

FIBROMA ODONTOGÉNICO. REPORTE DE CASOS

JESÚS ALBERTO CALERO ESCOBAR, O.D.¹, MARTHA LUCÍA RODRÍGUEZ PAZ, O.D.²

RESUMEN

El fibroma odontogénico periférico es una lesión benigna cuyo origen parece proceder del epitelio gingival superficial o de residuos de la lámina dental (restos de Serres) que permanecen en una localización extraósea. Se diagnostica con relativa frecuencia en la práctica dental y se encuentra por lo general como una lesión solitaria y asintomática. La lesión habitualmente es de forma redondeada o nodular, asintomática, sésil, no ulcerada, de crecimiento exofítico, coloración rosa pálido y tamaño variable. Su manejo es quirúrgico.

Palabras claves: *Fibroma, Odontogénico, Benigno, Encía*

INTRODUCCIÓN

El fibroma odontogénico periférico es un agrandamiento gingival benigno que afecta tejidos gingivales. Se localiza en la encía por fuera del hueso y se cree que deriva de restos de la lámina dura (restos de Serres); generalmente es una lesión solitaria, asintomática, de tamaño variable, bien delimitada y ocasionalmente encapsulada formada por tejido conectivo¹.

Se considera que este tipo de lesión se origina en las células del ligamento periodontal y con frecuencia se asocia a factores predisponentes como trauma, hábitos o irritantes locales, su tamaño puede variar desde pocos centímetros hasta lesiones de tamaño considerable².

La lesión se presenta como una tumefacción benigna ubicada en la encía, frecuentemente en región de incisivos superiores. Su tamaño esta en relación con el tiempo de evolución y sus características histológicas. Su denominación Central (compromete el hueso subyacente) o Periférico (solo abarca los tejidos

SUMMARY

Peripheral Odontogenic Fibroma is a benign lesion of odontogenic origin that is relatively common diagnosis in dental practice; waste originates from the dental lamina (rests of Serres) usually as a solitary lesion and asymptomatic. The injury usually rounded or nodular form is asymptomatic, sessile, not ulcerated, exophytic growth, pale pink color and size variable. Its management is surgical recession.

Keywords: *Fibroma, Ondontogenic, Benign, Gingiva*

blandos) está ligada al compromiso que tenga con estructuras contiguas. Clínicamente se observa como una masa que va aumentando de tamaño hasta en ocasiones llegar a producir asimetrías estéticas y movilidad dental. Para su diagnóstico definitivo se requiere de una correlación clínica, radiológica e histológica³.

La epidemiología reporta que se encuentra con mayor frecuencia en mujeres que en hombres con una proporción de 2:1, su aparición se da entre la segunda y quinta década de la vida presentando la mucosa vestibular de la región maxilar anterior la mayor incidencia. Puede ser pediculado o sésil de color similar a la mucosa que lo recubre, siendo por lo general firme a la palpación⁴⁻⁶.

El Fibroma Odontogénico Periférico afecta con mayor frecuencia a la encía marginal maxilar mientras que el Central se localiza generalmente en la mandíbula. Por su aspecto y características puede parecerse a otras lesiones exofíticas como la hiperplasia fibrosa, el granuloma piógeno o el granuloma periférico de células gigantes⁶.

Por ser una lesión de los tejidos blandos gingivales el fibroma odontogénico periférico no es observable en las radiografías, aunque en ocasiones por su tamaño se percibe una sombra en la imagen radiográfica.

¹MBA. Profesor Titular. Escuela de Odontología. Facultad de Salud. Universidad del Valle. Cali, Colombia

²Cirujana Maxilofacial. Profesora Asistente. Escuela de Odontología. Facultad de Salud. Universidad del Valle. Cali, Colombia

Recibido para publicación: enero 15, 2013

Aceptado para publicación: marzo 29, 2013

El Fibroma Odontogénico Periférico histológicamente está formado por una masa de tejido conectivo fibroso denso y cubriendo la lesión habrá una delgada capa de epitelio escamoso estratificado con crestas poco profundas. La lesión es básicamente fibrosa, contiene múltiples islotes pequeños y hebras de epitelio odontógeno que se asemejan a residuos de la lámina dental. El tejido conjuntivo inmediatamente adyacentes a los islotes epiteliales es menos denso y mixomatoso. Algunos de estos islotes contendrán a menudo células claras. Las fibras colágenas están agrupadas en forma densa y entre ellas son poco abundantes los fibroblastos. Contiene pocos vasos sanguíneos, de aquí que la extirpación quirúrgica sea fácil de realizar y no presente hemorragia¹.

