

Fibroma osificante periférico en reborde gingival mandibular de lactante. Reporte de caso

Recibido: 19/05/2020
Aceptado: 15/06/2020

Peripheral ossifying fibroma in the lower gingival ridge of an infant. Case report

Karen Lizeth, Serrano - Arrasco

ORCID:

<https://orcid.org/0000-0003-2153-3853>

Magister, Especialista en Odontopediatría, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo-Perú.

Guido, Perona - Miguel de Priego

ORCID:

<https://orcid.org/0000-0003-4092-7364>

Magister, Especialista en Odontopediatría, Profesor Asociado Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima-Perú.

Wilson Delgado - Azañero

ORCID:

<https://orcid.org/0000-0001-8116-2375>

Profesor Emérito, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima-Perú.

Ana Lucía, Madrid - Mendoza

ORCID:

<https://orcid.org/0000-0003-3819-6371>

CD, Alumna Especialidad de Odontopediatría, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo-Peru.

Citar como Serrano K, Perona G, Delgado W, Madrid A. Fibroma osificante periférico en reborde gingival mandibular de lactante.

Reporte de caso. *Odontol Pediatr* 2020;19 (1);

78 - 84.

Resumen

El fibroma osificante periférico (FOP) es una lesión exclusivamente de la encía, considerada de carácter reactivo, que se presenta en forma frecuente en la segunda década de vida, siendo rara en lactantes. Cuando se evidencia en este grupo de pacientes, se observa una asociación directa con un diente natal o neonatal. El objetivo de este reporte es dar a conocer el caso de un fibroma osificante periférico que se desarrolló en el reborde alveolar mandibular de incisivos, de un lactante con antecedente de extracción de un diente natal a los tres meses de edad.

palabras clave: Fibroma osificante periférico, Diente natal, Lactante, Hiperplasia gingival.

Abstract

Peripheral ossifying fibroma (FOP) is a tumor like lesion, exclusively of the gingival tissue. It is considered a hyperplastic gingival growth of reactive type. It is more commonly found in the second decade of life, but very uncommon in infants. When it is found in this group of patients a direct association with a natal or neonatal tooth have been observed. The objective of this report is to present a case of a peripheral ossifying fibroma that occurred in the mandibular alveolar ridge of an infant with a history of a natal tooth extraction at the age of three months.

Key words: Natal tooth, Infant, Gingival hyperplasia, Peripheral ossifying fibroma.

INTRODUCCIÓN

El fibroma osificante periférico (FOP) es un crecimiento de tejido blando, no neoplásico, poco frecuente y de naturaleza reactiva e inflamatoria, formado por células que derivan del ligamento periodontal, y surge como respuesta a un trauma o a un irritante local. En la literatura puede ser encontrado con diferentes nombres, tales como: granuloma fibroblástico calcificante, épolis fibroso, fibroma periférico con calcificación, épolis fibroso calcificante, épolis fibroso osificante, fibroma cementificante periférico, granuloma piógeno osificante con mineralización, fibroma periférico con calcificación y granuloma fibroblástico con calcificación¹.

El FOP es una lesión exclusivamente de encía, clínicamente se presentan como masas circunscritas sésiles o pedunculadas, generalmente ulceradas, eritematosos o de color rosado similar a la encía circundante, en algunos casos pueden desplazar los dientes adyacentes. La mayoría de las lesiones miden más 2 cm de tamaño, aunque ocasionalmente pueden ser más grandes.

Aparentemente estas lesiones tienen predilección femenina, son más frecuente en adolescentes y adultos jóvenes, con un pico de ocurrencia entre las edades de 10 y 19 años², el tratamiento es quirúrgico y su tasa de recurrencia es baja. Los dientes natales están presentes desde el nacimiento; mientras que los diente neonatales aparece en los recién nacidos dentro del primer mes.

