

Casos Clínicos:

UNA LESIÓN PERIFÉRICA POCO COMÚN. REPORTE DE UN CASO

Recibido para arbitraje: 09/04/2008

Aceptado para publicación: 28/10/2008

- **Od. Orlando Yoris Pérez.** Miembro de la Unidad Científica de Estudiantes
- **Dra. Ligia Pérez.** Patólogo Bucal. Profesora Titular de la Cátedra de Patología Estomatológica
- **Od. Carolina Maalouf.** Cirujano Bucal. Profesora Agregada de la Cátedra de Histología
- **Dra. Esperanza Rodríguez.** Patólogo Bucal. Profesora de la Cátedra de Anatomía Patológica.
- **Dra. Sandra Parra.** Cirujano Bucal. Profesora Asociada de la Cátedra de Patología Estomatológica.

RESUMEN.

El Fibroma Odontogénico Periférico, pertenece al grupo de tumores Odontogénicos Mixtos y es considerado la contraparte de tejido blando del Fibroma Odontogénico Central. Es una lesión gingival benigna poco común, con una ligera preferencia por pacientes entre la segunda y tercera década de la vida, que se caracteriza por ser una masa exofítica, no encapsulada, usualmente de base sesil, cubierta por una mucosa de color normal, firme a la palpación, de crecimiento lento y asintomática. Se localiza con preferencia en la encía vestibular mandibular y generalmente no crece más de 1,5 cm.

El propósito de este trabajo es reportar, previo consentimiento, un caso de un FOP en la encía maxilar de una paciente de 67 años de edad, con características clínicas similares a otras lesiones periféricas. Previa preparación de la paciente se realizó la biopsia escisional, diagnosticándose esta entidad. Se procedió a caracterizarla clínica e histopatológicamente, recalcando su similitud con otras lesiones y resaltando la importancia de su estudio microscópico para poder identificarla, considerando esta patología como un probable diagnóstico diferencial cuando se trate de lesiones periféricas.

Palabras clave: Fibroma, Odontogénico, Periférico, Benigno.

ABSTRACT

The Peripheral Odontogenic Fibroma (POF), belongs to the mixed odontogenic tumors group. It is considered the soft tissue counterpart of the Central Odontogenic Fibroma. It is a rare benign lesion, slightly common between the second and third decade of life. It is described as an exofitic, no encapsulated, sessile mass, covered by a normal appearance mucosa. It is a slow growing, firm and asymptomatic tumor and it is mainly located at the vestibular mandibular gingival. Its size usually is not more than 1,5 cm. The purpose of this paper is to report a POF at the maxillary gingiva of a 67 years old female, with clinical features similar to other peripheral lesions. After routine exams an excisional biopsy was performed and the POF diagnosis was given. Clinical and microscopic features were studied as well as its similarities with other peripheral lesions and the importance of its histopathologic study in order to identify it. This pathology must be considered in the differential diagnosis when peripheral lesions are studied.

Key words: Fibroma, odontogenic, peripheral, benign.

INTRODUCCIÓN

Los tumores Odontogénicos mixtos se definen como aquellos tumores compuestos por epitelio odontogénico, en un ectomesénquima similar a la papila dental. En algunos de ellos ocurre un efecto inductivo de la parte epitelial sobre la mesenquimal, causando la formación de una cantidad variable de esmalte y/o dentina calcificados. Dentro de este grupo se consigue el fibroma Odontogénico el cual puede ser central o periférico, siendo mucho más común el primero.(1)

El Fibroma Odontogénico Periférico (FOP), es reconocido por los autores como la contraparte de tejido blando del Fibroma Odontogénico Central (1-4) y hasta el 2005, solo 27 casos habían sido reportados. Aparece en un amplio rango de edad, con predominio entre la segunda y tercera década de la vida,(1,4) sin embargo, fue reportado en un paciente femenino de cuatro meses de edad, donde se diagnosticó clínicamente un tumor de células granulares del recién nacido, pero luego del procedimiento quirúrgico y el estudio microscópico se identificó como un FOP.(5) Algunos autores hablan de su predilección por el sexo femenino.(1,6) Sus características clínicas son similares a otras lesiones periféricas, observándose como un nódulo firme, de base sesil, del color de la mucosa normal, que no excede 1,5 cm., localizado en la encía, teniendo predilección por la encía vestibular mandibular, en el sector posterior; (1,4,6) son lesiones completamente asintomáticas, excepto si se traumatizan y ulceran;(1) usualmente es solitario, sin embargo, en contadas ocasiones se ha presentado múltiple y asociado a lesiones en otros tejidos, como la piel y globo ocular.(7)

