

Casos Clínicos:

FIBROMA DE CÉLULAS GIGANTES: UNA PRESENTACIÓN INUSUAL EN UN NIÑO DE 2 AÑOS DE EDAD

Cardoso C.L.* , Dias-Ribeiro E. , Freitas-Faria P.*** , Araujo A.C.*** , Sant'Ana E.**** , Taveira L.A.A.**** , Ferreira-Júnior O.******

*Alumno de Maestría en Estomatología, Departamento de Estomatología, Facultad de Odontología de Bauru, Universidad de São Paulo, Bauru, São Paulo, Brasil.

**Cirujano Bucal, Departamento de Estomatología, Facultad de Odontología de Bauru, Universidad de São Paulo, Bauru, São Paulo, Brasil.

***Alumnos de Doctorado en Patología Oral, Departamento de Estomatología, Facultad de Odontología de Bauru, Universidad de São Paulo, Bauru, São Paulo, Brasil.

****Profesores, Departamento de Estomatología, Facultad de Odontología de Bauru, Universidad de São Paulo, Bauru, São Paulo, Brasil.

Dirección para correspondencia:

Dra. Camila Lopes Cardoso , Departamento de Estomatología, Facultad de Odontología de Bauru

Universidad de São Paulo, C/ Al. Dr. Otávio Pinheiro Brisolla, 9-75, 17.012-901, Bauru, São Paulo, Brasil

Tel/fax: +55 (14) 3234-8251. E-mail: cardoso_lopes@yahoo.com.br / eduardodont@yahoo.com.br

Resumen

El objetivo de este artículo es relatar un caso clínico de fibroma de células gigantes en un niño de 2 años de edad. Asimismo, presentar una revisión de literatura sobre esta entidad y discutir sobre posibles factores involucrados a su etiología.

Palabras-claves: Fibroma de células gigantes, lesiones fibrosas orales, mucosa oral.

Abstract

The aim of this paper is to report a clinical case of giant cell fibroma in a 2-years-old child. Also present a review of literature from this entity and discuss possible factors involved in its etiology.

Key words: Giant cell fibroma, oral fibrous lesions, oral mucosa.

Resumo

O objetivo deste artigo é relatar um caso clínico de fibroma de células gigantes em uma criança de 2 anos de idade. Além disso, apresentar uma revisão de literatura sobre esta entidade e discutir sobre possíveis fatores associados a sua etiologia.

Palavras-chave: Fibroma de células gigantes, lesões fibrosas orais, mucosa oral.

Introducción

El Fibroma de Células Gigantes (FCG) es un tumor benigno fibroso con características clínico patológicas distintas. Fue clasificado dentro del grupo de las hiperplasias fibrosas de los tejidos blandos hasta el inicio de la década del 70. Sin embargo, características microscópicas peculiares de esta lesión permitieron a los patólogos clasificarlos como una entidad separada.(1-4)

El FCG fue descrito, por la primera vez como una entidad separada por Weathers y Callihan (1974).(5) La nomenclatura FCG se refiere a la presencia de fibroblastos grandes, multinucleados y de forma estrellada en el tejido conjuntivo fibroso. Estos autores examinaron más de 2.000 hiperplasias fibrosas siendo 108 con este criterio para esta nueva lesión.(5)

No existe predilección referente al género, sin embargo algunos estudios indican mayor incidencia al género femenino y aproximadamente 60% de los casos en las tres primeras décadas de vida.(1,3,5-10) Clínicamente, se presenta como un nódulo sésil o pediculado, asintomático, superficie papilar o no y usualmente, con menos de 1cm. de diámetro. Se presenta con mayor frecuencia en la encía mandibular, sin embargo otros sitios de la cavidad bucal pueden ser afectados como: lengua, paladar y mucosa yugal.(1,3,5,6,8-11)

