ósea para poder exponer más tejido patológico, realizando pruebas de movilidad para valorar si ambos órganos dentarios estaban involucrados, se tuvieron que



Figura 3. Fig. 3 Exposición de la lesión

remover (fig. 4) ya que la patología venía adherida a ellos, estos se colocaron en un frasco para muestras con formalina al 17 v/v para poder enviarlo al laboratorio y posteriormente poder estudiarlo microscópicamente.



Figura 4. Alveolo de ambos órganos dentarios, enucleación completa del tejido patológico

Se procedió a la toma de una radiografía periapical para corroborar que la lesión había sido enucleada en su totalidad, se procede a realizar la prueba de gravedad para valorar perforación del seno maxilar debido a la cercanía que había con este, los resultados fueron negativos.

Se colocaron 1.5 CC. de hueso granulado (fig. 5), este se hidrató con suero fisiológico antes de



Figura 5. Hueso granulado colocado en el alveolo

colocarlo en el alveolo, una vez puesto se posicionó el colgajo en su lugar y se colocaron puntos de sutura utilizando seda 3-0 (fig. 6). Tomando en cuenta la posible caída del injerto de hueso se colocó cemento quirúrgico por 7 días y se retiró con los puntos de sutura (fig. 7).



Figura 6. Se posicionó el colgajo en su lugar y se colocaron puntos de sutura



Figura 7. Cemento quirúrgico colocado en la zona del abordaje

Los cortes histopatológicos muestran neoplasia fibro ósea benigna, constituida por formación de trabéculas óseas irregulares con estroma fibrovascular, presencia de osteoblastos sin atipia. (fig. 8).

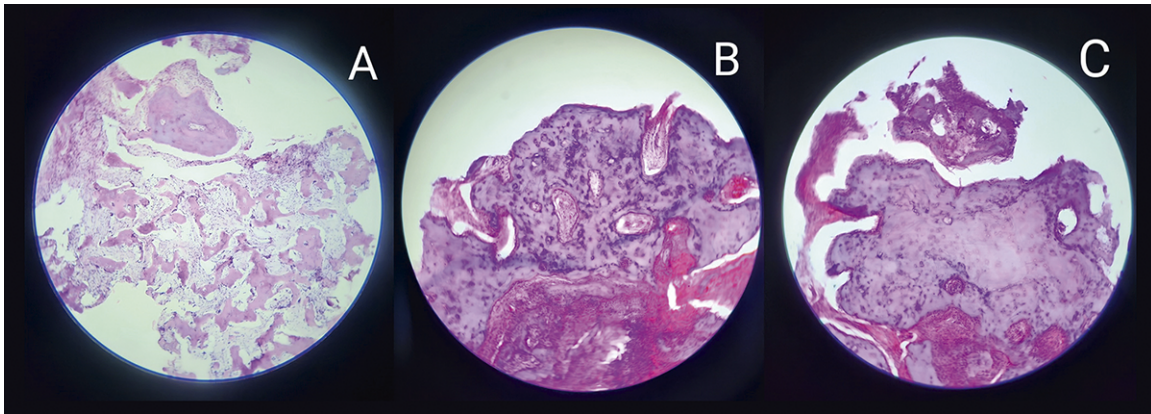


Figura 8. cortes H&E 10X A. B y C

Se realizan citas posteriores para la toma de radiografías panorámicas de control (fig. 9) y siempre monitoreando si había cambios o sintomatología en las zonas donde se encuentran las lesiones.

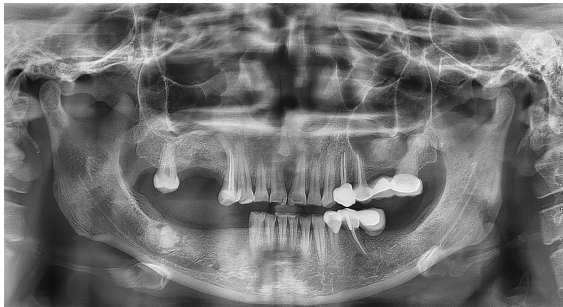


Figura 9. Radiografía panorámica de control 2023

## Discusión

Los diagnósticos erróneos ante este tipo de patologías son muy comunes debido a los diferentes estadios que podemos lograr observar radiográficamente, y también las otras variables que hay que tomar en consideración como ser la raza, en este caso no coincidía teniendo un poco de controversia en esta variable. El tratamiento puede ser variado y normalmente conservador realizando radiografías de control y monitoreando si hay cambios fisiológicos. El tratamiento que se dio en este caso fue conservador y no conservador, debido a que tenemos múltiples lesiones en diferentes estadios y solamente una con expansión de las corticales y sintomatología.

Para dar nuestro diagnóstico se tomó en cuenta un estudio clínico, radiográfico e histopatológico, pero se deben realizar todas las pruebas en

este caso térmicas a los órganos dentarios involucrados.

## Conclusiones

En las displasias cemento óseas hay cierta dificultad para diagnosticarlas debido a sus múltiples diagnósticos diferenciales y sus diferentes estadios por lo tanto siempre hay que tomar en cuenta todas las pruebas necesarias para diagnosticar este tipo de patologías y las variables en cuanto al sexo, edad y raza, sin realizar tratamientos innecesarios para el paciente como el tratamiento de conductos radiculares o cirugías apicales.

Estas pruebas se sugiere que se realicen de una manera periódica para así hacer un abordaje cuando sea necesario. En este caso se hizo una correlación clínico patológica pero se recomienda realizar las pruebas térmicas para llegar a un diagnóstico definitivo.

## Reconocimientos

Al Dr. Jorge Carlos Ramos por ser mi mentor, apoyarme y motivarme a ser cada día un mejor profesional y persona.

A mi asistente y amiga Ana Bertha Rubio por siempre ser mi mano derecha en mis procedimientos.

## Referencias bibliográficas

Suluk-tekketin, M., Sinanoglu, A., Selvi, F., Cakir Karabas, H. y Aksakalli, N. (2022). "The importance of clinical and radiological findings for the

definitive histopathologic diagnosis of the benign fibro-osseous lesions of the jaws: Study of 276 cases”, *Journal of Stomatology Oral and Maxilofacial Surgery*, Vol. 123, issue 3, pp. 364-371.

Amarista, F., Carrera, L., Villaroel, M. y Reyes, O., (2016). “Displasia ósea florida, reporte de caso y revisión de literatura”, *Revista Odontológica Mexicana*, Vol. 20, Num. 2, pp. 123-127.

Brody, A., Zalatnai, A., Csomo, K., Belik, A., y Dobo-Nagy, C. (2019). “Difficulties in the diagnosis of periapical translucencies and in the classification of cemento-osseous dysplasia” *BMC oral health*, 19 (1), 139.

Lee, A., Alotaibi, F. Alshamrani, Y., Shirley B., y Cheng, Y. (2023). “Osseous dysplasia with gross jaw expansion – a case report”, *Journal of oral and maxilofacial surgery, medicine, and pathology*, Vol. 35, issue 2, pp 189-194.