

Fibroma oral irritativo con migración patológica de un diente temporal: A propósito de un caso clínico en odontopediatría

RESUMEN

El fibroma es uno de los tumores benignos de tejidos blandos más comunes de la cavidad oral en adultos, sin embargo, es poco frecuente en edad pediátrica. Este tumor pertenece al grupo de lesiones hiperplásicas reactivas y clínicamente se manifiesta como una reparación tisular hiperplásica secundaria a la irritación crónica de la mucosa oral. Se describe el manejo de un fibroma irritativo en un paciente de 3 años de edad, asociado a migración patológica dentaria, con una localización atípica en la mucosa palatina y sin evidencia de factor causal.

INTRODUCCIÓN

En pediatría es frecuente la aparición de una gran variedad de lesiones orales y alteraciones de los tejidos periodontales. Las lesiones de la cavidad oral y el área perioral deben ser examinadas y diagnosticadas por el odontopediatra para poder indicar un adecuado tratamiento, descartando siempre su origen neoplásico. [1,2] La mayoría de las patologías pediátricas son benignas y no requieren una intervención quirúrgica extensa. [3]

Un grupo amplio de las lesiones de la mucosa oral está representado por las lesiones reactivas. La encía está sometida constantemente a factores irritativos: placa, cálculo, impactación de alimentos, restauraciones defectuosas y un posible cepillado traumático entre otros. La irritación crónica puede provocar una inflamación persistente que induce la proliferación de células endoteliales, inflamatorias crónicas y fibroblastos. Clínicamente se manifiesta como un crecimiento excesivo de tejido de granulación, denominado hiperplasia reactiva. [4]

Dentro del grupo de las lesiones hiperplásicas reactivas localizadas (LRHL) y según criterios histopatológicos se identifican: fibroma osificante periférico; fibroma de células gigantes; granuloma piogénico; granuloma periférico de células gigantes; agrandamiento gingival inflamatorio y fibroma irritativo. [4,5] El diagnóstico diferencial de las LRHL no es fácil debido a su similitud clínica con la de la proliferación neoplásica. [4] El estudio histopatológico en estos casos es determinante para la confirmación del diagnóstico clínico.

El fibroma irritativo es una de las hiperplasias de tejido conectivo fibroso más común, con una prevalencia de 1.2% de la población adulta, que se encuentra entre la segunda y sexta década de la vida con un 69% de la predilección por el sexo femenino. [6, 7] También se conoce como fibroma, hiperplasia fibrosa focal, fibroma traumático, nódulo fibroso o pólipo fibroepitelial. [8] Por otro lado este tipo de lesiones puede favorecer un cambio en la posición dentaria como resultado del desequilibrio de fuerzas que mantienen el diente en su correcto posicionamiento. En odontología este fenómeno se conoce con el término de migración patológica dentaria. [9, 10]

Identificar lesiones hiperplásicas reactivas localizadas es fundamental para un diagnóstico precoz y una rápida intervención. En los casos del tratamiento quirúrgico se requiere un seguimiento postoperatorio próximo para detectar posibles recidivas. [4]

El objetivo de este caso clínico es presentar una lesión hiperplásica oral asociada a migración patológica y así facilitar la orientación diagnóstica de este tipo de tumores infrecuentes en pacientes pediátricos.

CASO CLÍNICO

Niña de 3 años derivada desde Centro de Atención Primaria al servicio de odontología del Hospital Sant Joan de Deú por una tumefacción indolora, de unas 4 semanas de evolución, localizada en la mucosa palatina del sector anterior; y que alarmó a los padres dado el ligero desplazamiento del diente temporal. La paciente no tenía ningún antecedente patológico de interés, ni de traumatismo dental, y tampoco recibía ningún tratamiento médico habitual. No presentaba hábitos de succión no nutritiva.