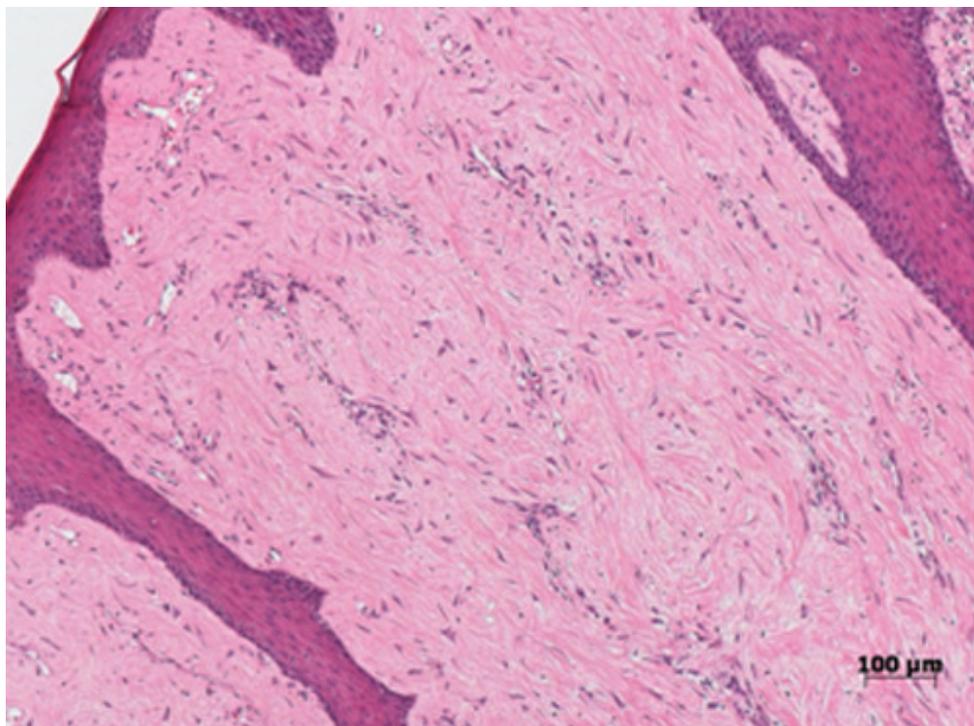
El objetivo del presente artículo es describir un caso poco común de FCG en la región anterior del paladar, en un niño de 2 años de edad y discutir los posibles factores involucrados en su etiología.

