

FIBROMA GIGANTOCELULAR: EXCISIÓN CON LASER

Carlos Martín Ardila M.

*Odontólogo, U. Santo Tomás. Especialista en Prótesis Periodontal, C.E.S.
Docente, U. de Antioquia y U. Cooperativa de Colombia*

Autor responsable de correspondencia: Carlos Martín Ardila M.

Correo electrónico: carlosmartin@odontologo.com

RESUMEN

Este artículo reporta el caso de un Fibroma Gigantocelular ubicado en el tejido gingival. Microscópicamente, la lesión se caracterizó por proliferación de fibras colágenas y fibroblastos gigantes dispuestos en forma densa e irregular, la superficie es revestida por epitelio con cambios de hiperqueratosis. Se realizó excisión del fibroma con Laser de Diodo. [Ardila CM. Fibroma gigantocelular: Excisión con láser. *Ustasalud Odontología* 2005; 4: 56 - 58]

Palabras clave: Mucosa oral, Patología, Fibroma, Laser.

GIANT CELL FIBROMA: EXCISION WITH DIODE'S LASER

ABSTRACT

This article reports a case of a Giant Cell Fibroma located in the gingival tissue. Microscopically, the lesion was characterized by proliferation of collagen fibers and giant fibroblast, irregular and densely arranged, the surface was covered by epithelium with hiperkeratosis changes. The excision was done with Diodo's Laser.

Key words: Oral mucosa, Pathology, Fibroma, Laser.

Recibido para publicación: 10 de febrero de 2005. Aceptado para publicación: 18 de abril de 2005.

INTRODUCCIÓN

El término Fibroma Gigantocelular fue sugerido en 1974 por Weathers y Callihan para describir un grupo de lesiones fibrosas benignas que habían sido descritas preliminarmente como una variedad de lesiones que incluían fibromas irritativos y papilomas.¹ Histológicamente, se caracterizaba por la presencia de células estrelladas, mononucleares y multinucleares. En 108 casos evaluados, la lesión se observó, más comúnmente, en personas jóvenes y se localizó en la encía, mientras las hiperplasias fibrosas fueron más a menudo encontradas en la mucosa bucal de personas mayores.

Houston revisó 464 casos y corroboró los resultados de Weathers y Callihan, con mínimas diferencias.² Bakos reportó 116 casos, encontró una alta incidencia en pacientes mayores.³

Se ha cuestionado si el fibroma gigantocelular debe ser considerado como una entidad separada. Diferentes lesiones fibrosas de la piel y de las mucosas contienen células multinucleadas y estrelladas.^{4,5} En un estudio realizado en 1550 hiperplasias fibrosas orales se demostró que el 5% de las lesiones se caracterizaron por un predominio de células multinucleadas y estrelladas.⁶ El 31% de las fibromatosis gingivales contenían las mismas características mencionadas anteriormente.

En un estudio sueco en 150 lesiones hiperplásicas de la encía y de la mucosa alveolar no se encontraron fibromas gigantocelulares, lo que sugiere que es una entidad rara en Suecia comparada con otras regiones.⁷

El propósito de este reporte es presentar un caso de un fibroma gigantocelular, describir la histología de la lesión y su tratamiento con laser de diodo.

REPORTE DE CASO

Paciente de género femenino, 45 años de edad, es remitida por presentar una lesión localizada a nivel de la encía lingual del 41, 42 y 43 (Figura 1). La patología presentaba más o menos un mes de evolución y la paciente reportó un crecimiento progresivo, no doloroso de la encía en esa zona hasta que decidió consultar a su odontólogo general. Al examen intraoral se observó una lesión pediculada de aproximadamente un centímetro por un centímetro, de forma redondeada y color rosado. Se evidenció presencia de abundantes cálculos supra y subgingivales en el área.

A nivel vestibular del 42 y 43, se encontró inflamación marcada de la papila interdental (Figura 2). En el examen radiográfico no se observó ninguna alteración de importancia. La paciente no presentaba antecedentes sistémicos y no reportó ingestión de medicamentos, ni linfadenopatías.

La paciente fue sometida a terapia mecánica periodontal con el fin de eliminar todos los cálculos presentes y se evaluó a la semana siguiente. Se observó una disminución del tamaño de la lesión (Figura 3). Una semana después fue intervenida para realizarle excisión de la patología con Laser de Diodo. En la figura 4 se presenta un corte profundo de la lesión. La figura 5 muestra el área luego de remover completamente la lesión. Se envió al laboratorio para realizarle el análisis histopatológico.

La descripción microscópica del informe de patología concluye: «Lesión constituida por proliferación de fibras colágenas y fibroblastos gigantes, los cuales se disponen en forma densa e irregular, superficie revestida por epitelio plano estratificado con cambios de hiperqueratosis». El diagnóstico definitivo es Fibroma Gigantocelular.