Su prevalencia puede ser de 1: 800 a 1: 3000 en diferentes poblaciones, siendo los dientes natales tres veces más comunes que los dientes neonatales. Se han descrito infecciones graves secundarias a dientes natales y neonatales por eso se recomienda su extracción, en algunos casos se pueden intentar

medios conservadores como el alisamiento de los bordes de las coronas para prevenir las úlceras traumáticas sublinguales asociadas.³ El objetivo de este trabajo es presentar las características clínicas e histológicas, así como discutir la etiología y el diagnóstico diferencial de un caso de fibroma osificante periférico diagnosticado en una lactante de 4 meses de edad.

REPORTE DEL CASO

Se trata de una lactante de sexo femenino de 4 meses de edad en buen estado general a quien habían realizado a los 3 meses de nacimiento la exodoncia de un diente natal en la zona del incisivo central inferior izquierdo. La madre manifestó que en la zona intervenida, notó la aparición de un tumor, que creció en el transcurso de un mes, ocasionando a la bebe dificultad para lactancia.

Al examen clínico se observó, sobre el rodete gingival mandibular, a nivel del incisivo central inferior izquierdo, un crecimiento de aspecto tumoral de límites bien definidos, de forma ovalada, de color rosado, superficie lisa, de consistencia fibrosa, de base pediculada amplia, no dolorosa a la palpación, cuyo tamaño aproximado era 2x1.5x0.5 cms., por la edad de la paciente no habían piezas dentarias erupcionadas (Fig.1).

Por las características clínicas se estableció que se trataba de un crecimiento benigno, probablemente de carácter reactivo, planteándose los diagnósticos de fibroma gingival y fibroma osificante periférico (FOP). Se informó a la madre los diagnósticos presuntivos y su tratamiento, para cual se requería la firma del consentimiento informado.

Para el tratamiento se siguieron las normas del servicio de odontopediatría del Centro Odontológico Americano, Sede-Chiclayo. Previa inmovilización de la paciente, se aplicó anestesia tópica en gel con hisopo y luego con mucho cuidado la anestesia infiltrativa.

Utilizando una pinza con uña se sujetó la lesión y con una tijera fina para encía se extirpó toda la lesión, la hemostasia se realizó por compresión con gasa estéril humedecida con suero fisiológico por 2 minutos (Fig. 2), luego se retira la gasa y se pide a la madre que amamante por la madre, antes de retirarse la paciente se verificó una buena hemostasia de la zona tratada, con esas condiciones e indicaciones se retira del consultorio. La muestra quirúrgica se colocó en un frasco de vidrio con formol al 10% y se envió al laboratorio de Patología de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

El control a los 10 días mostró una buena cicatrización y recuperación de la mucosa gingival (Fig.3), igualmente el control a los 30 días evidenció una mucosa completamente normal (Fig. 4)

EXAMEN ANATOMOPATOLÓGICO

La pieza quirúrgica extirpada consistía de un tejido blanquecino de consistencia firme que medía 1 x 0.5 x 0.4 cms. El examen histológico mostraba una mucosa gingival, con hiperplasia marcada de crestas epiteliales, que recubría a un corion conteniendo infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario entremezclado con moderada cantidad de PMN y eosinófilos. En una zona, se distinguía una masa ligeramente basofílica mineralizada de contornos romos, con características de tejido óseo, rodeada por un estroma fibroso moderadamente celular. El diagnóstico fue fibroma osificante periférico. Figuras 5a, 5b.

DISCUSIÓN

Se reporta el caso de un infante de 4 meses de edad que presentaba una lesión de aspecto tumoral benigna ubicada sobre el reborde mandibular alveolar del incisivo central inferior izquierdo cuyo diagnóstico definitivo fue fibroma osificante periférico (FOP).

