

Displasia ósea florida: manejo interdisciplinario en la presentación de un caso clínico

Florid bone dysplasia: interdisciplinary management in the presentation of a clinical case

Manuel Escalante Fontalvo

Universidad del Magdalena. Santa Marta, Colombia.

E-mail: mescalante@unimagdalena.edu.co

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-8387-4955>

Eliany Pastora Fierro

Universidad del Magdalena. Santa Marta, Colombia.

E-mail: efierro@unimagdalena.edu.co

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-8096-6034>

Diana Escobar Ospino

Universidad del Magdalena. Santa Marta, Colombia.

E-mail: descobar@unimagdalena.edu.co

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8482-1452>

Ángel Gabriel Hernández Cuello

Universidad del Magdalena. Santa Marta.

E-mail: aghernandez@unimagdalena.edu.co

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-9269-9619>

Winibeth Larios Betancur

Universidad del Magdalena. Santa Marta

E-mail: wflarios@unimagdalena.edu.co.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-1593-4278>

Autor responsable de correspondencia: Ángel Gabriel Hernández Cuello

E-mail: aghernandez@unimagdalena.edu.co

Declaración sobre conflictos de interés: Los autores declaran que no existen conflictos de interés.

Cómo citar: Escalante Fontalvo M, Pastora Fierro E, Escobar Ospino A, Hernández Cuello A, Larios Betancur W. Displasia ósea florida: manejo interdisciplinario presentación de caso clínico. Rev San Ciencias Salud. 2025; vol 2 pág.63-67.

Resumen

La displasia ósea florida (DOF) es un proceso idiopático que se localiza en la región periapical del complejo maxilar-mandibular, caracterizado por un reemplazo del hueso normal por tejido fibroso y hueso metaplásico. Su etiología es desconocida y presenta mayor prevalencia en mujeres afrodescendientes en su cuarta y quinta década de vida. El diagnóstico se realiza mediante hallazgos radiográficos incidentales e histológicos. En este contexto, se presenta el caso de una paciente femenina de 45 años, que acudió a consulta odontológica de la Universidad de Magdalena para tratamiento endodóntico. La paciente refirió sensibilidad dental de los órganos superiores 11, 12 y 22. Al examen radiográfico evidenció múltiples lesiones de aspecto mixto, es decir, en un estado inicial (radiolúcidas), hasta lesiones mixtas y avanzadas (radiopacas), que involucran los cuatro cuadrantes. El abordaje consideró el punto de vista del área de semiología, patología oral y endodoncia. El plan de tratamiento a seguir consistió en control radiográfico cada tres años.

Palabras clave: displasia ósea; estomatología; afrodescendiente.

Abstract

Florid bone dysplasia (FOD) is an idiopathic process located in the periapical region of the

maxillary-mandibular complex, characterized by replacement of normal bone with fibrous tissue and metaplastic bone. It is of unknown etiology. FOD is more prevalent in women of African descent in their fourth and fifth decades of life. Diagnosed by incidental radiographic and histological findings, the case of a 45-year-old female patient is presented. She attended the dental clinic at Magdalena University for endodontic treatment. She reported tooth sensitivity in upper organs 11, 12 and 22. Radiographic examination revealed multiple lesions with a mixed appearance, ranging from initial stages (radiolucent) to mixed and advanced lesions (radiopaque) involving all four quadrants. The perspectives of the semiology, oral pathology, and endodontics departments were considered. The treatment plan consisted of radiographic follow-up every three years.

Keywords: bone dysplasia; stomatology; black people.

Introducción

La displasia ósea florida (DOF) pertenece a un grupo de lesiones maxilofaciales que se caracterizan por el reemplazo del hueso normal por tejido fibroso y hueso metaplásico. Estas lesiones pueden presentarse en cualquier parte del sistema esquelético, pero son más comunes en el complejo maxilar-mandibular¹. La DOF es una de las variantes más conocidas dentro de este grupo, y se distingue por su presentación en áreas periapicales del complejo maxilar-mandibular.