La escisión quirúrgica se realiza siguiendo la base del fibroma sin presentar recidiva; de ser necesario se puede hacer una Gingivoplastia para dar una forma más fisiológica a la encía. En algunos casos en que la base de la lesión es amplia puede comprometerse el margen y resultar en una recesión de la encía. En estos casos puede ser tratada quirúrgicamente con un colgajo reposicionado gingival dependiendo del tamaño del compromiso tisular, para favorecer la estética gingival⁵⁻⁷.

El pronóstico es mejor cuanto más radical sea la resección, ya que las células tumorales pueden encontrarse por fuera de los límites macroscópicos de la lesión y si esta no es adecuada pueden provocarse recidivas.

REPORTE DE CASOS

Caso 1. Paciente de sexo masculino, blanco, 58 años de edad, que acudió a la consulta para una valoración de rutina y tratamiento dental. El paciente reportó como antecedentes gripas esporádicas, amigdalitis ocasionales y una cirugía de hernia inguinal de niño. No fuma, no bruxa y manifiesta escaso consumo de licor; en términos generales refirió tener una excelente salud general. Las características clínicas y radiográficas de la lesión suponían un diagnóstico presuntivo de fibroma gingival. Al examen intraoral se evidenció la presencia de una masa que comprometía la encía marginal en la línea media superior con evolución mayor a 10 años que pasaba para él desapercibida a pesar de haber estado en tratamiento dental hace un año. La encía de color rosado,

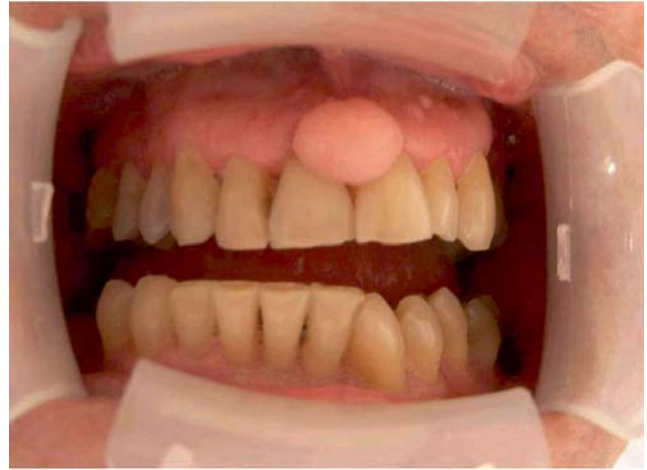


Figura 1. Vista frontal del fibroma

húmeda, sin evidencia de sangrado espontáneo. Al examen clínico intraoral era evidente el abultamiento gingival, sésil, indoloro, delimitado y pediculado (figura 1). Con propósito diagnóstico, se tomó una radiografía periapical en la que se observó pérdida ósea de tipo horizontal en el tercio coronal de 5 mm ocasionada posiblemente por una periodontitis crónica del adulto asociada a placa bacteriana⁷ (figura 2). Luego de estudiar el caso y establecer un diagnóstico presuntivo el paciente firma el consentimiento informado y se procede a intervenir favoreciendo la cicatrización del tejido gingival y minimizando el



Figura 2. Radiografía periapical



Figura 3. Imágenes del proceso quirúrgico

riesgo de generar un defecto gingival estético como se puede observar en las figuras 3, 4 y 5. El primer control se realizó una semana después del procedimiento en el que se evidenció una evolución satisfactoria y mejoría estética sin evidencia de recesión gingival (figura 6).

Caso 2. Paciente masculino, edad 32 años, tez blanca, que asistió a consulta de revisión. Al examen intraoral se encontró una masa semiblanda en encía entre dientes 11 y 21 con un tamaño de 8 x 5 x 3 mm, según el paciente entre 2 y 4 años de evolución (figuras 7 y 8). En sus antecedentes médicos reportó tener gastritis crónica, no fumar, no consumir alcohol, antecedente de trauma por golpe en dientes anteriores y bruxismo. Las características clínicas y radiográficas de la lesión suponían un diagnóstico presuntivo de fibroma gingival. Presentaba la encía de color rosado, húmeda, sin evidencia de sangrado espontáneo. Al examen clínico intraoral se observa masa gingival, sésil, indolora, delimitada y pediculada. Durante el manejo quirúrgico se conservó la anatomía gingival manteniendo los



Figura 4. Imágenes del proceso quirúrgico



Figura 5. Tamaño de la lesión 10x6x4mm

márgenes y contornos como se puede observar en las figuras 9 y 10. El paciente se valoró a la semana, a los 6 meses y al año, presentando una evolución satisfactoria, una mejoría estética y sin evidencia de recurrencia.