Figura 1. Lesión a nivel de la encía lingual del 41, 42 y 43.



Figura 2. Inflamación marcada de la papila a nivel vestibular.



Figura 3. Posterior a la terapia periodontal.



Figura 4. Corte profundo de la lesión.



Figura 5. Remoción completa de la lesión.



DISCUSIÓN

En algunos estudios, se ha observado un leve predominio de la frecuencia del fibroma gigantoceular en mujeres,^{2,3} mientras que otros estudios no muestran predilección alguna por el género.^{1,6,8} De esta forma, esta patología no presenta la misma predilección en el género femenino (2:1), como ocurre con otras lesiones fibrosas.^{1,6}

El fibroma gigantoceular ocurre más a menudo en personas jóvenes y se localiza, principalmente, en la encía.^{1,3,6} Una mayor incidencia ha sido encontrada en la segunda década.^{1,2,6,8} Por otra parte Bakos encontró una mayor incidencia en grupos de edad avanzada.³ En contraste con el fibroma gigantoceular, las hiperplasias más comunes (hiperplasias fibrosas, hiperplasias fibroepiteliales, fibromas) son más frecuentes en grupos de edad avanzada y su localización más común es en la mucosa oral.^{1,6}

El fibroma gigantoceular ubicado en la encía lingual, de una mujer de 45 años, presentado en este artículo sigue los parámetros reportados en la literatura en cuanto a su ubicación en la encía, pero no con la prevalencia del grupo de edad.

Las características histopatológicas también coinciden con los hallazgos encontrados en otros estudios donde se observan igualmente células gigantes multinucleadas.

Considerando el origen de las células tumorales, se ha sugerido que ellas pueden ser melanocitos.¹ La extensión citoplasmática dendrítica de células largas,^{1,2} la presencia de melanina, y su número aumentado cerca del epitelio sugieren una derivación melanocítica. Sin embargo, el resultado negativo a la tinción para proteína S-100 no confirma esta hipótesis ni la de su posible relación con células de Langerhans.⁸

Tinciones negativas para neurofilamentos y para proteínas S-100 sugieren que las células no son de origen nervioso periférico.^{3,8} Las células son negativas para factor VIII y lectina (indica que no hay relación con células endoteliales), lisozimas (indica que no hay relación con células gigantes de tejido de granulación) y citoqueratina (indica que no hay relación con células epiteliales escamosas). La pigmentación positiva para vimentina indica que las células estrelladas son de origen fibroblástico.^{8,9} Un estudio ultraestructural ha afirmado que las células son fibroblastos inusuales.⁵ Sin embargo, Regezi encontró resultados posi-

vos para antiqumotrisina y para HLA-DR, sugiere que las células provienen de células mesenquimales primitivas capaces de la diferenciación macrófaga y fibroblástica.⁸

Varias lesiones fibrosas de la piel y de la mucosa han mostrado que contienen células estrelladas y multinucleadas de presumible origen fibroblástico.^{2,5,6} De esta forma, la presencia de este tipo de células no es exclusiva del fibroma gigantoceular, y por lo tanto las lesiones son probablemente de tipo reactivo mejor que verdaderos neoplasmas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Weathers DR, Callihan MD. Giant cell fibroma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1974; 37: 374 - 384.
2. Houston GD. The giant cell fibroma: a review of 464 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1982; 53: 582 - 587.
3. Bakos LH. The giant cell fibroma: a review of 116 cases. *Ann Dent* 1992; 5: 32 - 35.
4. Buchner A, Merrell PW, Hansen LS, Leider AS. The retrocuspid papilla of the mandibular lingual gingiva. *J Periodontol* 1990; 61: 586 - 590.
5. Regezi JA, Zarbo RJ, Tomich CE, Lloyd RV, Courtney RM, Crissman JD. Immunoprofile of benign and malignant fibrohistiocytic tumors. *J Oral Pathol* 1984; 26: 260 - 265.
6. Reibel J. Oral fibrous hyperplasia containing stellate and multinucleated cells. *Scand J Dent Res* 1982; 90: 217 - 226.
7. Anneroth G, Sigurdson Å. Hyperplastic lesions of the gingiva and alveolar mucosa. *Acta Odontol Scand* 1983; 41: 75 - 86.
8. Regezi JA, Courtney RM, Kerr DA. Fibrous lesions of skin and mucous membranes which contain stellate and multinucleated cells. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1975; 39: 605 - 614.
9. Bengt C, Magnusson R. The giant cell fibroma. A review of 103 cases with immunohistochemical findings. *Acta Odontol Scand* 1995; 53: 293 - 296.