Por otra parte, la DOF es considerada una patología benigna que afecta predominantemente a mujeres afrodescendientes en la mediana edad, entre los 30 y 50 años³. Aunque su etiología no ha sido claramente establecida, se cree que factores genéticos y ambientales pueden desempeñar un papel importante en su desarrollo¹⁻⁴⁻⁵⁻⁶. El diagnóstico se da comúnmente a partir de hallazgos radiográficos⁷, los cuales muestran lesiones que pueden evolucionar desde un estado radiolúcido a mixto, y finalmente radiopaco a medida que progresa la remodelación ósea.

La DOF puede presentar síntomas como dolor, sensibilidad dental y, en algunos casos, infecciones recurrentes debido a la alteración de la arquitectura ósea normal. El diagnóstico temprano y el seguimiento adecuado son cruciales para prevenir complicaciones y planificar un tratamiento efectivo. Aunque la DOF es una lesión benigna, su progresión puede provocar problemas funcionales y estéticos significativos si no se maneja adecuadamente. En casos asintomáticos o leves, se recomienda realizar controles evolutivos; mientras que en situaciones severas, puede estar indicada la farmacoterapia e incluso la cirugía¹.

Objetivo

Presentar un caso de displasia ósea florida diagnosticada mediante hallazgos radiográficos rutinarios y estudio histopatológico.

Reporte de caso clínico

A la consulta odontológica general acudió una paciente femenina de 45 años, sin antecedentes médicos personales de relevancia, quien refirió sensibilidad en los dientes anteriores 11, 12 y 22 al tomar bebidas frías y calientes. Fue valorada por el área de endodoncia. El examen clínico intraoral evidenció cambio de coloración en el órgano 22 y múltiples restauraciones desadaptadas sin evidencia de movilidad dental.

El examen radiográfico evidenció una lesión radiopaca y circunscrita en forma ovalada a nivel periapical del órgano dental 12. En el órgano dental 11 se observó a nivel del periápice una lesión radiopaca, circunscrita. La radiografía panorámica reveló múltiples lesiones radiopacas y radiolúcidas distribuidas en los cuatro cuadrantes. La evaluación tomográfica permitió apreciar con mayor detalle las lesiones radiopacas dentro de las tablas óseas (Figura 1).

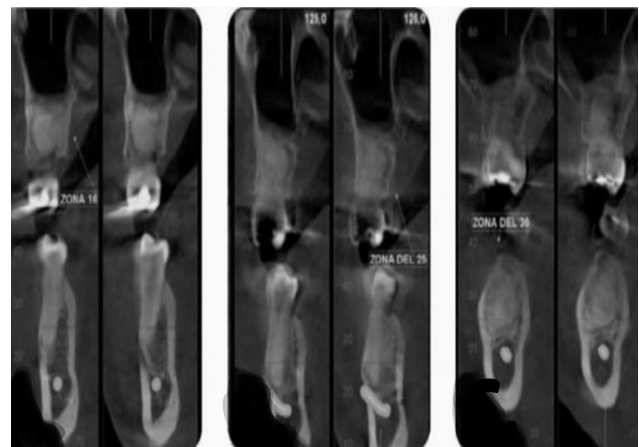


Figura 1: tomografía.

(A). Nivel del órgano dental 16: se observa una lesión en un corte sagital de aproximadamente 5 milímetros del órgano dental.

(B). Nivel del órgano dental 25: se observa una lesión hiperdensa sin compromiso de las tablas óseas en un corte sagital.

(C). Nivel del órgano dental 36: se observa una lesión hiperdensa de 8 milímetros sin compromiso de las tablas óseas con presencia de un halo radiolúcido que rodea la lesión.

Fuente: propiedad del autor.

De acuerdo con los hallazgos radiográficos, se determinó como diagnóstico presuntivo osteoesclerosis idiopática. Desde el área de semiología, se propuso realizar un procedimiento quirúrgico como abordaje terapéutico. Para ello, la paciente firmó previamente el consentimiento informado, en el cual se le explicaron los riesgos, beneficios y posibles complicaciones asociados al procedimiento.

