



Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial

Publicación Oficial de la SECOM CyC Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial y de Cabeza y Cuello

Artículo Aceptado para su pre-publicación / Article Accepted for pre-publication

Título / Title:

Fibroma Osificante Juvenil Psamomatoide: Presentación Atípica de una Entidad Benigna / Psammomatoid Juvenile Ossifying Fibroma: Atypical Presentation of a Benign Entity

Autores / Authors:

Felipe Saavedra-Vásquez, Francisca Donoso-Hofer, Patricio Rojas Campos, Felipe Lillo Valdés

DOI: [10.20986/recom.2026.1759/2026](https://doi.org/10.20986/recom.2026.1759/2026)

Instrucciones de citación para el artículo / Citation instructions for the article:

Saavedra-Vásquez Felipe, Donoso-Hofer Francisca, Rojas Campos Patricio, Lillo Valdés Felipe. Fibroma Osificante Juvenil Psamomatoide: Presentación Atípica de una Entidad Benigna / Psammomatoid Juvenile Ossifying Fibroma: Atypical Presentation of a Benign Entity. j.maxilo 2026. doi: 10.20986/recom.2026.1759/2026.



Este es un archivo PDF de un manuscrito inédito que ha sido aceptado para su publicación en la *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*. Como un servicio a nuestros clientes estamos proporcionando esta primera versión del manuscrito en estado de prepublicación. El manuscrito será sometido a la corrección de estilo final, composición y revisión de la prueba resultante antes de que se publique en su forma final. Tenga en cuenta que durante el proceso de producción se pueden dar errores, lo que podría afectar el contenido final. El copyright y todos los derechos legales que se aplican al artículo pertenecen a la *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*.

FIBROMA OSIFICANTE JUVENIL PSAMOMATOIDE: PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UNA ENTIDAD BENIGNA

PSAMMOMATOID JUVENILE OSSIFYING FIBROMA: ATYPICAL PRESENTATION OF A BENIGN ENTITY

Felipe Saavedra Vásquez¹, Patricio Rojas Campos¹, Francisca Donoso Hofer¹ y Felipe Lillo Valdés²

¹Servicio de Cirugía Maxilofacial. Hospital San Juan de Dios. Santiago de Chile, Chile. ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital San Juan de Dios. Santiago de Chile, Chile

CORRESPONDENCIA:

Felipe Saavedra-Vásquez

felipe.saavedra@ug.uchile.cl

Recibido: 20-04-2026

Aceptado: 17-07-2026

RESUMEN

El fibroma osificante juvenil psamomatoide (FOJP) es una neoplasia fibro-ósea benigna, pero de comportamiento clínico agresivo, que afecta predominantemente el tercio medio facial en niños y adolescentes. El diagnóstico de FOJP, tanto clínico como por imágenes, es complejo debido a su posible coexistencia sincrónica con lesiones localmente más destructivas, como el quiste óseo aneurismático. Se presenta un caso atípico de una paciente adulta joven con una lesión mandibular dolorosa. Los hallazgos radiológicos sugieren una lesión de densidad mixta con probable cavitación aneurismática. El estudio histopatológico definitivo fue crucial para el diagnóstico diferencial: evidenció exclusivamente un estroma celular con abundantes cuerpos de psamoma, confirmando el diagnóstico de FOJP aislado y descartando la coexistencia de un quiste óseo aneurismático. La evolución a corto plazo demostró una adecuada neoformación ósea. Este caso resalta la

rareza epidemiológica y topográfica de esta lesión, enfatizando la necesidad de un diagnóstico histopatológico riguroso. Dicho rigor es indispensable para descartar entidades más agresivas, evitar el sobretratamiento quirúrgico innecesario y justificar terapias conservadoras que minimicen la morbilidad funcional y estética.

Palabras clave: fibroma osificante, fibroma osificante juvenil, patología oral

ABSTRACT

Psammomatoid juvenile ossifying fibroma (PJOF) is a benign fibro-osseous neoplasm with locally aggressive clinical behavior that predominantly affects the midface in children and adolescents. The diagnosis of PJOF, both clinically and radiologically, is challenging because of its possible synchronous coexistence with more locally destructive lesions, such as aneurysmal bone cyst. We report an atypical case of a young adult woman presenting with a painful mandibular lesion. Radiological findings suggested a mixed-density lesion with probable aneurysmal cavitation. Definitive histopathological examination was crucial for the differential diagnosis, revealing only a cellular stroma containing numerous psammoma bodies, thereby confirming the diagnosis of isolated PJOF and excluding the coexistence of an aneurysmal bone cyst. Short-term follow-up demonstrated satisfactory new bone formation. This case highlights the epidemiological and anatomical rarity of this lesion and emphasizes the need for a thorough histopathological evaluation. Such a rigorous diagnostic approach is essential to rule out more aggressive entities, avoid unnecessary extensive surgical treatment, and support conservative therapeutic strategies aimed at minimizing functional and aesthetic morbidity.

