

MANEJO ODONTOPEDIÁTRICO DE FIBROMA DE CÉLULAS GIGANTES: REPORTE DE CASO CLÍNICO

PEDIATRIC DENTAL MANAGEMENT FIBROMA GIANT CELL: CASE REPORT

Ingrid Góngora-León^{1a}; Katterine Molina-Arredondo^{1a}; Mariela Romero-Velarde^{1b}; Evelyn- Paredes^{1b}.

RESUMEN

El presente reporte relata el caso clínico de un infante de sexo femenino de 3 años y 1 mes de edad que asiste a la clínica especializada de Postgrado de Odontopediatria de la Universidad de San Martín de Porres Lima – Perú, al examen clínico la paciente presenta una lesión de tejido blando de aproximadamente de 1 cm de diámetro, de forma redondeada, con apariencia lisa, brillante y bien delimitada y presenta un pedículo a la altura de los incisivos inferiores deciduos creando un diastema entre ambas piezas. Se decide realizar la extirpación quirúrgica de la lesión por ser una lesión de crecimiento lento, que está afectando el habla y alimentación del paciente, determinándose al examen histopatológico el diagnóstico de Fibroma de células gigantes. Se destaca la importancia de un correcto diagnóstico y tratamiento de este tipo de lesiones, sobre todo en los primeros años de vida. KIRU. 2016 jul-dic; 13(2): 169-172.

Palabras clave: Fibroma, Células gigantes, Diastema (Fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

The present article, reports a clinical case of a female 37-month-old child, who arrived to the Specialized Dental Clinic of the Pediatric Dentistry Department from the University San Martin de Porres– Peru, at clinical examination the patient showed a soft tissue injury of about 1 cm in diameter, roundish, with smooth, shiny and well-defined limits and presenting a pedicle up to the deciduous lower incisors creating a diastema between the teeth. It was decided to realize surgical removal of the lesion to be a slow-growing lesion that is affecting speech and feeding the patient, determining the histopathology diagnosis of giant cell fibroma. The importance of correct diagnosis and treatment of these injuries, especially in the first years of life is something to highlighted. KIRU. 2016 jul-dic; 13(2): 169-172.

Keywords: Fibroma, Giant Cells, Diastema. (Source: MeSH NLM).

¹Universidad San Martín de Porres. Lima, Perú.

^a Alumna de especialidad de odontopediatria,

^b Docente de especialidad de odontopediatria.

Correspondencia

Mariela Romero

Correo electrónico: mariruth29@yahoo.com.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones fibrosas hiperplásicas de la cavidad oral son muy comunes y se manifiestan en distintos lugares. Estas son generalmente consideradas como de naturaleza reactiva en lugar de neoplásica, son simplemente el crecimiento excesivo de tejido en respuesta a un estímulo; muchas veces el estímulo es la irritación crónica ⁽¹⁾.

El fibroma de células gigantes (GCF) fue descrito por primera vez como una entidad separada entre las lesiones fibrosas hiperplásicas de tejido blando por Weathers y Callihan en la década de 1970. Fue nombrado así, por sus células gigantes característicamente grandes, con forma estrellada, mononucleares y multinucleadas ⁽¹⁾.

Es una lesión no neoplásica de la mucosa oral, representa el 5% al 10% de todas las lesiones fibrosas (2,3). No tienen predilección por el sexo, algunos estudios sugieren que es ligeramente más común en las mujeres y la mayoría de las lesiones se observan en personas antes de los 30 años, por lo que es llamada "lesión de los jóvenes" ^(4,5).

Clínicamente, el GCF se observa como un nódulo de color rojo o púrpura asintomático y papilar, pediculados o sésiles. El tamaño puede variar desde una pequeña pápula a un agrandamiento masivo, pero la mayoría de las lesiones varían de 1 a 2 cm de diámetro. Estas lesiones suelen ser de crecimiento lento y tienden a alcanzar un tamaño máximo y

luego permanecen estáticas. La zona más afectada por los GCF, generalmente es la encía mandibular en una proporción de 2:1 en comparación con el maxilar superior, seguido por la mucosa lingual y bucal. Es por esta razón, que deben incluirse en el diagnóstico diferencial, todas las lesiones fibrosas gingivales, especialmente las que se encuentran en la mandíbula ⁽¹⁾. Debido a sus aspectos clínicos inespecíficos, el diagnóstico clínico puede ser difícil, pudiéndose confundir con un fibroma irritante, neurofibroma, papiloma o granuloma piógeno ⁽⁶⁾.