Se aplicó anestesia local mediante el uso de lidocaína al 2 % con epinefrina 1:80.000 3 carpules, técnica dentaria inferior, largo bucal e infiltrativa alveolar medio y anterior. Posteriormente, se procedió al abordaje quirúrgico intraoral. En la zona del órgano 16, se efectuó un colgajo de espesor total lineal por encima de la línea mucogingival, inmediatamente se realizó apertura de la cortical vestibular y se extrajo muestra de la lesión. En la zona del órgano 36, se ejecutó un colgajo de espesor total de forma festoneado y marginal, se retiró cortical vestibular y se tomó de biopsia incisional de la lesión. Ambas lesiones se observaron blanquecinas y de consistencia petrosa (Figura 2A). Ambas muestras fueron guardadas en diferentes recipientes que contenían formol al 10 %, bien rotuladas y selladas, listas para mandar a estudios histopatológicos (Figura 2).

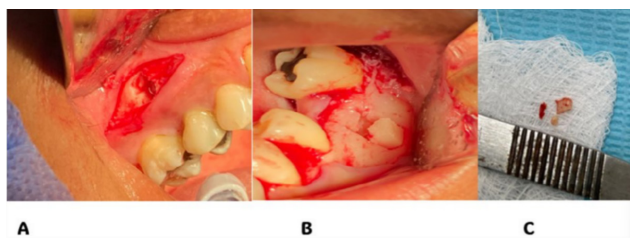


Figura 2: imágenes.

(A). Biopsia incisional de la zona del 16, cortical y lesión propia.

(B) Apertura y retiro de la cortical vestibular de la zona del 36.

(C). Retiro cortical vestibular para estudio histopatológico.

Fuente: propiedad del autor.

Por otra parte, el estudio histopatológico reveló tejido conjuntivo óseo irregular entremezclado con fibroblastos fusiformes con cantidad de colágeno. En su interior, se evidenció zona con denso infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario, sin atipia ni cambios displásicos compatible con DOF (Figura 3).

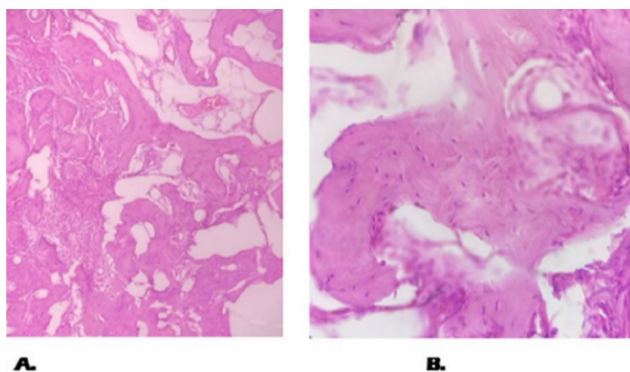


Figura 3: microfotografía de corte histológico con tinción hematoxilina-eosina.

(A). 10 x: Fragmento de hueso con escasas células fusiformes de tipo osteoblástico ubicadas sobre la superficie

trabecular. No se aprecian lagunas de Howship. Se reconocen osteocitos organizados, puntiformes, distribuidos al azar en lagunas pequeñas. La matriz ósea se encuentra organizada en capas paralelas y concéntricas, dispersa en un moderado estroma fibroso. H y E.

(B). 40 x: Lesión fibrósea, con tejido conjuntivo fibroso, escasas células y trabéculas óseas, algunas de apariencia inmadura, sin atipia, sin alteraciones estructurales. H y E. Nota: se le informó a la paciente que requiere un control radiográfico como estrategia para monitorear la evolución de lesiones óseas cada tres años¹².

Fuente: propiedad del autor.

Discusión

La displasia ósea florida (DOF) es una condición benigna, rara y no neoplásica, aunque puede considerarse compleja¹⁶ debido a su evolución y posibles complicaciones. No obstante, en casos como el presentado, teniendo en cuenta las características clínicas y radiográficas, se indicó una conducta conservadora, basada en seguimiento radiográfico cada tres años para monitorear la lesión, junto con una adecuada higiene oral para evitar infecciones y reducir estímulos inflamatorios que predisponen a la infección ósea¹⁷.