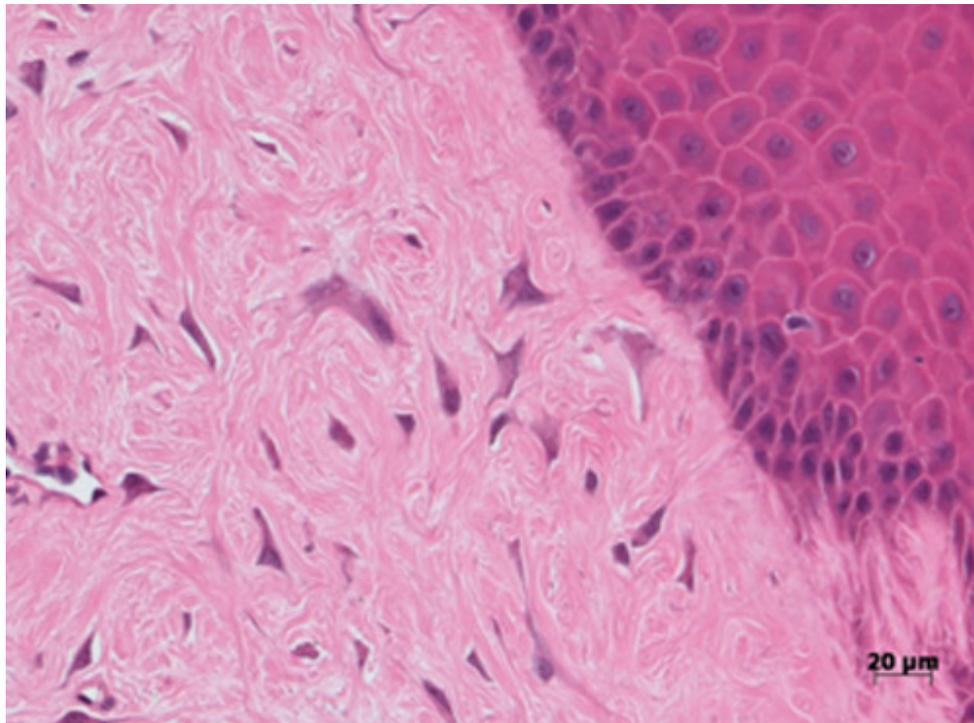
Caso Clínico

Paciente de género masculino, de 2 años de edad, fue referido a nuestra institución (Departamento de Estomatología, Facultad de Odontología de Bauru, Universidad de São Paulo, Bauru, São Paulo, Brasil) con la queja relatada por los padres de "bulto en el cielo de la boca". Al examen físico intraoral, se presentó como una lesión nodular pediculada en el paladar anterior izquierdo, asintomática, de color rosa, superficie papilar y 1,5cm de diámetro (Fig. 1). No fue identificado ningún hábito o reacción traumática que pudiesen estar involucrados en la etiología de esta lesión. Se sugirió a los padres la preservación de la lesión por un mes, ya ella presentaba una evolución de solo dos meses pero orientándose que tal vez sería necesaria una biopsia, en caso de no existir la regresión de la lesión. El paciente retornó después de 5 meses y la lesión se presentó sin alteraciones. Se decidió hacer o realizar una biopsia excisional y como no se obtuvo el control del niño para realizarla en consultorio, bajo consentimiento de los padres fue realizada bajo anestesia general en un centro quirúrgico hospitalario. El diagnóstico final fue de FCG. Microscópicamente reveló un tejido fibrovascular y la presencia de fibroblastos grandes multinucleados de forma estrellada (Figs 2 y 3). El paciente fue controlado por un año. No se presentó recidiva y el paciente se encuentra en buen estado.



Fig. 1
Lesión nodular pediculada en el paladar anterior izquierdo.





Figs. 2 y 3
Tejido fibroso fibrovascular y la presencia de fibroblastos grandes y multinucleadas con formato estrellado.

Discusión

El FCG es un entidad distinta de las lesiones hiperplásicas de tejido blando, ya que presenta aspectos microscópicos peculiares y generalmente no está asociado a la irritación crónica, como en el caso presente. Clínicamente es asintomático, se presenta como un nódulo sésil o pediculado con superficie papilomatosa y es frecuentemente localizado en la región de la encía mandibular.(1,5-11)

Microscópicamente, el FCG está constituido por tejido conjuntivo fibroso, sin inflamación y revestido por un epitelio plano estratificado hiperplásico. La principal característica microscópica es la presencia de fibroblastos grandes, de forma estrellada y multinucleados. Esta característica también es encontrada en una variedad de lesiones, como pápulas fibrosas de la nariz, fibroma ungueal, fibroqueratoma acral, angiofibroma acral y fibroblastoma desmoplásico.5,10,12-15 Además, los estudios inmunohistoquímicos indican que las células del parénquima (de forma estrellada) de FCG, son de origen fibroblástico, por tanto, la fuente más probable de este lesión histogenética.(7,9)

El diagnóstico de FCG es realizado a través del examen clínico y microscópico¹⁶ en consecuencia de la semejanza clínica con otras hiperplasias fibrosas. Aspectos clínicos como a superficie papulomatosa ayudan en el diagnóstico diferencial en relación a otros agrandamientos gingivales, sin embargo el FCG puede ser confundido clínicamente con un papiloma.(1,5,6,11)

Con relación a los hallazgos epidemiológicos, entre el FCG y otros agrandamientos gingivales algunas características pueden definir la lesión como: distribución etaria, predilección por género, localización y etiología.^{3,6,8} El FCG usualmente se desarrolla en las primeras décadas de vida y cuando se compara con el fibroma por irritación posiblemente la lesión más parecida con FCG es aquella encontrada en adultos, de la cuarta a sexta década de vida. El fibroma de irritación es más común en mujeres (relación 2:1), mientras que el FCG no tiene predilección por género. Como localización, el fibroma por irritación se presenta comúnmente a la mucosa yugal o labial, a lo largo de la línea de oclusión, el FCG se presenta con mayor frecuencia en la encía.^(1,3,17)

Con respecto a la localización y características, otra lesión similar al FCG es la papila retrocanina. La papila retrocanina es considerada por algunos como una lesión de desarrollo ^(1,4,16) y debido a su aspecto clínico y localización característica, no es necesario biopsia, mientras que el fibroma por irritación y FCG, ambas requieren estudio histopatológico para el diagnóstico definitivo.¹ Algunos estudios definen esta entidad meramente como otra forma de FCG ^(1,3), pero la papila retrocanina tiene una localización muy peculiar y se encuentra lingualmente en la encía del canino inferior. Ella se presenta como una pápula pequeña, de color rosa, midiendo menos de 5mm de diámetro y se presenta frecuentemente de forma bilateral.⁽¹⁾

El diagnóstico clínico de fibroma osificante periférico fue incluido en el diagnóstico diferencial de esta lesión, pues clínicamente puede parecer un FCG.⁽¹¹⁾

