

Reporte de Caso

Fibromatosis gingival. Diagnóstico y tratamiento: Reporte de un caso

Ceccarelli-Calle JF, Ricaldi-Camahualí J, Berastain-Arenas JF. Fibromatosis gingival. Diagnóstico y tratamiento: Reporte de un caso. Rev Estomatol Herediana. 2010; 20(3):161-165.

Juan Francisco Ceccarelli Calle¹
Jennifer Nadia Ricaldi Camahualí²
Juan Francisco Berastain-Arenas³

¹Residente en Periodoncia e Implantes Dentales.

²Residente en Odontología Pediátrica.

³Docente del Departamento Académico de Clínica Estomatológica. Facultad de Estomatología. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Correspondencia

Juan Francisco Ceccarelli Calle
Jr. Alfonso Ugarte 366 - Lima 31, Perú
Teléfono: 945119290
e-mail: juan_ceccarelli@hotmail.com.

Recibido : 19 de abril de 2010

Aceptado : 15 de agosto de 2010

RESUMEN

La fibromatosis gingival es una deformidad desarrollada de baja prevalencia. Las características clínicas de la FG incluyen tejidos gingivales hiperplásicos de consistencia firme y nodular, presentándose en forma generalizada o localizada. Las características histológicas de la FG incluyen principalmente tejido conectivo con un denso infiltrado rico en fibras de colágeno y un epitelio denso con papilas epiteliales largas. Se presenta un reporte de caso de un paciente masculino de 12 años referido para su tratamiento al servicio de Periodoncia e Implantes dentales de la Clínica Estomatológica Central de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Palabras clave: FIBROMATOSIS GINGIVAL / SOBRECRECIMIENTO GINGIVAL.

Gingival fibromatosis. Diagnosis and treatment: Case report

ABSTRACT

Gingival fibromatosis is a developed deformity with low prevalence. The clinical features of FG include hyperplastic gingival tissues usually firm and nodular, occurring in a generalized or localized form. The histologic features of FG mainly include connective tissue with a dense infiltrate rich in collagen fibers and dense epithelium with epithelial papillae long. This is a case report of a male patient of 12 years referred for treatment to a Periodontics and Implants Service of the Central Dental Clinic of the Cayetano Heredia Peruvian University.

Keywords: GINGIVAL FIBROMATOSIS / GINGIVAL OVERGROWTH.

Introducción

La fibromatosis gingival (FG), también conocida como elefantiasis gingival, hiperplasia gingival hereditaria, fibromatosis idiopática o hipertrofia gingival, es una deformidad desarrollada de baja prevalencia (1 en 750000), caracterizada por una progresión lenta (1). El componente hereditario es autosómico dominante (3), sin embargo algunos estudios reportan un componente recesivo. La fibromatosis gingival puede desarrollarse de manera aislada o en conjunción con otros desórdenes o como parte de un síndrome, entre los cuales están la epilepsia, hipertricosis, síndrome de Zimmerman-Laband, síndrome de Murray-Puretic-Drescher, síndrome de Rutherford, síndrome de Cowden y el síndrome de Cross (4). La fibromatosis gingival hereditaria está asociada a familias con pérdida de la audición, hipertelorismo, piezas dentarias supernumerarias, querubismo con características pre malignas, deficiencia de hormona de crecimiento y periodontitis generalizada. En algunos casos y

como parte de síndromes se ha observado la presencia de epilepsia, dificultad para el aprendizaje y pérdida sensorial (5-7).

Las características clínicas de la FG incluyen tejidos gingivales hiperplásicos de consistencia firme y nodular, lo cuales pueden comprometer los tejidos bucales, linguales y/o palatinos. El agrandamiento gingival puede presentarse de manera localizada o generalizada (8). La severidad varía de moderado a severo, incluso diferenciándose entre individuos de la misma familia (2,9). Las características pueden desarrollarse desde el nacimiento, como también permanecer en estado latente hasta la erupción de piezas deciduas o permanentes (10).