Radiográficamente se observan áreas radiopacas en su interior, correspondientes al tejido dental calcificado, no infiltra el hueso y rara vez causa desplazamiento de los dientes adyacentes.(1)

Su aspecto microscópico es similar a la de su contraparte intraosea, caracterizándose por la ausencia de cápsula y por presentar un estroma de tejido conectivo fibroso, donde se observan bandas densas colagenizadas, entremezcladas con áreas hipocelulares mixoides. Se identifican cantidades variables de restos odontogénicos, donde algunas de sus células pueden presentar vacuolización. (1-4) En ocasiones, en su componente microscópico se ha identificado una variedad de elementos como islas epiteliales con citoplasma claro, y agregados de células grandes con citoplasma granular, similares a la de los tumores de células granulares del recién nacido y del adulto. (8,9,10) Su tejido calcificado está representado por dentina displásica, calcificaciones cementoides amorfas y trabéculas de tejido osteoide. (1)

El tratamiento del Fibroma Odontogénico Periférico es quirúrgico. El pronóstico es excelente, sin embargo, se ha reportado una significativa tasa de recurrencia. (1,12)

El propósito de este trabajo, es reportar un caso de FOP, describiendo esta patología desde el punto de vista clínico e histopatológico, resaltando su similitud con otras lesiones periféricas y la importancia del estudio microscópico para su diagnóstico específico, además de tomarla en cuenta como un diagnóstico probable cuando se trate de lesiones periféricas.

REPORTE DEL CASO

Se trata de paciente femenino de 67 años de edad, quien acude a la consulta de Patología Bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia, por la presencia de un tumor en el maxilar. Aparte de un ligero abultamiento a nivel del labio superior, el examen extrabucal no evidenció ningún otro signo de interés. Intrabucalmente se observó un nódulo, bien delimitado, de base sésil, cubierto por mucosa de color normal, de consistencia firme, de goma, de aproximadamente 2,5 cms en su mayor dimensión, localizado en el sector anterior del reborde alveolar maxilar derecho, abarcando la zona incisiva y pasando la línea media. (Figura 1 y 2) La lesión era completamente asintomática y con un tiempo de evolución indefinido. La paciente, edéntula total superior, presentó el resto de sus tejidos blandos bucales aparentemente normales. El examen radiográfico no reveló alteración del tejido óseo, pero sí, ciertas

radiopacidades irregulares en el área correspondiente a la tumoración. (Figura 3) Basándose en el aspecto clínico de la lesión se plantea como diagnóstico diferencial: Fibroma Osificante Periférico, Granuloma Pirogénico Maduro y Lesión Periférica de Células Gigantes (Granuloma Periférico de Células Gigantes). Una vez realizada la rutina preoperatoria y tomando las medidas necesarias para la atención de un adulto mayor, se procede a la realización de la exéresis del tumor, bajo anestesia local. El procedimiento fue llevado a cabo sin ninguna complicación. El tejido se colocó en formalina al 10% y se envió a un laboratorio de Anatomía Patológica para ser procesado y diagnosticado por un Patólogo Bucal.



Fig. 1
Nódulo de base sésil, color de la mucosa normal, en reborde alveolar



Fig. 2
La lesión abarca el área incisiva, pasando la línea media.
Maxilar.



Fig.3

Rx panorámica. Nótese radiopacidades en el área de la tumoración. El hueso está intacto.