Caso 3. Paciente mujer, de 20 años de edad, que acudió a la consulta para realizar actividades preventivas, valoración dental y por una preocupación familiar que consideraban afectaba la estética originada en un cambio de la encía del diente 11 con un tiempo de evolución de aproximadamente año y medio, asintomática. A la paciente se le informó el tratamiento a realizar aplicando la técnica quirúrgica común a estas anomalías y el informe histopatológico corroboró la presencia de fibroma gingival (figuras 11 y 12).



Figura 6. Proceso evolutivo fotografía a las 2 semanas



Figura 7. Aspecto clínico

Caso 4. Paciente de 42 años que asiste a consulta para examen de la encía del maxilar superior que ha crecido y dificulta cada vez más el retiro de la prótesis removible que usa. Como antecedentes refiere trauma dentoalveolar por caída que ocasionó la pérdida de los incisivos central izquierdo y lateral derecho. Refiere que la prótesis que usa en la actualidad fue elaborada hace 2 años y el crecimiento de la masa en la zona ha sido lento, indoloro y con sangrado en ocasiones cuando se lastima con la prótesis al colocarla de nuevo en su boca. Al examen se observa lesión pediculada con mucosa eritematosa, con evidencia de trauma permanente (figuras 13 y 14). Se le informa a la paciente sobre el manejo quirúrgico, el ajuste que se le



Figura 8. Tamaño de la lesión



Figura 9. Postoperatorio

debe realizar a su prótesis y se procede a la firma del Consentimiento quirúrgico. Finalmente la paciente accedió a que se le realizara una nueva prótesis en esta área lo que contribuyó a mejorar el pronóstico de su tratamiento y la no recurrencia de la lesión.

DISCUSIÓN

Luego del estudio de los casos y del establecimiento de un diagnóstico presuntivo con la firma del consentimiento informado, se decide intervenir y resecar las lesiones. De acuerdo al manejo que requiere este tipo de alteraciones, se inicia el tratamiento quirúrgico bajo anestesia local, luego con bisturí hoja



Figura 10. Tamaño de la lesión



Figura 11. Fibroma gingival

15 se realiza la incisión de la lesión tomándola desde su base, reseca el tejido comprometido y en los casos 3 y 4 adicionalmente se cureteó el soporte óseo. Antes de suturar los bordes mucosos se irrigó la zona con solución salina normal eliminando residuos que pudieran alterar el proceso de cicatrización; la aproximación se llevó a cabo con material de sutura reabsorbible. La cicatrización de la mucosa se valoró a los 7 días y al mes, con evolución satisfactoria.

En los casos presentados el tejido reseca se envió a patología y fue común encontrar en los reportes histopatológicos las siguientes características que confirmaron el diagnóstico primario: masa tumoral

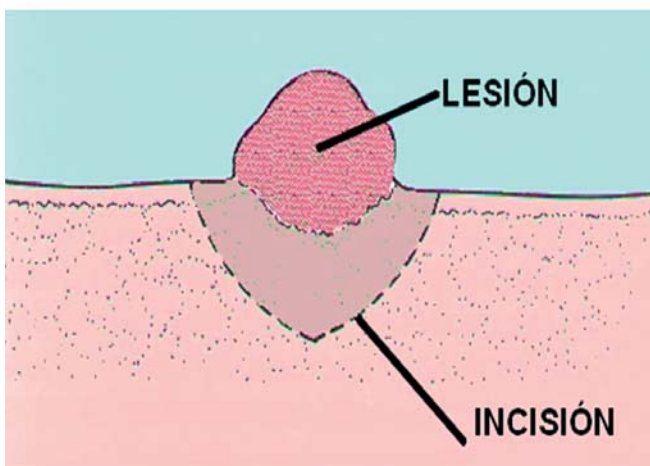


Figura 12. Aspecto esquemático de un fibroma



Figura 13. Fibroma gingival

circunscrita consistente en fascículos colágenos densos y entrelazados y separados en ocasiones por núcleos fibroblásticos, pequeños canales vasculares y un número variable de células, generalmente inflamatorias crónicas (principalmente las células plasmáticas y pocas células gigantes multinucleadas). Los fascículos están muchas veces engrosados, hialinizados y dispuestos de forma irregular. El tejido es relativamente acelular y la vascularización suele ser ligera¹⁴⁻¹⁵.