Las características histológicas de la FG incluyen principalmente tejido conectivo con un denso infiltrado rico en fibras de colágeno y un epitelio denso con papilas epiteliales largas (10). Así mismo se ha reportado la presencia de pequeñas partículas calcificadas y pequeños focos de tejido óseo (11,12). Las características

histológicas no son específicas, por lo cual es necesario un examen e historia clínica (8).

La identificación de mutaciones genéticas relacionadas a la FG proporciona herramientas para el diagnóstico de la enfermedad. Los pacientes con FG muestran diferencias en cuanto a componente hereditario, el tiempo de aparición y gravedad de la enfermedad. La FG puede estar presente como una enfermedad aislada o como parte de un síndrome, siendo probable que sea genéticamente heterogénea. En consecuencia, varios cromosomas y regiones cromosómicas que pueden contener genes mutados se han asociado a la FG. Varios estudios han señalado las mutaciones en el cromosoma 2 como una posible causa. Originalmente la región de 2p13-p21 en el cromosoma 2 estuvo asociada con una forma sindrómica de FG, sin embargo posteriormente se observó que la región 2p13-2p16 era la afectada. Sorprendentemente las diferentes formas genéticas de la FG presentan similares resultados histológicos, lo que sugiere que las mutaciones afectan diferentes

niveles de la misma vía celular o molecular. El descubrimiento de la mutación en SOS-1 (mutación de un gen que codifica el factor de cambio de guanina) permitirá a los investigadores, por primera vez, investigar sobre algunos de los mecanismos de señalización implicados en la FG (7).

El propósito de este trabajo es presentar el manejo clínico de un caso de fibromatosis gingival, atendido en el servicio de Periodoncia e Implantes de la Clínica Estomatológica Central de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Reporte de caso

Se presenta el caso de un paciente de masculino de 12 años, el cual es referido al servicio de Periodoncia e Implantes dentales por parte del servicio de Odontología Pediátrica de la Clínica Estomatológica Central de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en Junio del 2009. A la anamnesis la madre refiere que observó el aumento de volumen de los tejidos gingivales de su hijo a la edad de 6 años, coincidiendo con la exfoliación de dientes deciduos. A los 9 años acude a la consulta particular en donde le realizan un tratamiento quirúrgico con láser, reduciendo de esta manera el volumen de los tejidos. Sin embargo, la madre refiere que observó una rápida recidiva de la alteración. No

se refiere antecedentes familiares.

Evaluación clínica

Al examen clínico extraoral el paciente evidencia un perfil convexo, normodivergente, con hipertonicidad del mentón para lograr un sellado bucal por incompetencia labial. (Fig 1A y 1B)

Al examen clínico intraoral presenta agrandamiento generalizado de los tejidos gingivales, dentición permanente, forma de arcos ovoides, frenillo lingual corto y pigmentaciones melánicas en la encía adherida de los dientes anterosuperiores. Los tejidos gingivales no muestran sangrado a la exploración, presentan consistencia firme, extendiéndose hasta cubrir las coronas clínicas de las piezas posterosuperiores y 1/3 de las coronas inferiores y

anterosuperiores. (Fig. 2A, 2B, 3A y 3B)

La interconsulta al servicio de Ortodoncia refiere la necesidad del tratamiento quirúrgico previo para el tratamiento ortodóncico posterior.

Evaluación radiológica

Al examen radiológico se observa un desarrollo dentario y proceso eruptivo dentro de los parámetros normales (Fig. 4). Así mismo, se realizó una radiografía carpal para determinar la edad ósea siendo el resultado correlativo a su edad cronológica.

Evaluación histopatológica

Previa a la derivación al servicio de Periodoncia, el servicio de Odontopediatría indicó el análisis anatopatológico de los tejidos gingivales.



Fig. 1. Evaluación clínica extraoral frontal y lateral.