Durante el examen intraoral se observaba dentición temporal completa sin signos de caries, una correcta higiene oral y una oclusión cruzada lateral izquierda. El diente 6.1 estaba desplazado 1.5 mm hacia vestibular, ligeramente elevado respecto al plano oclusal y asociado a un diastema interincisal de 2 mm. Por palatino del diente 6.1 se observaba una tumefacción en la fibromucosa palatina de forma redondeada de 1 cm de diámetro aproximadamente, de base sésil, consistencia firme, superficie lisa y rosada, similar al tejido circundante. En el examen radiográfico intraoral no se observaron hallazgos significativos. (Fig. 1)



Fig. 1: Vista preoperatoria - 1a. Fibroma irritativo; 1b. Desplazamiento del diente 6.1 y diastema interincisal; 1c. Radiografía oclusal

El diagnóstico inicial, por el aspecto clínico, fue de fibroma irritativo. Otros diagnósticos diferenciales considerados fueron fibroma de células gigantes, fibroma osificante periférico y fibroma odontogénico periférico. En relación a la edad de la paciente y presentación clínica de la lesión, se decidió realizar la biopsia excisional bajo anestesia general tras obtener el consentimiento informado de los padres.

Previamente al inicio del acto quirúrgico se efectuó una desinfección de la cavidad oral mediante la aplicación de colutorio de clorhexidina al 0.12% en gasas impregnadas con la solución Perio Aid® (CHX 0.12% + CPC 0.05%). Bajo anestesia general y local, se realizaron dos incisiones semilunares mediante bisturí eléctrico a la profundidad de la mucosa y el periostio, a continuación, se llevó a cabo el desbridamiento y curetaje del hueso subyacente. La lesión de 0,9 x 0,6 mm de tamaño se fijó en formol para su posterior examen histopatológico. Dado el tipo de mucosa en la zona de lesión, representado por el tejido conjuntivo denso adherido al periostio, se decidió no suturar la herida y esperar el cierre por segunda intención. Tras la intervención quirúrgica, fue aplicado Perio Aid® Gel Bioadhesivo sobre la herida (CHX 0.2% + pantenol 5% + ácido hialurónico 0.2%). (Fig. 2a, 2b, 2c)

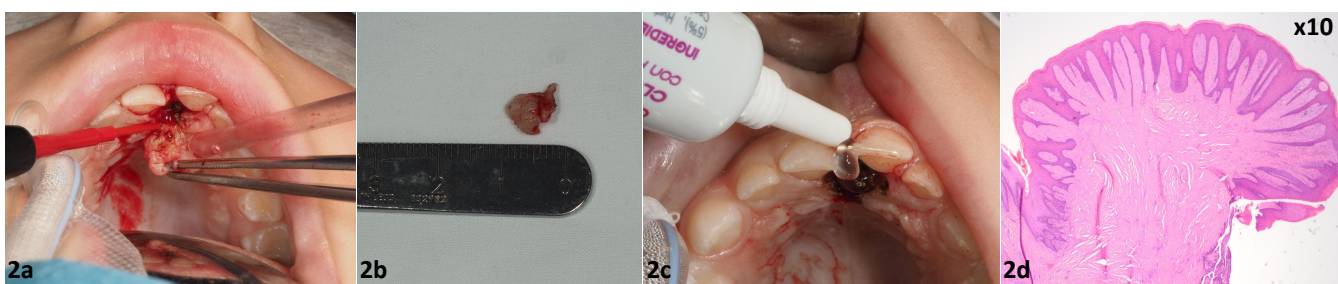


Fig. 2: Vista intraoperatoria - 2a. Exéresis de la lesión mediante bisturí eléctrico; 2b. Espécimen tras biopsia excisional; 2c. Aplicación de Perio Aid gel bioadhesivo® en la herida postoperatoria; 2d. Imagen histológica (H&E x 10)

En el postoperatorio inmediato se pautó dieta blanda y templada durante los 3 primeros días, una buena higiene oral, analgesia (paracetamol 200 mg/6h) y el uso local de Perio Aid Gel Bioadhesivo® cada 8/12h durante 7 días, para favorecer la cicatrización de la herida.

El examen microscópico mostró una lesión compuesta por tejido epitelial, presencia de células del epitelio escamoso estratificado con signos de acantosis y paraqueratosis. El tejido conectivo hipocelular subyacente presentaba algunos vasos capilares y células como fibroblastos, linfocitos y plasmocitos. El estroma fue reactivo para vimentina y negativo para CD-34, proteína S 100, EMA (antígeno de membrana epitelial) y α -SMA (alfa

actina de musculo liso), lo que indica el origen fibroblástico de la lesión. [11,12] (Fig. 2d) En base a estas características histopatológicas, se confirmó el diagnóstico de fibroma irritativo.