Keywords: Ossifying fibroma, juvenile ossifying fibroma, oral pathology.

INTRODUCCIÓN

El fibroma osificante juvenil (FOJ) es una neoplasia fibro-ósea benigna que se distingue del fibroma osificante convencional por su aparición predominante en menores de 15 años y su

comportamiento clínico agresivo^{1,2}. Esta entidad se clasifica en dos variantes histopatológicas principales: el FOJ trabecular (FOJT) y el FOJ psamomatoide (FOJP). La variante psamomatoide se caracteriza a nivel histológico por la proliferación de un estroma fibroso celular que alberga calcificaciones esféricas u ovaladas altamente mineralizadas con laminaciones concéntricas, conocidas como cuerpos de psamoma³.

El FOJP es una patología agresiva de crecimiento rápido, con predilección por senos paranasales, órbita y base de cráneo, pudiendo causar asimetría facial y comprometer estructuras vitales⁴. Su manejo es desafiante debido a la alta tasa de recidiva (hasta el 50 %) con tratamientos conservadores como la enucleación y el curetaje⁵. Además, su diagnóstico clínico y radiológico suele ser complejo, presentando imágenes de densidad mixta, variando desde un patrón de “vidrio esmerilado” hasta áreas de apariencia locular y, en ocasiones, coexisten con otras lesiones benignas agresivas, lo que exacerba su agresividad clínica y obliga a replantear el enfoque quirúrgico⁶.

A continuación, se presenta un caso de FOJP de presentación anatómica atípica y discordancia entre los hallazgos radiológicos e histopatológicos, tratado con un abordaje conservador inicialmente exitoso.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino, de 25 años, sin antecedentes mórbidos, derivada desde su centro hospitalario regional con un estudio radiológico previo de tomografía computarizada *cone beam* (TCCB) y un informe de biopsia incisional con el diagnóstico de fibroma osificante juvenil psamomatoide. La paciente había consultado previamente en un centro de salud privado, donde el plan de tratamiento propuesto incluía una resección en bloque y un colgajo microvascularizado de peroné para la reconstrucción mandibular.

Clínicamente, la lesión se manifestó con dolor leve en el cuerpo mandibular izquierdo, con una evolución de un año aproximadamente. Al examen clínico no presentó aumentos de volumen extra ni intraorales (Figura 1).

En la TCCB, se informó una lesión en el cuerpo mandibular izquierdo de densidad mixta, con forma ovalada, límites netos y un tamaño de 27,9 x 20,6 x 13 mm en sentido mesiodistal, craneocaudal y vestibulolingual, respectivamente. La lesión presentaba una mezcla de

densidades radiolúcidas y radiopacas, expansión de las corticales óseas y desplazamiento de las raíces y del canal mandibular. Igualmente, se sugirió una posible cavitación aneurismática en la zona más medial y caudal de la lesión (Figura 2).

La paciente fue ingresada para intervención quirúrgica bajo anestesia general. Mediante un abordaje intraoral con incisión crevicular y exposición de la cara vestibular del cuerpo mandibular, se accedió a la lesión utilizando instrumental rotatorio. Posteriormente, se realizó la enucleación y la ostectomía periférica mediante el fresado del lecho quirúrgico. Además, se incluyó la exodoncia de los dientes 3.5 y 3.6 y de los cuatro terceros molares. La lesión obtenida poseía un aspecto mixto y disgregado. El estudio histopatológico reveló un tejido compuesto por un estroma fibroso y abundantes cuerpos de psamoma, confirmando el diagnóstico de fibroma osificante juvenil psamomatoide (Figura 3). A los 6 meses de seguimiento, la paciente no presenta nuevos aumentos de volumen ni sintomatología dolorosa. Radiográficamente, se observa una osificación progresiva de la región intervenida (Figura 4).