El estudio macroscópico reveló: "Nódulo de tejido blando, blanco de 2,5 x 1,5 x 1 cm. Al corte sólido, firme, áreas blancas y amarillas. Se incluye en su totalidad para su procesamiento"

El estudio microscópico reveló: "Epitelio escamoso estratificado hiperplásico, de superficie mucosa. El tejido conectivo fibroso subyacente es denso, colagenizado y exhibe material calcificado, eosinofílico considerado material cementoide y dentinoide, además de abundantes islas y cordones de epitelio odontogénico. Otras secciones muestran trabéculas de hueso denso, maduro vital, un leve infiltrado inflamatorio mononuclear y vasos sanguíneos de pequeño calibre" (Figuras 4, 5 y 6)

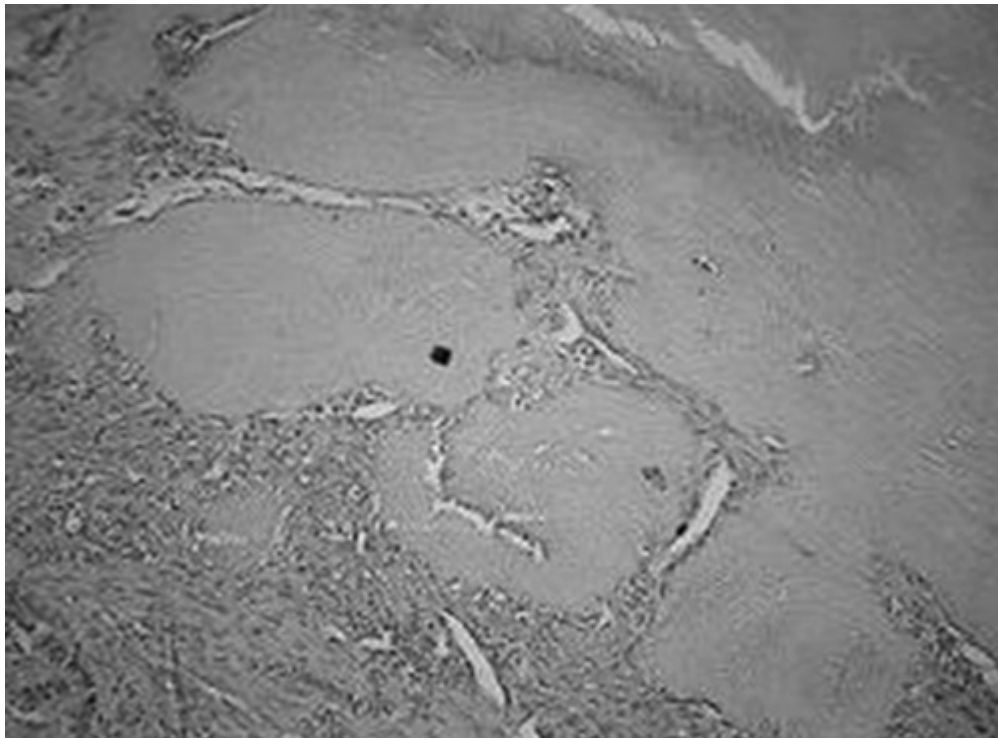


Fig. 4

Microfotografía (10 X) observa material, calcificado cementoide.