Sin embargo, en casos más avanzados y sintomáticos, en los que el tejido óseo normal ha sido reemplazado por tejido fibroso, pueden presentarse complicaciones significativas, como infecciones recurrentes, dolor crónico y deformidades óseas, lo que puede requerir intervenciones más complejas, incluso quirúrgicas. En el presente caso, el diagnóstico se realizó a partir de un hallazgo radiográfico accidental y fue posteriormente confirmado mediante estudio histopatológico, lo que resalta la importancia de un enfoque multidisciplinario.

Amarista-Rojas et al. señalan que la DOF a menudo se evidencia en mujeres afrodescendientes de entre 30 y 50 años, lo que concuerda con la edad reportada en la paciente de 45 años. La literatura indica que es poco frecuente su reporte de la DOF en general². Las lesiones observadas radiográficamente en los cuatro cuadrantes, que varían desde las radiolúcidas hasta las mixtas y radiopacas, corresponden a características descritas en la literatura¹. Este patrón de presentación coincide, además, con lo señalado por Martínez-Irías et al., quienes recolectaron casos con lesiones en múltiples cuadrantes que comenzaron desde las radiolúcidas para avanzar progresivamente hacia las radiopacas¹⁵.

El diagnóstico diferencial inicial incluyó osteoesclerosis idiopática y otras condiciones óseas, con el refuerzo de una biopsia incisional como último recurso para definir el diagnóstico. De hecho, el diagnóstico histopatológico es clave para diferenciar la DOF de otras patologías similares en la zona maxilofacial¹. En el presente estudio, el análisis histopatológico evidenció tejido conjuntivo óseo con la presencia de fibroblastos fusiformes y un denso infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario, lo que se ajusta a los tags de la DOF.

El control de la evolución de las lesiones y la prevención de complicaciones es un punto fundamental en el abordaje de la enfermedad. Martínez-Irías et al. defienden el

seguimiento de los pacientes cada tres años, lo cual resulta útil para el control evolutivo de la DOF y evitar intervenciones quirúrgicas innecesarias¹⁵. En este caso se acordó realizar un seguimiento radiográfico con revisión correspondiente cada tres años para controlar la evolución de las lesiones y tomar decisiones terapéuticas adecuadas en función de su evolución.

Las DOF benignas se dividen en tres tipos según la nomenclatura: displasias cemento óseas (DCO), fibromas cemento osificantes (FCO) y displasias fibrosas (DF). Algunos autores descartan la existencia de una cuarta descripción denominada lesiones fibro óseas atípicas. Las DCO afectan principalmente a la mandíbula (62,4 %), el maxilar (13,1%) o a ambos (24,5 %). Según lo descrito recientemente por la OMS, figuran cuatro subdivisiones definidas por su localización y distribución anatómica, las cuales corresponden a la DCO focal, DCO periapical, cementoma gigantiforme familiar y DCOF, siendo este último definido por sus múltiples manifestaciones clínicas. En el caso presentado, se trata de una displasia fibrosa combinada con manifestaciones clínicas favorables: la paciente no menciona sintomatología y no se evidencian alteraciones intraorales o extraorales a la inspección.

Conclusión

La DOF es una afección benigna que puede incidir en forma considerable en la calidad de vida de los pacientes. En casos severos, puede causar sintomatología, asimetrías o deformidades faciales y limitaciones funcionales en la mandíbula, lo que puede afectar actividades esenciales para la vida como la alimentación, la masticación y el habla, especialmente si no se efectúa un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado. Este caso pone de manifiesto la importancia de un diagnóstico precoz y certero, así como un seguimiento estricto en el tiempo. Un manejo adecuado de la DOF requiere la colaboración del cirujano oral, de los endodoncistas y de los patólogos orales.

El seguimiento radiográfico periódico cada tres años es fundamental para observar la evolución de las lesiones y adaptar la terapia según sea necesario. Es esencial que el paciente comprenda la naturaleza de la DOF y adquiera conciencia de la importancia del seguimiento regular, lo cual contribuye al éxito de la terapia a largo plazo. La gestión adecuada de la DOF permite prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Asimismo, la elaboración y difusión de casos clínicos como el presentado contribuye a enriquecer la literatura científica, a mejorar los diagnósticos y los tratamientos, y asegurar que los pacientes afectados cuenten con el mejor tratamiento.