DISCUSIÓN

El FOJ se encuentra clasificado como una lesión fibro-ósea de comportamiento tumoral benigno y tiene una etiología aún indefinida⁷. Se ha sugerido su origen en células pluripotenciales del ligamento periodontal, basándose en su capacidad para formar cemento y tejido osteoide⁵. Sin embargo, la presencia de FOJ en estructuras craneofaciales sin ligamento periodontal y fuera del territorio maxilofacial refuta parcialmente esta teoría, sugiriendo que no es totalmente de origen odontogénico³.

En el caso presentado, la paciente consultó inicialmente por dolor, lo que contrasta con la literatura científica existente, donde la manifestación clínica más frecuente es la asimetría facial, presente en un 66 % de los casos de fibroma osificante maxilar y mandibular⁸. El dolor y la movilidad dentaria son hallazgos menos comunes, lo que se puede explicar por el crecimiento lento que presentan habitualmente estas lesiones².

A diferencia del fibroma osificante (FO) convencional, el FOJ presenta una mayor predilección por el sexo masculino y se localiza predominantemente en el maxilar superior¹. Específicamente, el FOJP suele afectar a pacientes de entre 16 y 33 años con una marcada

frecuencia en los senos paranasales (70 %), mientras que en la mandíbula se presenta solo en un 22,1 % de los casos⁵.

Aunque la apariencia radiológica típica del FO es un área radiolúcida central con periferia radiopaca³, en este caso se observó una radiopacidad mixta con áreas radiolúcidas quísticas bien delimitadas. Esta discrepancia es importante, ya que las lesiones combinadas de fibroma osificante y quiste óseo aneurismático (hasta 14,8 % de los casos) tienen mayor riesgo de recidiva⁶. A pesar de que la radiología sugirió componentes quísticos, la histopatología definitiva, no encontró cavidades con contenido hemático. Esto evitó un pronóstico de recidiva erróneo basado solo en estudios de imagen.

La elección del abordaje terapéutico frente al FOJ plantea una disyuntiva clínica fundamental entre el control local de la enfermedad y la morbilidad quirúrgica asociada. El tratamiento más utilizado para el FOJ es la enucleación quirúrgica de la lesión. No obstante, debido a la elevada tasa de recidiva de esta alternativa, la literatura a menudo sugiere la resección en bloque como tratamiento definitivo para evitar recurrencias⁵.

Dada la juventud de la paciente, se descartó la resección quirúrgica radical por su alta morbilidad (alteraciones masticatorias, defectos estéticos permanentes y necesidad de reconstrucciones microvasculares complejas) y la ausencia de otras lesiones concomitantes⁵. En su lugar, se realizó una enucleación complementada con ostectomía periférica mediante el fresado del lecho quirúrgico. Esta combinación reduce la tasa de recidiva a un 12,5 %, siendo una terapia superior a la enucleación o el curetaje, ya que favorecería la eliminación de focos microscópicos, preservando la integridad anatómica y la calidad de vida⁵. Por otra parte, la ubicación mandibular aparece como una ventaja para el abordaje conservador debido al grosor de su hueso cortical remanente, lo que favorecería la integridad estructural, y la ausencia de relación con estructuras anatómicas vitales como la cavidad nasal u órbita, la cual suele estar presente en esta patología⁹.

Como resultado, a los 6 meses se pudo comprobar una osificación rápida que favorecerá la futura rehabilitación, lo que significa un resultado inicial exitoso. Sin embargo, considerando que la recidiva del FO puede ocurrir entre los 6 meses y los 7 años⁸ posteriores a la intervención, se debe mantener un régimen de controles estrictos, que la literatura sugiere que debe extenderse hasta los 10 años¹⁰.

Este caso clínico subraya la importancia de un enfoque terapéutico individualizado en el manejo del FOJP, particularmente en localizaciones atípicas como la mandíbula y en pacientes jóvenes. Se demuestra que, a pesar de la agresividad biológica intrínseca del FOJP y las recomendaciones predominantes de resección en bloque, un abordaje conservador como la enucleación con ostectomía periférica puede ser inicialmente exitoso. El caso también resalta la discrepancia potencial entre los hallazgos radiográficos y el diagnóstico histopatológico definitivo, enfatizando la necesidad de confirmación histológica para evitar tratamientos excesivamente radicales basados en una sospecha de lesiones combinadas. Finalmente, el resultado favorable a corto plazo, si bien prometedor, recalca la necesidad de un seguimiento estricto y prolongado debido al riesgo conocido de recidiva tardía de esta patología.