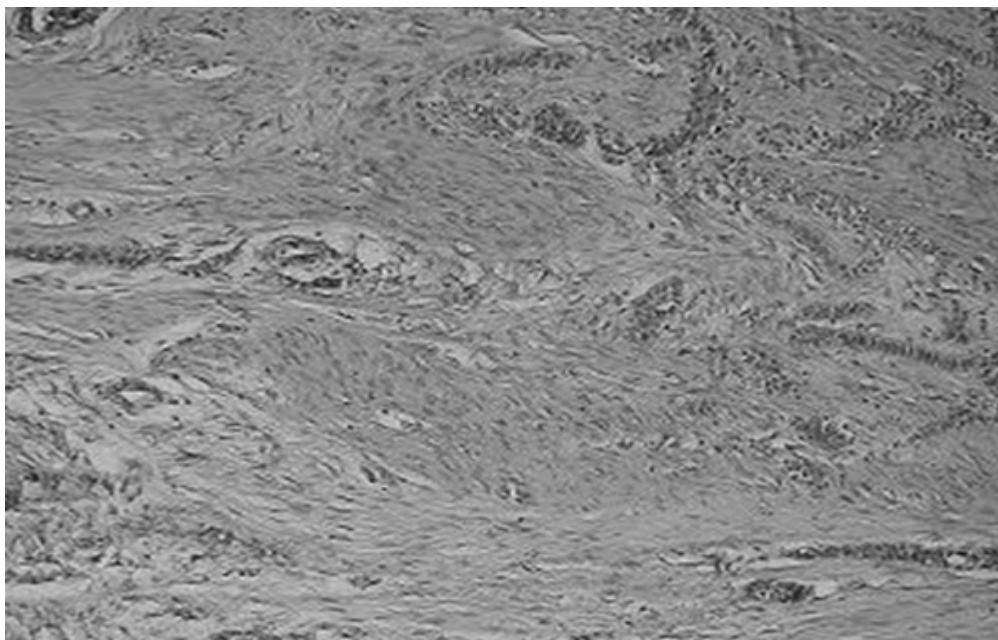


Fig. 4

Microfotografía (10 X) observa material, calcificado cementoide.

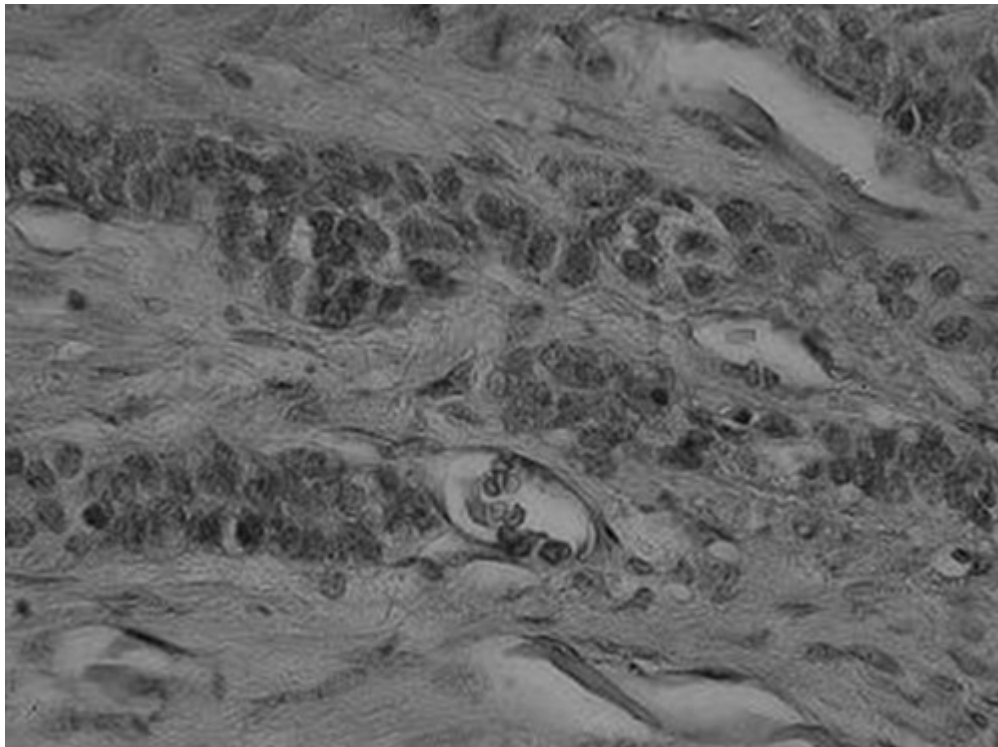


Fig. 6
Restos odontogénicos a mayor aumento (40X) observándose las células epiteliales con detalle.

Se emite el diagnóstico de: Fibroma Odontogénico Periférico. La paciente evolucionó satisfactoriamente. Año y medio mas tarde la lesión no había recidivado.