Los infantes presentan algunas patologías bucales relacionadas con las características propias de



Figura 1. Crecimiento exofítico pediculado localizado en rodete gingival anteroinferior



Figura 2. Apariencia de encía después de la remoción completa de la lesión



Figura 3. Control a los 10 días del tratamiento



Figura 4. Control al mes del tratamiento

los tejidos de esta edad, la mayoría de lesiones corresponden a hamartomas. La presencia de un fibroma osificante periférico, y sobre todo de rápido crecimiento es muy poco común.^{1,7} La mayor incidencia de esta lesión ocurre en la segunda y tercera década de vida. La prevalencia en el grupo de 0-10 años, ha sido reportada en 1-2% por la mayoría de autores (3,9), siendo extremadamente rara en infantes. La causa exacta de la aparición de FOP no está claramente establecida, se postula que es el resultado de la proliferación de fibroblastos que se encuentra en la encía y en el ligamento periodontal, la cual va acompañada de depósito de material calcificado que puede ser hueso, cemento dental, calcificaciones distróficas y en algunas casos combinaciones de estos elementos.

En algunos casos las lesiones aparecen ulceradas y dependiendo del tamaño pueden producir desplazamiento de dientes.^{2,8} El hecho que en los exámenes histológicos del FOP, siempre se encuentra infiltrado, inflamatorio crónico y las crestas epiteliales se observen hiperplásicas sustentan la teoría que es una lesión de carácter reactivo.

La presencia de irritantes locales como el biofilm

dental, el sarro o tártaro dental, las fuerzas masticatorias inadecuadas, prótesis mal adaptadas y restauraciones de mala calidad, son factores irritantes que generan una respuesta reactiva excesiva en el tejido conjuntivo gingival fibroso. Sin embargo, la etiología específica de esta lesión cuando envuelve la dentición decidua aún no se conoce, a pesar de haber casos reportados de FOP en dentición decidua y mixta.

Los casos de FOP en infantes y en la dentición decidua son muy escasos y no aportan evidencia sobre su etiología. Algunos autores han sugerido al trauma generado por la remoción de un diente^{1,9} el cual induce un crecimiento activo del hueso y quizás a una respuesta perióstica exuberante. En ambos casos sería consecuencia de una respuesta de los tejidos gingivo-periodontales frente al trauma^{4,10}.

Las alteraciones más frecuentes encontradas en bebés son las Perlas de Epstein y los nódulos de Bohn, que son anomalías del desarrollo exclusivamente del epitelio. Se estima que se encuentran en el 80% de los recién nacidos. Los dientes natales y neonatales, son dientes deciduos presentes, típicamente se desarrollan en el área del incisivo central mandibular



Figura 5a. Se observa hiperplasia de crestas epiteliales, en el tejido conectivo existe marcado infiltrado inflamatorio mononuclear difuso. En la parte inferior se distingue una masa mineralizada. H-E 4X

Figura 5b. Masa mineralizada conteniendo osteocitos, rodeada por proliferación fibroblástica. H-E 10X

con rangos de prevalencia de 1: 2000 a 1: 3000 nacimientos. Algunos autores sugieren que el trauma generado por la remoción de un diente neonatal, en tejidos en fase de crecimiento como son los de un bebé, puede resultar en un crecimiento proliferativo, que se traduce en un FOP, como se asociaría el caso que hemos presentado.^{4,11}

El tratamiento recomendado para FOP es quirúrgico conservador, como el realizado en el presente caso. El espécimen quirúrgico requiere necesariamente de un examen histopatológico. Los controles y seguimiento a largo plazo, son mandatorios ya que se ha reportado una tasa de recurrencia, del 16-20%.³ Sin embargo, otros autores mencionan tasa de recurrencia de 7% al 45%.⁵

El FOP es una entidad rara en neonatos, pero, es necesario incluirlo en el diagnóstico diferencial. de las lesiones de aspectos tumoral detectados en este grupo etario.^{6,12} Por otro lado, la presencia de un FOP puede ser preocupante para los padres pues puede limitar la lactancia y por tanto el crecimiento

del bebé, de allí que sea muy importante establecer el diagnóstico y el tratamiento adecuado de todos los casos. El presente caso, se desarrolló como una masa de tejido fibroso conteniendo material calcificado después de la extracción de un diente natal. Se ha interpretado a esta lesión como una hiperplasia gingival reactiva con presencia de tejido óseo, desarrollada probablemente a partir de ligamento periodontal del diente extraído. Su desarrollo, creemos, fue influenciado por la estimulación proporcionada por el trauma quirúrgico consecuencia de la extracción del diente natal, es decir, hubo una respuesta exagerada de los tejidos periodontales del alvéolo que se expresó en una proliferación gingival reactiva con osificación.