En el control postoperatorio la cicatrización fue favorable, sin signos de inflamación, ni signos de recidiva local. Transcurridos 6 semanas desde la exéresis del fibroma se pudo constatar la reversibilidad completa de la migración del diente afectado, incisivo 6.1, la mejora de su posición, así como el cierre espontáneo del diastema interincisal. (Fig.3, Fig. 4)

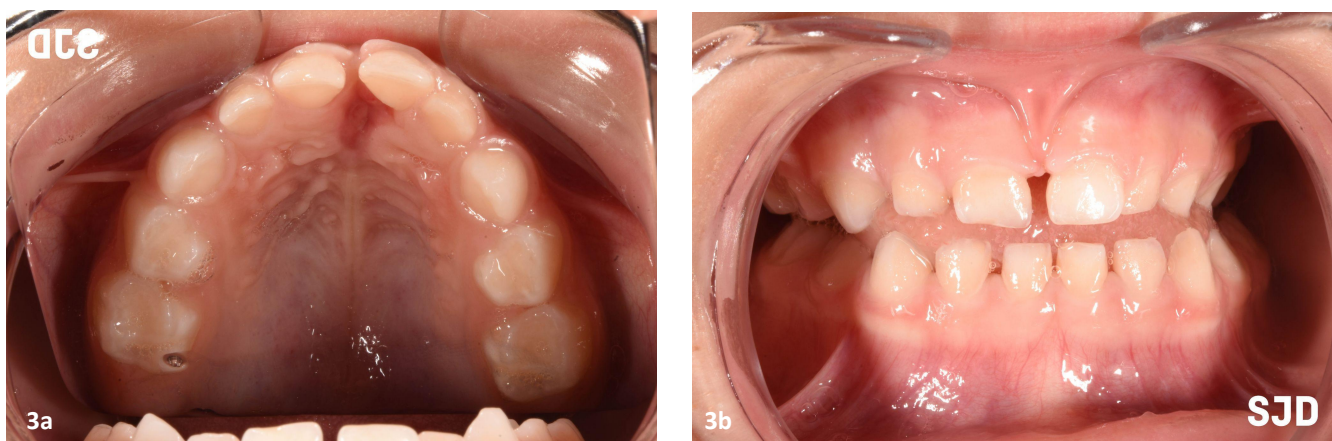


Fig. 3: Vista postoperatoria a los 15 días - 3a. Oclusal; 3b. Frontal



Fig. 4: Vista postoperatoria a los 45 días – 4a. Oclusal; 4b. Frontal

DISCUSIÓN

Las lesiones de origen inflamatorio y traumático representan la gran mayoría de las lesiones de tejidos blandos en edad pediátrica y en adolescentes menores de 18 años, siendo la causa más común de consulta odontológica. [13] Dentro del grupo de las lesiones de la mucosa oral predominan las hiperplásicas reactivas que se desarrollan en respuesta a una agresión crónica que simula una respuesta de reparación tisular exagerada.[14] Según algunos estudios retrospectivos la lesión hiperplásica reactiva localizada más frecuente es el fibroma irritativo y representa entre el 36.5%-72.09% dentro del grupo de estas lesiones en la población general. [5, 14-18]. No obstante, estas hiperplasias no se puede considerar neoplasias en sentido estricto ya que se desarrollan por la irritación del tejido mucoso, favoreciendo la proliferación de las células epiteliales y del tejido conectivo.[8]

Con respecto a la prevalencia de las hiperplasias reactivas en niños, la información es escasa, más aún respecto el fibroma irritativo en particular. Los estudios relevantes publicados hasta ahora son pocos y reflejan resultados variables probablemente debido a los diferentes criterios utilizados, como son el rango de edad, el tipo de lesión, las diferencias geográficas y endémicas entre los países incluidos en los estudios. [2, 13, 19, 20] Sin embargo, se constata que las lesiones reactivas son raras antes de los 10 años de edad y que en niños es más

común encontrar el fibroma de células gigantes que el fibroma irritativo, característico en los pacientes adultos. [11, 13]