REPORTE DE CASO

El presente artículo relata el caso clínico de un paciente de sexo femenino de 3 años y 1 mes de edad, que acude a la Clínica Especializada de Posgrado de Odontopediatría de la Universidad de San Martín de Porres Lima – Perú (USMP). A la historia clínica, el paciente se encuentra en ABEG, ABEN, ABENH, como antecedentes, la historia revela una niña sana, producto de un embarazo normal a término y sin complicaciones. La madre refiere que la paciente presenta alergia a la penicilina. Como motivo de consulta odontológica la madre expone que la paciente presenta una lesión en el maxilar inferior con un tiempo de antigüedad de aproximadamente 6 meses. Al examen clínico intraoral, la lesión fue representada por un solo nódulo localizado en la encía mandibular lingual, de apariencia fibrosa y pediculada, de color similar a la mucosa normal, bien delimitada, de forma redondeada de aproximadamente 10 mm de diámetro (Figura 1). La extensión de la lesión abarca la papila interincisal produciendo un diastema entre las piezas 7.1 y 8.1. Una radiografía de la zona afectada reveló que no existía ninguna afectación ósea (Figura 2).



Figura 1. Nódulo localizado en la encía mandibular



Figura 2. Radiografía de la zona afectada

Debido a la relativa complejidad del procedimiento, la edad y poca colaboración de la paciente, se decidió realizar biopsia excisional de la lesión bajo sedación consciente (Figura 3). Bajo anestesia local infiltrativa, colocada alrededor de la lesión, se realizó la extirpación, utilizando una hoja de bisturí número 15 (Figura 4). Después de su eliminación completa se realizó el respectivo curetaje de la zona para evitar recidivas y se colocó cemento quirúrgico, por ser una zona difícil de suturar y evitando así las molestias y complicaciones futuras de una sutura en un paciente de corta edad (Figura 5).



Figura 3. Anestesia infiltrativa



Figura 4. Extirpación con bisturí N° 15



Figura 5. Colocación del cemento

El tejido extirpado fue enviado a un examen histopatológico (Figura 6). El examen microscópico revela proliferación de fibroblastos y fibras de colágeno con abundante sustancia

intercelular, muchos de los fibroblastos son grandes, con bordes angulados y algunos hasta con dos núcleos.



Figura 6. Tejido extirpado de la zona afectada

El epitelio de la superficie es estratificado plano, con hiperplasia de clavos epiteliales, que conducen al diagnóstico de fibroma de células gigantes (Figura 7).

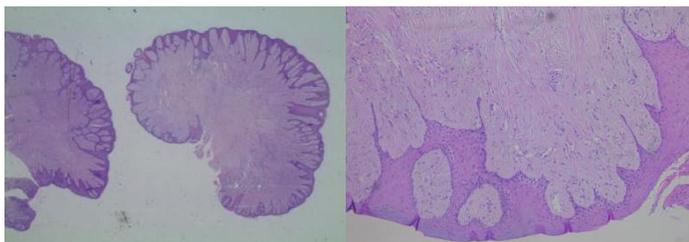


Figura 7. Muestra Histopatológica

Al seguimiento postoperatorio de una semana, el área involucrada se encontraba sanando satisfactoriamente, sin dolor, incomodidad ni dificultad para alimentarse, según lo referido por la madre (Figura 8).



Figura 8. Control a los siete días

DISCUSIÓN

Las hiperplasias fibrosas se consideran proliferaciones reactivas de tejido fibroblástico en lugar de proliferaciones neoplásicas. La mayoría es el resultado de una lesión crónica o irritación. Se tenía la hipótesis que el GCF era inducido por un virus. En la actualidad, se cree que surge como resultado de un estímulo, o un agente etiológico desconocido.

El GCF es un tumor fibroso con distinción clínico-patológica, que representa aproximadamente el 2-5% de todas las

proliferaciones fibrosas orales ⁽²⁾. A diferencia de fibroma traumático; no está asociado con una irritación crónica. Algunos autores hablan que el factor etiológico podría ser una irritación crónica, mientras que otros hablan de una falta de asociación con este tipo de etiología, sin embargo, en el presente caso, se encontró que el factor etiológico era una irritación local crónica.

La importancia de identificar lesiones no neoplásicas está relacionada con la alta incidencia de estos trastornos. Debido a la presencia de características clínicas similares, el diagnóstico clínico, es a menudo, difícil de realizar. Sobre todo, si este se realiza en pacientes de corta edad. Entre las lesiones gingivales que pueden representar un diagnóstico diferencial del GCF encontramos: el granuloma piógeno, el fibroma osificante periférico, hemangiomas, épolis, fibroma irritativo ⁽³⁾ y papiloma ⁽⁴⁾.