DISCUSIÓN

El FOP es una neoplasia benigna, de localización extraosea, con características clínicas similares a otras patologías, especialmente al Fibroma Osificante Periférico, la cual es una lesión reactiva, siendo esta la primera opción diagnóstica de los autores, ya que sus características clínicas coincidieron perfectamente con este y es la misma acotación a la que hace referencia la literatura. (1,4,10)

Tiene predilección por pacientes del sexo femenino, entre la segunda y tercera década de la vida, (1,4,6) características que no coinciden totalmente con nuestro caso, ya que se trata de una paciente, pero de 67 años de edad; aunque también es reportado en una paciente de cuatro meses de nacida. (5)

Se presenta como un nódulo firme, indoloro, de base sesil, cubierto por mucosa de aspecto normal, de aproximadamente 1,5 cms de diámetro, presentación muy similar al caso objeto de este reporte, excepto por el tamaño, ya que este ultimo tenia un diámetro de 2,5 cms. lo cual indica que esta patología puede alcanzar tamaños mayores que su promedio, probablemente con mayor facilidad cuando el paciente es edéntulo, como en este caso, ya que los órganos dentales pudiesen obstaculizar su crecimiento. (1,4,10)

Se ha reportado como su localización predilecta la encía vestibular mandibular, (1,4) lo cual contrasta con este reporte, pues la localización fue en mucosa vestibular maxilar. No es una lesión agresiva, pues no causa desplazamiento de dientes ni infiltra el hueso subyacente, esta última característica también fue

observada en nuestro caso.(1) En lo que se refiere al aspecto microscópico de esta lesión coincide exactamente con lo descrito en la bibliografía consultada, donde se refiere a la presencia de tejido dental calcificado, hueso y restos odontogénicos.(1,2,3,4,11) El tratamiento es quirúrgico y el pronóstico es excelente, tal y como afirman la mayoría de los autores, excepto por Daley, quien dice que la tasa de recurrencia de este tumor es significativa.(12)

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El aspecto clínico de esta lesión es similar a otros tumores. La primera opción diagnóstica planteada en este caso por los autores fue Fibroma Periférico Osificante, por su similitud clínica, por lo que el FOP debe ser tomado como parte del diagnóstico diferencial de estas lesiones periféricas.

Se recomienda la intervención de un equipo de especialistas en cada área, y el estudio microscópico de las lesiones, el cual es obligatorio para todas las lesiones reactivas de la cavidad bucal, ya que como podemos observar una vez más, es requerido para la obtención de un diagnóstico preciso y por ende una terapéutica apropiada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Neville B, Damm D, Allen C, Bouquet J. Oral & Maxillofacial Pathology. Second edition. Philadelphia. WB Saunders. 2002.
2. Regezi J, Sciubba J. Oral pathology, clinical pathologic correlations. 3rd edition. Philadelphia. Saunders company.2000.
3. Barnes L, Eveson J, Reichart P, Sidransky D. Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours. IARC Press. France. 2005.
4. Buchner A, Ficarra G, Hansen LS. Peripheral odontogenic fibroma Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1987; 64(4):432-8.
5. Martelli-Júnior H, Mesquita RA, de Paula AM, Pêgo SP, Souza LN. Peripheral odontogenic fibroma (WHO type) of the newborn: a case report. Int J Paediatr Dent. 2006; 16(5):376-9.
6. Garcia BG, Johann AC, da Silveira-Júnior JB, Aguiar MC, Mesquita RA. Retrospective analysis of peripheral odontogenic fibroma (WHO-type) in Brazilians. Minerva Stomatol. 2007; 56(3):115-9.
7. Weber A, van Heerden WF, Ligthelm AJ, Raubenheimer EJ. Diffuse peripheral odontogenic fibroma: report of 3 cases. J Oral Pathol Med. 1992; 21(2):82-4
8. Siar CH, NG KHJ. Peripheral odontogenic fibroma with clear cell odontogenic epithelium. N Z Soc Periodontol. 1995; (79):21-4.
9. Lownie JF, Altini M, Shear MJ Oral Pathol. Granular cell peripheral odontogenic fibroma. 1976; 5(5):295-304.
10. Rinaggio J, Cleveland D, Koshy R, Gallante A, Mirani N. Peripheral granular cell odontogenic fibroma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 2007; 104:676-9
11. Michaelides PL. Recurrent peripheral odontogenic fibroma of the attached gingiva: a case report.

J Periodontol. 1992; 63(7):645-7

12. Daley TD, Wysocki GP. Peripheral odontogenic fibroma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1994; 78(3):329-336