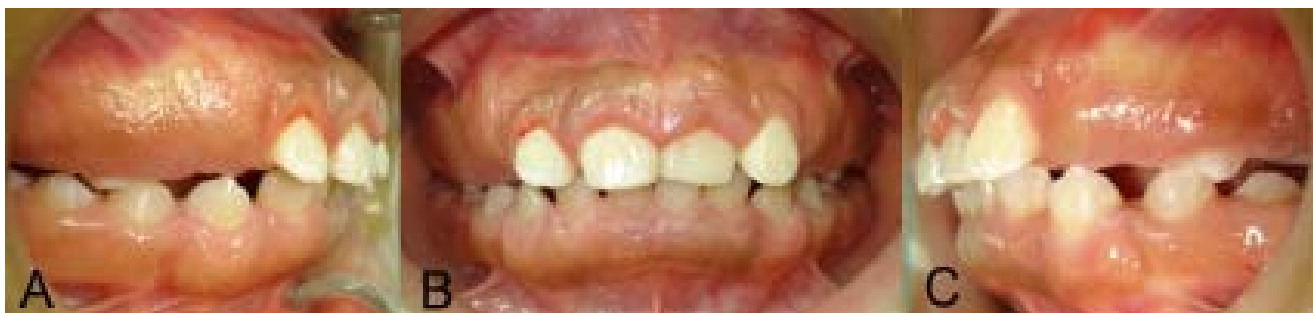


Fig. 2. Evaluación clínica intraoral frontal y lateral.

Al examen histopatológico se observó un epitelio con hiperplasia de crestas epiteliales y superficie paraqueratinizada. La lámina propia mostraba una marcada fibrosis. Dentro del tejido se observaron islas epiteliales correspondientes a la lámina dental y focos de calcificación distrófica (Fig. 5A y 5B).

Evaluación de laboratorio

Se solicitó al paciente diversos exámenes de laboratorio con el fin de evaluar su condición. Las pruebas solicitadas y sus respectivo resultado

fueron: TSH (7,7 U/ml) y hormona de crecimiento (0,31 ng/ml). Al encontrarse la TSH (hormona estimulante de la tiroides) en niveles altos, el especialista le indicó al paciente el consumo de media tableta de 100 mg de Levotiroxina sódica todos los días, siendo su próximo control a los dos meses.

Tratamiento

El paciente fue sometido a una fase inicial de tratamiento periodontal, la cual consistió en la instrucción de higiene oral y

profilaxis simple.

Con el objetivo de disminuir el grosor y altura de los tejidos blandos, se realizó el tratamiento resectivo de los mismos mediante un colgajo a espesor total. Durante el procedimiento quirúrgico se observó tejido óseo irregular en forma y tamaño, por lo cual se realizó una osteoplastia.

El procedimiento quirúrgico se esquematiza en las figuras 6(A-I). Se inició el procedimiento mediante la examinación de la profundidad al sondeo para determinar el diseño de la cirugía (6A y 6B). Se realizó una incisión a bisel externo según los puntos demarcados por el sondaje previo (6C), para luego proceder a realizar una incisión a bisel interno, la remoción del collarín de tejido blando y el decolado (6D, 6F, 6G). Finalmente se procedió al recontorneado de los tejidos óseos, homeostasis y sutura (6H). Post operatorio a una semana (6I).

Se realizaron actos quirúrgicos similares en todos los sextantes dentarios. La figuras 7A, 7B y 7C muestran el estado de los tejidos gingivales después de 2 meses de la última cirugía.

Sin embargo, se observó un aumento de volumen de los tejidos blandos a nivel de las piezas 35 y 36, así como una desarmonía del contorno gingival de las piezas anterosuperiores, motivo por el cual se decidió realizar un ajuste quirúrgico de las zonas mencionadas.

En las figuras 8A, 8B y 8C se aprecia el estado de los tejidos gingivales postratamiento.

Discusión

El tratamiento de la fibromatosis gingival ha sido discutido en la literatura. Diversas técnicas han sido empleadas para la remoción de los tejidos, incluyendo gingivectomía /



Fig. 3. Evaluación clínica intraoral oclusal.