Kadeh H. y cols. en su estudio retrospectivo atribuyeron un 6.5% de las lesiones hiperplásicas reactivas a fibromas irritativos en pacientes de 41-60 años de edad, mientras que un 4,5% eran fibromas irritativos en pacientes menores de 20 años. [16] El fibroma irritativo es menos común en población pediátrica comparado con la población adulta. Sin embargo, algunos autores han descrito casos de fibroma oral irritativo en niños menores de un año de edad relacionados con dientes neonatales, y se consideran extremadamente infrecuentes. [13, 21, 22] En nuestro caso, una niña de tan solo 3 años de edad, además presentaba migración patológica de un diente temporal asociada a esta lesión oral irritativa. Clínicamente, el fibroma irritativo, se describe como una masa nodular firme, indolora, con una superficie lisa o irregular, generalmente menor a 10mm y coloración normal correspondiente a los tejidos circundantes. El fibroma puede ser tanto pediculado como sésil y puede surgir de la encía o de la mucosa bucal a lo largo del proceso alveolar, provocando en algunas ocasiones desplazamientos de los dientes vecinos, así como diastemas. El tratamiento de elección es quirúrgico mediante exéresis de la lesión, no suele malignizar y presenta una tasa muy baja de recidiva. [5]

Para el diagnóstico diferencial debemos tener en cuenta tres entidades: el fibroma de células gigantes, el fibroma osificante periférico y el fibroma odontogénico periférico. Es importante señalar que el fibroma de células gigantes es la más prevalente en niños e histológicamente las células estrelladas, asociadas a la fibrosis del tejido conectivo, son muy características de este tipo de lesión. [11, 12] En el caso que presentamos la ausencia de células estrelladas ayudó durante el diagnóstico histopatológico. En relación con el fibroma osificante éste presenta inclusiones mineralizadas (tejido óseo inmaduro) y en el fibroma odontogénico periférico, se observan residuos de la lámina dental. [15, 23] Debemos subrayar que en nuestro espécimen ninguno de estos elementos histológicos estuvo presente.

A priori la localización del fibroma irritativo en el paladar es poco frecuente, por ser una región con menor riesgo de traumatismos externos. En nuestro caso clínico no se pudo identificar ningún antecedente lesivo, aunque es probable que hubiera algún factor traumático que pasó desapercibido por los padres (juguete, uña del dedo,...). Los niños pequeños suelen colocar objetos en la boca porque la utilizan como un órgano de sentido adicional. Ciertamente la mordida cruzada lateral que presentaba la paciente, coincidía con el lado de la aparición de la lesión que es el dominante durante la masticación. [24]

La presentación de este fibroma oral irritativo atípico ha permitido revisar las características clínicas de una lesión poco frecuente en niños, y a la vez enumerar las principales entidades con la que se debe llevar a cabo el diagnóstico diferencial.