ÉTICA DE LA PUBLICACIÓN

El presente estudio se llevó a cabo respetando los principios éticos y las recomendaciones internacionales para la investigación médica en seres humanos, conforme a lo establecido en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, en su revisión del año 2013.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses en relación con el presente trabajo.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gautier B, Dugast S, Guyonvarc'h P, Longis J, Corre P, Bertin H. Ossifying fibroma and juvenile ossifying fibroma: A systematic review on clinical and radiological parameters,

- treatment modalities and recurrence. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg.* 2025;126(4):102185. DOI: 10.1016/j.jormas.2024.102185.
2. Astudillo Ramírez M, Soto Galaz R, Lazo Perez D, Mardones Muñoz M. Planificación digital en tratamiento de fibroma osificante juvenil psamomatoide maxilar. Presentación de un caso. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac.* 2022;44(2):75-8. DOI: 10.20986/recom.2022.1341/2021.
 3. Baumhoer D, Haefliger S, Ameline B, Hartmann W, Amary F, Cleven A, et al. Ossifying Fibroma of Non-odontogenic Origin: A Fibro-osseous Lesion in the Craniofacial Skeleton to be (Re-)considered. *Head Neck Pathol.* 2022;16(1):257-67. DOI: 10.1007/s12105-021-01351-3.
 4. El-Mofty S. Psammomatoid and trabecular juvenile ossifying fibroma of the craniofacial skeleton: Two distinct clinicopathologic entities. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology.* 2002;93(3):296-304. DOI: 10.1067/moe.2002.121545.
 5. Chrcanovic BR, Gomez RS. Juvenile ossifying fibroma of the jaws and paranasal sinuses: a systematic review of the cases reported in the literature. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2020;49(1):28-37. DOI: 10.1016/j.ijom.2019.06.029.
 6. Sarode SC, Sarode GS, Ingale Y, Ingale M, Majumdar B, Patil N, et al. Recurrent Juvenile Psammomatoid Ossifying Fibroma with Secondary Aneurysmal Bone Cyst of the Maxilla: A Case Report and Review of Literature. *Clin Pract.* 2018;8(3):1085. DOI: 10.4081/cp.2018.1085.
 7. Nilesh K, Punde P, Patil NS, Gautam A. Central ossifying fibroma of mandible. *BMJ Case Rep.* 2020;13(12):e239286. DOI: 10.1136/bcr-2020-239286.
 8. MacDonald-Jankowski DS. Fibro-osseous lesions of the face and jaws. *Clin Radiol.* 2004;59(1):11-25. DOI: 10.1016/j.crad.2003.07.003.
 9. Chrcanovic BR, Freire-Maia B. An expanded juvenile ossifying fibroma in maxillary sinus: a case report. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg.* 2011;37(2):127. DOI: 10.5125/jkaoms.2011.37.2.127.
 10. Chidzonga M, Sunhwa E, Makunike-Mutasa R. Ossifying Fibroma in the Maxilla and Mandible: A Case Report With a Brief Literature Review. *Cureus.* 2023;15(1):e34257. DOI: 10.7759/cureus.34257.

Figura 1. Examen físico: A) fotografía extraoral; B) fotografía intraoral de la zona de la lesión.

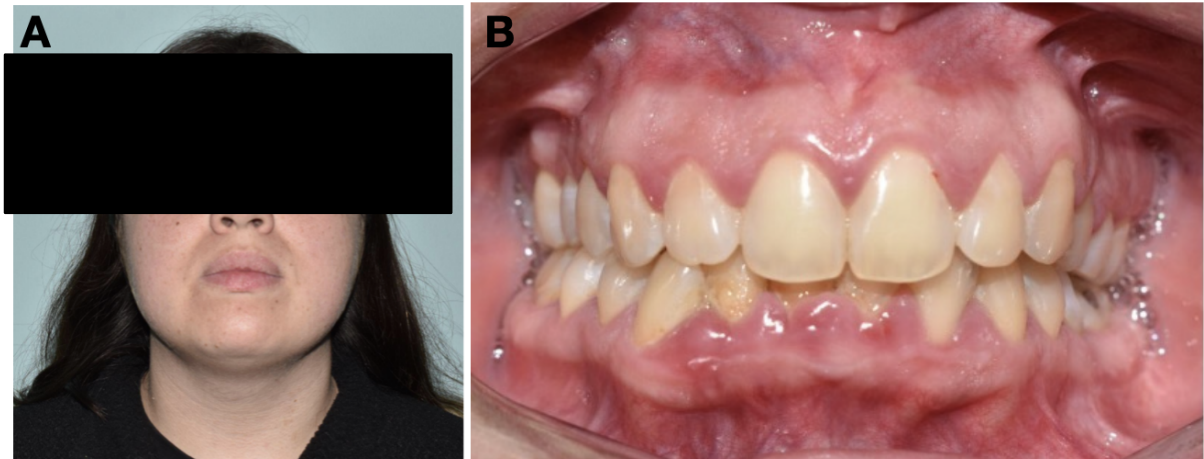


Figura 2. Tomografía computarizada *Cone Beam*: A) vista axial de la lesión; B) vista sagital de la lesión con medidas en milímetros.