Por el contrario el FCG, el fibroma osificante periférico es encontrado apenas en la encía y se presenta más en mujeres.^(1,4)

Con respecto al color y vascularización de la lesión, estas también pueden ser características distintivas cuando se desea diagnosticar hiperplasias fibrosas. Muchos fibromas por irritación, principalmente los menos traumatizados poseen color de la mucosa sana, en otros, la lesión podría aparecer blanquecina, o debido a la hiperqueratinización se presentan muy blancas, como resultado de la continua irritación y después del desarrollo de la lesión. En contraste, el granuloma piogénico es comúnmente encontrado en la encía, aparentan ser más enrojecidos ⁽⁴⁾ y sangran fácilmente cuando son manipulados diferentemente de FCG.⁽¹⁾

Los FCG, es un tumor benigno que pocas veces causa síntomas, a menos que se torne traumático o ulcerado, siendo así, el tratamiento de elección para el FCG es la escisión quirúrgica conservadora.^(1,3,4,6,10,11) La recidiva es rara.^(1,4) El raspado periodontal de la raíz es generalmente sugerida durante la escisión para remover posibles causas de irritación.^(3,4)

Existen pocos reportes de casos clínicos en la literatura al respecto del FCG, y apenas dos casos fueron presentados en niños de 3 años de edad.^{18,19} En el caso que presentamos, se observa que la edad del niño era apenas de 2 años de edad.

Referencias

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and maxillofacial pathology. 2ª ed,

- Philadelphia (PA): WB Saunders. 420-40. 2002.
2. Langlais RP, Miller CS. Color atlas of common oral diseases. Baltimore (MD): Lippincott Williams & Wilkins. 142-3. 2003.
 3. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. Oral pathology: clinical pathologic correlations. 4^a ed. St. Louis (MO): WB Saunders. 158-9. 2003.
 4. Sapp JP, Eversole LR, Wysocki, GP. Contemporary Oral and Maxillofacial Pathology, 2^a ed, St. Louis: Mosby. 290-1. 2004.
 5. Weathers DR, Callihan MD. Giant-cell fibroma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1974;37(3):374-84.
 6. Houston GD. The giant cell fibroma. A review of 464 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1982;53(6):582-7.
 7. Savage NW, Monsour PA. Oral fibrous hyperplasias and the giant cell fibroma. Aust Dent J. 1985;30(6):405-9.
 8. Bakos LH. The giant cell fibroma: a review of 116 cases. Ann Dent. 1992;51(1):32-5.
 9. Magnusson BC, Rasmusson LG. The giant cell fibroma. A review of 103 cases with immunohistochemical findings. Acta Odontol Scand. 1995;53(5):293-6.
 10. Wang Z, Levy B. Clinico-pathological study on giant cell fibroma of oral mucosa. Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi. 1995;30(6):332-3, 383.
 11. Haring JI. Case #2. RDH. 2004;24(3):62-88.
 12. Swan RH. Giant cell fibroma. A case presentation and review. J Periodontol. 1988;59(5):338-40.
 13. Pitt MA, Roberts IS, Agbamu DA, Eyden BP. The nature of atypical multinucleated stromal cells: a study of 37 cases from different sites. Histopathology. 1993;23(2):137-45.
 14. Jang JG, Jung HH, Suh KS, Kim ST. Desmoplastic fibroblastoma (collagenous fibroma). Am J Dermatopathol. 1999;21(3):256-8.
 15. Karabela-Bouropoulou V, Liapi-Avgeri G, Mahera H, Magiassis V, Anagnostopoulos D, Bourli A, Kokka H, Savva S. Giant cell fibroblastoma: an entity or a reactive phenomenon? Pathol Res Pract. 1999;195(6):413-9.
 16. Ibsen O. Putting the pieces together: the diagnostic process used in oral pathology requires a methodical approach. Dimensions of Dent Hygiene. 2004;2(3):32-4.
 17. Lukes SM, Kuhnert J, Mangels MA. Identification of a giant cell fibroma. J Dent Hyg.

2005; 79(3):9.

18. Takeda Y, Kaneko R, Suzuki A, Niitsu J. Giant cell fibroma of the oral mucosa. Report of a case with ultrastructural study. *Acta Pathol Jpn.* 1986; 36(10): 1571-6.
19. Braga MM, Carvalho AL, Vasconcelos MC, Braz-Silva PH, Pinheiro SL. Giant cell fibroma: a case report. *J Clin Pediatr Dent.* 2006; 30(3):261-4.