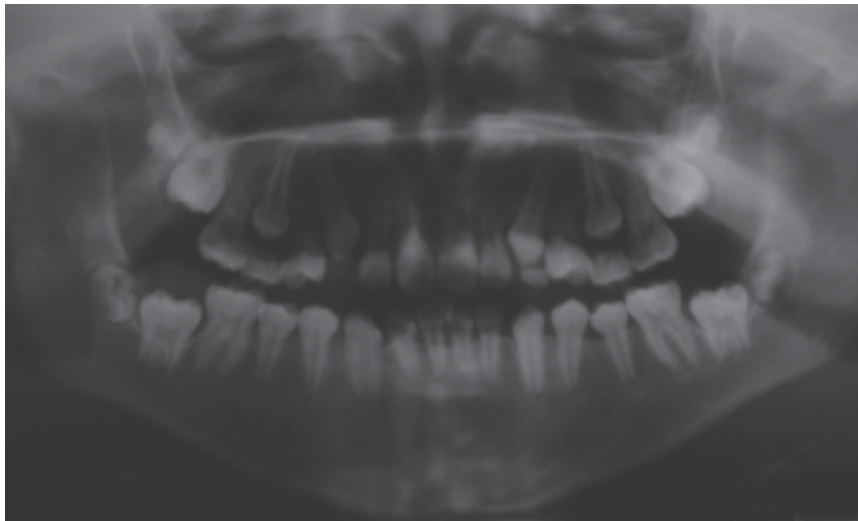


Fig. 4. Evaluación radiológica.

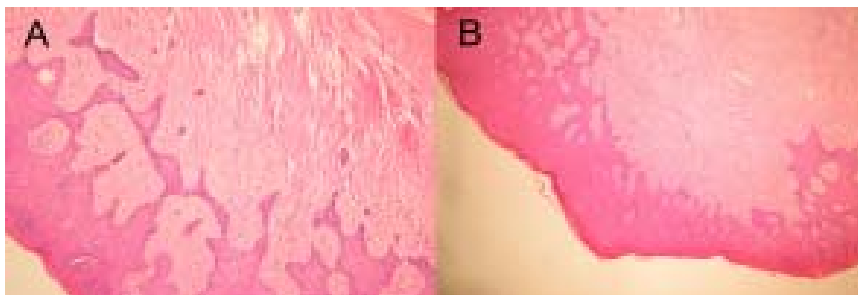


Fig. 5. Evaluación histológica.

gingivoplastia (13-17), colgajo periodontal (10,18,19), electrocirugía (12) y láser de dióxido de carbono (20).

El abordaje utilizado de manera más frecuente es la gingivectomía/gingivoplastia. Sin embargo, la

selección de la técnica depende las características y la severidad del caso. En el presente reporte se describe un caso con gran cantidad de tejido blando, así como presencia de una anatomía ósea alterada, siendo preferible la utilización de la

técnica de colgajo periodontal ya que ésta proporcionará mayor visualización y acceso al área, así como un mejor manejo de los tejidos.

De acuerdo a varios autores, el mejor momento para el tratamiento de la alteración es durante la dentición permanente, ya que su recurrencia se ve disminuida (1,13,21,22). Sin embargo, en algunos casos, un retraso en el tratamiento quirúrgico puede tener consecuencias importantes para el paciente, tales como la retención de la dentición primaria con retraso de la erupción de los dientes permanentes, dificultad en la masticación y la fonación, mal posición dentaria, efectos estéticos y los problemas psicológicos que pueden afectar a los pacientes y familiares (5,6,9,13,14,23).

Autores reportan una relación entre presencia de placa bacteriana y la severidad de la alteración (14,19), sin embargo, también se ha reportado la ausencia de esta relación (22).

La fibromatosis gingival es una alteración que tiene repercusión psicológica, funcional y estética. Su tratamiento y control dependen de la severidad del cuadro.