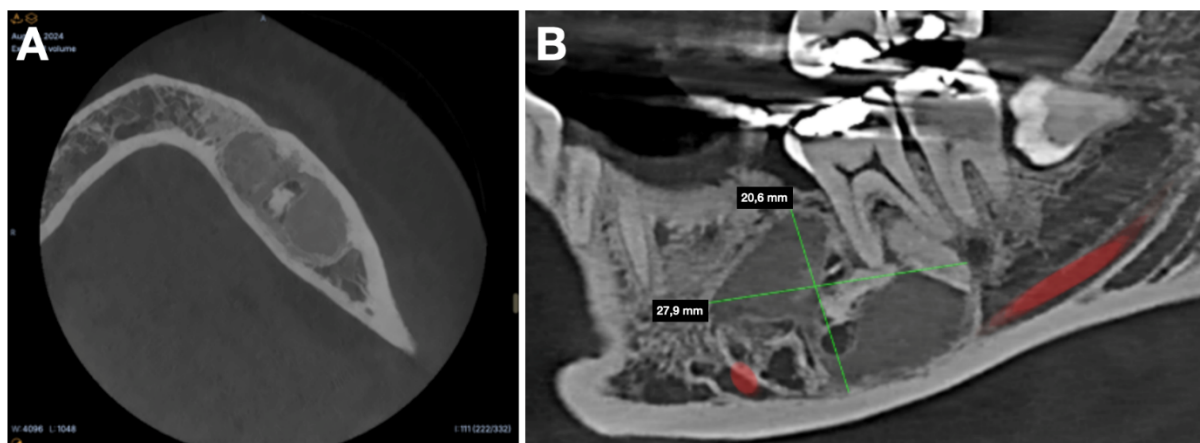


Figura 3. Microfotografías biopsia: A) 10 x estroma fibroso con abundante cantidad de cuerpos de psamoma; B) 40 x cuerpos de psamoma.

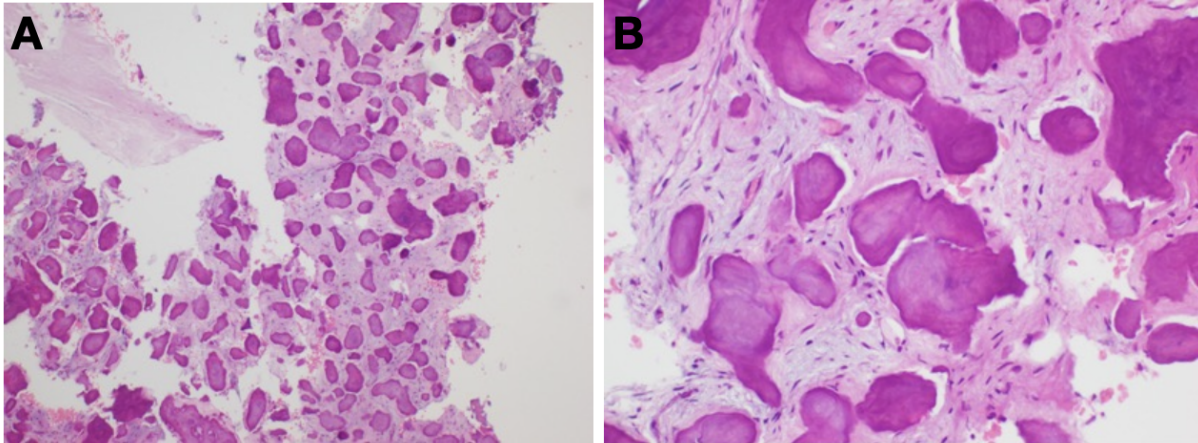


Figura 4. Evidencia radiográfica de osificación: A) radiografía panorámica de ingreso; B) control con radiografía panorámica a los 6 meses postoperatorio.