La lesión ocurre generalmente en las tres primeras décadas de vida, en aproximadamente 60% de los casos ocurre antes de los 30 años. Investigaciones anteriores muestran predominio de dicha lesión en mujeres. El 50% de los casos estudiados, se producen en la encía. La encía mandibular se ve afectada dos veces más que el homólogo maxilar ⁽²⁾.

En el presente caso clínico, es importante recalcar que existe similitud clínica entre lesiones como el papiloma oral y el fibroma de células gigantes, por lo que el diagnóstico definitivo nos lo dio el componente histológico de la lesión.

El fibroma de células gigantes, es poco frecuente en niños, siendo frecuente en adolescentes y adultos jóvenes. El presente caso muestra un paciente de 3 años de edad, lo que nos brinda un caso interesante e inusual ⁽³⁾.

Dado que los pacientes infantiles que presenten una lesión oral, acudirán como primera opción a la consulta odontológica; es labor del odontopediatra, recaudar datos importantes sobre la salud general del niño y estar preparados e informados sobre las características clínicas de las múltiples lesiones que suelen presentarse en la cavidad oral, incluyendo el lugar más común de recurrencia, debido a que estas lesiones presentan múltiples opciones de diagnóstico diferencial. Así podremos realizar un correcto diagnóstico y plan de tratamiento.

El presente artículo busca dar a conocer las características, clínicas e histológicas del GCF, dado que es poco común que ocurra en niños de tan corta edad, nuestro aporte ayudará a otros clínicos a realizar un correcto diagnóstico y tratamiento.

Contribuciones de autoría: IGL participó en la revisión de la literatura, en el aporte de materiales y tratamiento del paciente, KMA participó en la revisión de la literatura. MRV y EP participó en la redacción del artículo. Todos han realizado una revisión crítica del artículo y han aprobado su versión final.

Fuente de financiamiento: Autofinanciado.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés en la publicación de este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Lukes S., Kuhnert J., Mangels M. Identification of a Giant Cell Fibroma. *Journal of Dental Hygiene* 2005; 79(3): 1 – 14.
2. Sekar B., Augustine D., Murali S. Giant Cell Fibroma - A Case Report With Review of Literature. *Indian Journal of Dental Sciences*. 2011; 3(5): 48 – 50.
3. Sampaio M., Domaneschi C., Daumas F., Weinfeld I. Giant Cell Fibroma of the Maxillary Gingiva in Children: A Case Report. *J Dent Child* 2010; 77: 174-6.
4. Vergotine R. A Giant Cell Fibroma and Focal Fibrous Hyperplasia in a Young Child: A Case Report. *Case Rep Dent*. 2012: 1-5.
5. Lukes S., Lautar Ch. **Access. 2010; 24(10): 16-8.**
6. Butchibabu K., Sushma N., Hussain W., Mishra A. Laser excision of a giant cell fibroma – report of a case and Review of literature. *Aedj* 2010; 2(4):221- 4.
7. Büchner A., Shnaiderman-Shapiro A., Mariena Vered M. Pédiatric Localized Reactive Gingival Lesions: A Retrospective Study from Israel. *Pediatr Dent* 2010;32:486-92.
8. Neville, Brad W., Douglas D., Dean K. *Color Atlas of Clinical Oral Pathology*. 2003: 275-312.
9. Weathers D., Callihan M. Giant-cell fibroma. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*1974; 37: 374.
10. Regezi J., Courtney R., Kerr D. Fibrous lesions of the skin and mucous membranes which contain stellate and multinucleated cells. *Oral Surg. Oral Med, Oral Pathol*. 1975; 39:197.
11. Houston. G. The giant-cell fibroma: A review of 464 cases. *Oral Surg. Oral Med, Oral Pathol*. 1982; 53: 582.
12. Odell E, Lock C, Lombardi T; Phenotypic characterisation of stellate and giant cells in giant cell fibroma by immunocytochemistry. *J Oral Pathol Med* 1994; 23: 284-7.
13. Eversole L., Rovin S. *J oral Path.* 1972; 1(1): 30- 8.
14. Büchner A., Shnaiderman-Shapiro A., Mariena Vered M. Relative frequency of localized reactive hyperplastic lesions of the gingiva: a retrospective study of 1675 cases from Israel. *J Oral Pathol Med*. 2010; 39: 631–638.
15. Weathers D. Campbell G. "Ultrastructure of the giant cell fibroma of the oral mucosa," *Oral Surgery Oral Medicine and Oral Pathology*. 1974; 38(4): 550–61.

Recibido: 16-03-16**Aprobado:** 10-08-16

Citar como: Góngora I, Molina K, Romero M, Paredes E. Manejo odontopediátrico de fibroma de células gigantes: reporte de caso clínico. *Pediatric dental management fibroma giant cell: case report*. KIRU. 2016 jul-dic; 13(2): 167-170.