El fibroma Odontogénico es una lesión benigna, de relativa frecuencia en el ser humano, por lo general se observa en pacientes adultos jóvenes. Su diagnóstico se

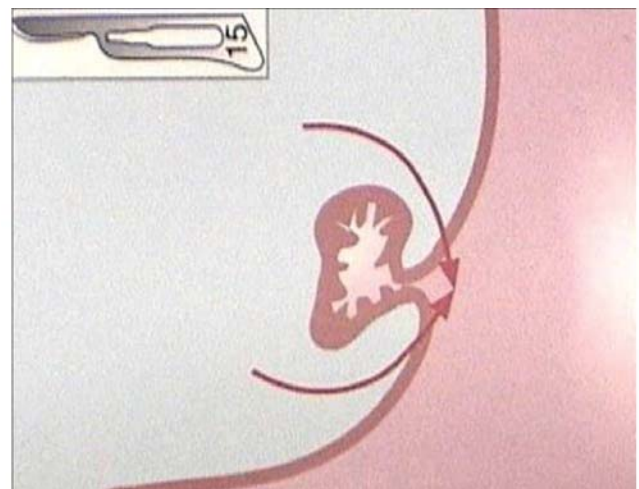


Figura 14. Aspecto esquemático de un Fibroma

realiza teniendo en cuenta el aspecto clínico, con el apoyo de ayudas radiográficas y hallazgos histopatológicos, lo que se hace necesario porque su aspecto puede ser confundido con otras lesiones con características similares como el granuloma de células gigantes, mucocele, epulis o tumores de las glándulas salivales y granuloma piógeno. La literatura reporta mayor frecuencia en hombre que en mujer lo que coincide con los datos encontrados^{4,6}.

El tratamiento de la lesión es siempre quirúrgico, se debe reseca toda la lesión para evitar recurrencia¹⁻¹⁵.

REFERENCIAS

1. Sapp JP, Eversole L, Wysocki G. Patología Oral y maxilofacial. Segunda edición. Elsevier editores. España 2005: 290-291
2. Díaz L, Sanz L, Bouayad-agma W. Fibroma Odontogénico: revisión de los tres últimos años. <http://www.solp.or.ar/archivosadjuntos/rev.cientifica/rev.39.pdf> Recuperado el 21-05-2010 a las 22:10
3. Eversole L. Odontogenic Fibroma, Including Amyloid and Ossifying Variants. *Head and Neck Pathol.* 2011; 5: 335-343
4. Baiju C, Rohatgi S. Peripheral odontogenic fibroma: A case report and review. *J Indian Soc Periodontol* 2011; 15: 273-275
5. Lin H, Chen H, Vu C, Yang H, Kuo R, Kuo Y, et al. Odontogenic fibroma: a clinicopathological study of 15 cases. *J Formos Med Assoc* 2011; 110: 27-35
6. Covoni U, Crespi R, Perrini N, Barone A. Central odontogenic fibroma: a case report. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005; 10: 154-157
7. Kumar S, Ram S, Jorgensen M, Shuler CH, Sedghizadeh P. *J Oral Scienc* 2006; 48: 239-243
8. Bataineh A, Al-wairi Z. A survey of localized lesions of oral tissues: a clinicopathological study. *J Comtemporary Dental Practice* 2005; 6: 1-9
9. Manor Y, Mardinger O, Katz J, Taicer S, Hirshberg A. Peripheral odontogenic tumors-differential diagnosis in gingival lesions. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2004; 33: 268-273
10. Silva M, Salcedo D, Hurtado A, Quispe A, Andamayo D, Pineda M, Ochoa J. Fibroma odontogénico periférico. Reporte de un caso. *Odontol Sanmarquina.* 2008; 11: 92-95
11. Lapidó A, Folake O, Olugbemiga M, Lanre W, Toyin G, Olamide B et al. Odontogenic tumors: A review of 319 cases in Nigerian teaching hospital. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005; 99: 191-195
12. Bosco AF, Bonfante S, Luise DS, Bosco JM, Garcia VG. Periodontal plastic surgery associated with treatment for the removal of gingival overgrowth. *J Periodontol* 2006; 77: 922-928
13. Rebolledo M, Cantillo O, Díaz A. Fibroma periférico odontogénico. A propósito de un caso. *Av Odontostomatología* 2010; 26: 183-187
14. Galdeano M, Crespo J, Álvarez O, Espeso Á, Verrier A. Fibroma cemento-osificante gingival mandibular: presentación de un caso. *Med Oral* 2004; 9: 176-179
15. Gorlin R, Goldman H. Patología Oral de Thoma. Salvat Editores. España 1.973: 948.