Contribución de los autores

MEF: participó en las monitorías, conceptualización, redacción, diseño del estudio y aprobación final del manuscrito.

EPF: realizó el estudio histopatológico, diagnóstico, redacción y aprobación final del manuscrito.

DLE: recolectó los datos, participó en la redacción y aprobó el manuscrito final.

AGH: recolectó los datos, diseñó el estudio, revisó la bibliografía, participó en la redacción y aprobó el manuscrito final.

WLB: recolectó los datos, diseñó el estudio, revisó la bibliografía, participó en la redacción y aprobó el manuscrito final.

Referencias

1. Amarista-Rojas FJ, Carrera L, Villarroel-Dorrego M, Reyes O. Displasia ósea florida. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Odont Mex* [Internet]. 2016 Jun [citado 2024 Nov 19];20(2):123-127. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2016000200123&lng=es. DOI: 10.1016/j.rodex.2016.04.008.
2. Badilla R, Martínez J, Riquelme E, Aravena J, Matus G. Displasia cemento ósea florida: reporte de un caso. *Int J Interdiscip Dent* [Internet]. 2023 Dec [citado 2024 Nov 06];16(3):221-223. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S245255882023000300221&lng=es. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S2452-55882023000300221>.
3. Beals-Briceño P, Hidalgo-Rivas A, Schilling-Lara J. Florid cemento-osseous dysplasia: a case report. *Av Odontostomatol* [Internet]. 2024 Jun [citado 2024 Oct 20]; 40(2): 38-43. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852024000200002&lng=es. Epub 02-Oct-2024.
4. 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.
5. Singer S, Mupparapu M, Rinaggio J. Florid cemento-osseous dysplasia and chronic diffuse osteomyelitis: report of a simultaneous presentation and review of the literature. *J Am Dent Assoc*. 2005;136:927-31.
6. Kutluay H, Cankal D, Bozkaya S. Florid cemento-osseous dysplasia: report of a case documented with clinical, radiographic, biochemical and histological findings. *J Clin Exp Dent*. 2013;5:e58-61.
7. Melrose RJ, Abrams AM, Mills BG. Florid osseous dysplasia. A clinical-pathologic study of thirty-four cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1976;41:62-82.
8. 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.
9. Benaessa MMS. Cemento-osseous dysplasia: a retrospective clinico-pathological study [tesis]. Johannesburg: University of the Witwatersrand, MSc(Dent) Oral Pathology; 2018.
10. De Noronha SNJ, Machado CJ, Miranda AM, Pires FR. 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. DOI: 10.1016/j.oooo.2012.05.022.
11. Damm DD, Fantasia JE. Radiolucidez mixta multifocal. Displasia cemento-ósea florida. *Gen Dent*. 2001;49:461-538.

12. Summerlin DJ, Tomich CE. Displasia cemento-ósea focal: un estudio clinicopatológico de 221 casos. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1994;78:611-20.
13. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. Oral pathology: clinical pathologic correlations. 7th ed. Elsevier; 2016. Cap. 11, p. 269-289.
14. Cawson RA, Odell EW. Cawson: fundamentos de medicina y patología oral. 9.^a ed. Barcelona: Elsevier España; 2017. XV, 543 p.
15. Martínez-Irías MR, Llaguno-Rubios JM, Arriola-Guillén LE. Displasia ósea florida: signos imagenológicos reportados en artículos odontológicos publicado entre el 2012 y 2021. *Avances en Odontoestomatología*. 2023;39(6) 266-271.
16. Carvalho de Melo AU, Ferreira Ribeiro C, de Santana Santos T, Barreto Aguiar L, Azevedo Rocha B, Almeida Júnior P, et al. La displasia cemento ósea florida y su diagnóstico diferencial. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2011 Sep [citado 2024 Nov 19];48(3):293-300. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000300012&lng=es.
17. Beals Briceño A, Hidalgo Rivas J, Schilling Lara J. Displasia cemento-ósea florida: reporte de caso. *Avances en Odontoestomatología*. 2024; 40(2):38-43.