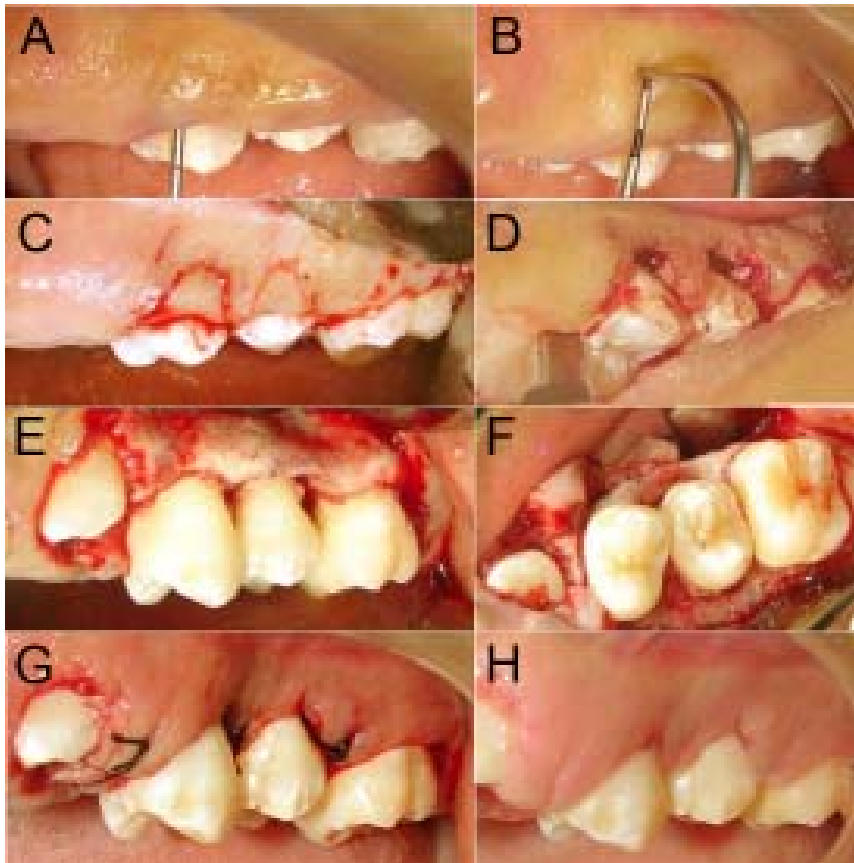


Fig. 6. Colgajo periodontal con osteotomía y gingivoplastia de sextante III.



Fig. 7. Re evaluación de caso.

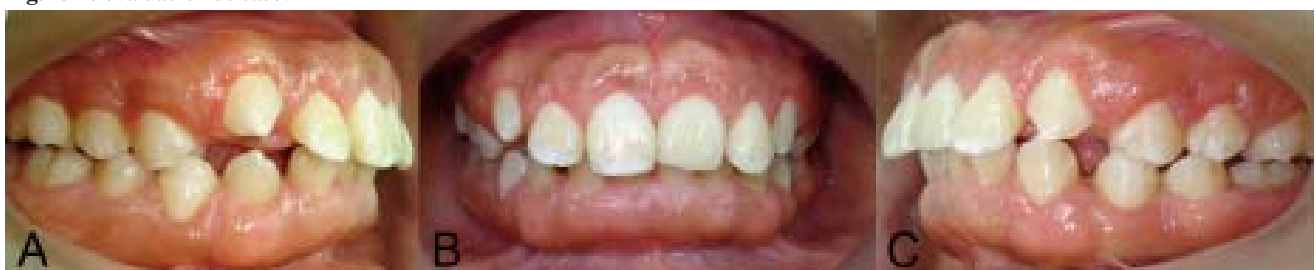


Fig. 8. Evaluación clínica intraoral postratamiento.