Bibliografía

1. Guideline on Management Considerations for Pediatric Oral Surgery and Oral Pathology. *Pediatr Dent*. 2016 Oct;38(6):315-324
2. Shulman JD. Prevalence of oral mucosal lesions in children and youths in the USA. *Int J Paediatr Dent*. 2005 Mar;15(2):89-97. doi: 10.1111/j.1365-263X.2005.00632.x
3. Glickman A, Karlis V. Pediatric Benign Soft Tissue Oral and Maxillofacial Pathology. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2016 Feb;28(1):1-10. doi: 10.1016/j.coms.2015.07.005
4. Lakkam, B., Astekar, M., Alam, S., Sapra, G., Agarwal, A., & Agarwal, A. (2020). Relative frequency of oral focal reactive overgrowths: An institutional retrospective study. *Journal of Oral and Maxillofacial Pathology: JOMFP*, 24(1), 76-80. doi: 10.4103/jomfp.JOMFP_350_19
5. Buchner A, Shnaiderman A, Vared M. Pediatric localized reactive gingival lesions: a retrospective study from Israel. *Pediatr Dent*. 2010 Nov-Dec;32(7):486-92
6. Bouquot JE, Gundlach KK. Oral exophytic lesions in 23,616 white Americans over 35 years of age. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1986 Sep;62(3):284-91. doi: 10.1016/0030-4220(86)90010-1
7. Moret Y, Rivera H; Cartaya M. Prevalencia de lesiones en la mucosa bucal de pacientes diagnosticados en el Laboratorio Central de Histopatología Bucal "Dr. Pedro Tinoco"; de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela durante el período 1968-1987. *Acta Odontológica Venezolana*. 2007; 45(2)
8. Mishra R, Khan TS, Ajaz T, Agarwal M. Pediatric Palatal Fibroma. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2017 Jan-Mar;10(1):96-98. doi: 10.5005/jp-journals-10005-1414. Epub 2017 Feb 27
9. Seki K, Sato S, Asano Y, Akutagawa H, Ito K. Improved pathologic teeth migration following gingivectomy in a case of idiopathic gingival fibromatosis. *Quintessence Int*. 2010 Jul-Aug;41(7):543-5
10. Brunsvold MA. Pathologic tooth migration. *J Periodontol*. 2005 Jun;76(6):859-66. doi: 10.1902/jop.2005.76.6.859
11. Uloopi KS, Vinay C, Deepika A, Sekhar RC, Raghu D, Ramesh T. Pediatric giant cell fibroma: an unusual case report. *Pediatr Dent*. 2012 Nov-Dec;34(7):503-5
12. Magnusson BC, Rasmusson LG. The giant cell fibroma. A review of 103 cases with immunohistochemical findings. *Acta Odontol Scand*. 1995 Oct;53(5):293-6. doi: 10.3109/00016359509005990
13. Sklavounou-Andrikopoulou A, Piperi E, Papanikolaou V, Karakoulakis I. Oral soft tissue lesions in Greek children and adolescents: a retrospective analysis over a 32-year period. *J Clin Pediatr Dent*. 2005 Winter;29(2):175-8. doi: 10.17796/jcpd.29.2.21184130718243r2
14. Dutra KL, Longo L, Grando LJ, Rivero ERC. Incidence of reactive hyperplastic lesions in the oral cavity: a 10 year retrospective study in Santa Catarina, Brazil. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2019 Jul-Aug;85(4):399-407. doi: 10.1016/j.bjorl.2018.03.006
15. Buchner A, Shnaiderman-Shapiro A, 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 Sep;39(8):631-8. doi: 10.1111/j.1600-0714.2010.00895.x
16. Kadeh H, Saravani S, Tajik M. Reactive hyperplastic lesions of the oral cavity. *Iran J Otorhinolaryngol*. 2015 Mar;27(79):137-44
17. Reddy V, Saxena S, Saxena S, Reddy M. Reactive hyperplastic lesions of the oral cavity: A ten year observational study on North Indian population. *J Clin Exp Dent* 2012;4:e136-40
18. Sangle VA, Pooja VK, Holani A, Shah N, Chaudhary M, Khanapure S. Reactive hyperplastic lesions of the oral cavity: A retrospective survey study and literature review. *Indian J Dent Res*. 2018 Jan-Feb;29(1):61-66. doi: 10.4103/ijdr.IJDR_599_16
19. Majorana A, Bardellini E, Flocchini P, Amadori F, Conti G, Campus G. Oral mucosal lesions in children from 0 to 12 years old: ten years' experience. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2010 Jul;110(1):e13-8. doi: 10.1016/j.tripleo.2010.02.025
20. Bessa CF, Santos PJ, Aguiar MC, do Carmo MA. Prevalence of oral mucosal alterations in children from 0 to 12 years old. *J Oral Pathol Med*. 2004 Jan;33(1):17-22

21. Sethi HS, Munjal D, Dhingra R, Malik NS, Sidhu GK. Natal tooth associated with fibrous hyperplasia - a rare case report. *J Clin Diagn Res.* 2015 Apr;9(4):ZD18-9. doi: 10.7860/JCDR/2015/13137.5822
22. Singh S, Subba Reddy VV, Dhananjaya G, Patil R. Reactive fibrous hyperplasia associated with a natal tooth. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2004 Oct-Dec;22(4):183-6
23. 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 Sep;16(5):376-9. doi: 10.1111/j.1365-263X.2006.00738.x
24. Planas, P. Ley Planas de la mínima dimensión vertical y ángulo funcional masticatorio Planas. En: P. Planas (Ed.), *Rehabilitación Neuro-Oclusal (RNO) 2ª edición.* Barcelona: Amolca. 2008:27-34.