El examen radiográfico no se utiliza comúnmente para el diagnóstico de lesiones de tejidos blandos. Sin embargo, Kendrick, Waggoner y Moon et al. han reportado que si bien la calcificación focal en FOP puede ser detectada en una radiografía simple, la tomografía computarizada de haz cónico ofrece una mejor visualización del componente calcificado.^{6,13, 14.}

CONCLUSIONES

La mayor cantidad de literatura relacionada con esta lesión corresponde a pacientes de la segunda y tercera década de vida, son pocos los casos reportados en lactantes y niños.

La comprensión de sus características clínicas, comportamiento biológico y entendimiento de los posibles factores relacionados con su etiología son fundamentales para la prevención y el manejo adecuado de esta lesión. Los odontólogos, y especialmente los odontopediatras deben conocer que la exodoncia de un diente natal o neonatal puede dar lugar a la aparición de un FOP y por lo tanto cuando se realiza este procedimiento, es mandatorio hacer el seguimiento clínico que permita identificar tempranamente a esta lesión a fin de proceder a su inmediato tratamiento.

Conflicto de interés: Los autores no declaran conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Costa-Carlos R. et al. Fibroma osificante periférico de establecimiento precoz: reporte de un caso. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral.* 2017;10(2): 84-86.
2. Acharya R. et al. Peripheral Ossifying Fibroma in Infant: A Case Report. *J Dent Probl Solut.* 2015; 2(2): 38-40.
3. Tewari N. et al. 940 nm Diode Laser assisted excision of Peripheral Ossifying Fibroma in a neonate. *Laser Therapy.* 2017; 20(20).
4. Schafer D. et al. Peripheral Ossifying Fibroma in a Newborn; A Common Condition in an Uncommon Demographic. *Acta Scientific Dental Sciences.* 2019; 3(7): 22-24.
5. Kang S. Song J. Peripheral ossifying fibroma after natal tooth extraction: a case report. *Int J Clin Exp Med.* 2019;12(5):6195-6199.
6. Kohli K. et al. Peripheral ossifying fibroma associated with a neonatal tooth: case report. *Pediatric Dentistry.* 1998; 20(7): 428-429.
7. Botazzo A. et. al. Peripheral Cemento-Ossifying Fibroma in Child. A Follow-Up of 4 Years. Report of a Case. *European Journal of Dentistry.* 2008; 2: 134-137.
8. Costa J. et al. Peripheral ossifying Fibroma in Child: report of case. *The journal of clinical peadiatric dentistry.*2003; 27(3): 283-285.
9. Chandwani M. Fernandes G. Peripheral ossifying fibroma: Review and case report. *Biomed Res Clin Prac.* 2018; Volume 3(3): 1-4.
10. Farquhar T. et al. Peripheral Ossifying Fibroma: A Case Report. *Journal of Canadian Dental Association.* 2008; 74(9): 809-812.
11. Lima M. et al. Recurrent multicentric peripheral ossifying fibroma-like lesion in a child: a case report. *BMC Research Notes.* 2014.
12. Rallan M. et al. Peripheral ossifying fibroma. *BMJ Case Rep.* 2013; 1-3.
13. Chaitra T. et al. Peripheral ossifying fibroma: dilemma in diagnosis. *BMJ Case Rep.* 2012; 1-2.
14. Moon W. et al. Peripheral ossifying fibroma in the oral cavity: CT and MR findings. *Dentomaxillofacial Radiology.* 2007; 36: 180–182.