Referencias bibliográficas

1. Fletcher JP. Gingival abnormalities of genetic origin: a preliminary communication with special reference to hereditary generalized gingival fibromatosis. *J Dent Res.* 1966; 45(3):597-612.
2. Singer SL, Goldblatt J, Hallam LA, Winters JC. Hereditary gingival fibromatosis with a recessive mode of inheritance. Case reports. *Aust Dent J.* 1993; 38(6):427-32.
3. Hart TC, Pallos D, Bozzo L, Almeida OP, Marazita ML, O'Connell JR, Cortelli JR. Evidence of genetic heterogeneity for hereditary gingival fibromatosis. *J Dent Res.* 2000; 79(10):1758-64.
4. Gorlin RJ, Pinborg JJ, Cohen Jr MM. *Syndromes of the head and neck.* 2nd edition. New York: McGraw Hill; 1976:329-36.
5. Kavvadia K, Pepelassi E, Alexandridis C, Arkadopoulou A, Polyzois G, Tossios K. Gingival fibromatosis and significant tooth eruption delay in an 11-year-old male: a 30-month follow-up. *Int J Paediatr Dent.* 2005; 15(4):294-302.
6. Clocheret K, Dekeyser C, Carels C, Willems G. Idiopathic gingival hyperplasia and orthodontic treatment: a case report. *J Orthod.* 2003; 30(1):13-9.
7. Häkkinen L, Csiszar A. Hereditary gingival fibromatosis: characteristics and novel putative pathogenic mechanisms. *J Dent Res.* 2007; 86(1):25-34.
8. Kelekis-Cholakakis A, Wiltshire WA, Birek C. Treatment and long-term follow-up of a patient with hereditary gingival fibromatosis: a case report. *J Can Dent Assoc.* 2002; 68(5):290-4.
9. Bozzo L, de Almedia OP, Scully C, Aldred MJ. Hereditary gingival fibromatosis. Report of an extensive four-generation pedigree. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1994; 78(4):452-4.
10. Sengün D, Hatipoğlu H, Hatipoğlu MG. Long-term uncontrolled hereditary gingival fibromatosis: a case report. *J Contemp Dent Pract.* 2007; 8(1):90-6.
11. Raeste AM, Collan Y, Kilpinen E. Hereditary fibrous hyperplasia of the gingiva with varying penetrance and expressivity. *Scand J Dent Res.* 1978; 86(5):357-65.
12. Zackin SJ, Weisberger D. Hereditary gingival fibromatosis. Report of a family. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1961; 14:828-36.
13. Bittencourt LP, Campos V, Moliterno LFM, Ribeiro DP, Sampaio. Hereditary gingival fibromatosis: Review of the literature and a case report. *Quintessence Int.* 2000; 31(6):415-8.
14. Ramer M, Marrone J, Stahl B, Burakoff R. Hereditary gingival fibromatosis: identification, treatment, control. *J Am Dent Assoc.* 1996; 127(4):493-5.
15. Avelar RL, Campos GJ, Falcao PG, Araujo FA, de Carvalho RW, Andrade ES. Hereditary gingival fibromatosis: a report of four cases in the same family. *Quintessence Int.* 2010; 41(2):99-102.
16. Martelli-Júnior H, Bonan PR, Dos Santos LA, Santos SM, Cavalcanti MG, Coletta RD. Case reports of a new syndrome associating gingival fibromatosis and dental abnormalities in a consanguineous family. *J Periodontol.* 2008; 79(7):1287-96.
17. Lobão DS, Silva LC, Soares RV, Cruz RA. Idiopathic gingival fibromatosis: a case report. *Quintessence Int.* 2007; 38(8):699-704.
18. Brown RS, Trejo PM, Weltman R, Pinero G. Treatment of a patient with hereditary gingival fibromatosis: a case report. *Spec Care Dentist.* 1995; 15(4):149-53.
19. Kavvadia K, Pepelassi E, Alexandridis C, Arkadopoulou A, Polyzois G, Tossios K. Gingival fibromatosis and significant tooth eruption delay in an 11-year-old male: a 30-month follow-up. *Int J Paediatr Dent.* 2005; 15(4):294-302.
20. Redman RS, Ward CC, Patterson RH. Focus of epithelial dysplasia arising in hereditary gingival fibromatosis. *J Periodontol.* 1985; 56(3):158-62.
21. Cuestas-Carnero R, Bornancini CA. Hereditary generalized gingival fibromatosis associated with hypertrichosis: report of five cases in one family. *J Oral Maxillofac Surg.* 1988; 46(5):415-20.
22. Emerson TG. Hereditary gingival hyperplasia. A family pedigree of four generations. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1965; 19:1-9.
23. Baptista IP. Hereditary gingival fibromatosis: a case report. *J Clin Periodontol.* 2002; 29(9):871-4.