

Fibromatosis Gingival Hereditaria en Niños. Caso Clínico

Hereditary Gingival Fibromatosis in Children. Case Report

Taj-Taj P¹, Dolmestch C²

RESUMEN

La Fibromatosis Gingival Hereditaria (FGH) es un agrandamiento de los tejidos gingivales poco frecuente, asociado a un componente genético, que se hace evidente en el momento del recambio dentario. Puede generar diastemas, maloclusiones, dolor a la masticación, caries, enfermedad periodontal, retardo en el recambio dentario, complicaciones fonéticas, de deglución y un importante compromiso estético y psicológico.

Paciente sexo femenino, 6 años de edad, con aumento de volumen gingival generalizado que compromete la estética y la función. Presenta retraso en la erupción de dientes permanentes. Con antecedentes familiares de agrandamiento gingival. Se realiza el tratamiento periodontal quirúrgico y odontopediátrico bajo anestesia general.

El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de la FGH, son fundamentales para evitar complicaciones posteriores, más aún considerando la alta tasa de recidiva de FGH en pacientes jóvenes.

Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral Vol 1(2); 66-69, 2008.

Palabras clave: Fibromatosis gingival hereditaria, agrandamiento gingival en niños.

ABSTRACT

Hereditary Gingival Fibromatosis (HGF) is a rare gingival enlargement associated to a genetic condition. The onset of the disease it makes evident during the eruption of permanent dentition. It could bring complications like diastemas, malocclusions, painful mastication, dental caries, periodontal diseases, delayed eruption, phonetic difficulties, swallow complications and important esthetic and psychological problems.

A six years old female child shows a generalized gingival increase volumen that involves the esthetic and function. She shows a delayed eruption of permanent incisors. There are familiar antecedents of gingival enlargement. Surgical Periodontal and Odontopediatric treatment under general anesthetic are made.

The early diagnosis and the opportune treatment of FGH are fundamental to avoid future complications, even more considering the high relapse rate of FGH in young patients.

Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral Vol 1(2); 66-69, 2008.

Key words: Hereditary gingival fibromatosis, gingival enlargement in children.

INTRODUCCIÓN

Se utiliza el término "agrandamiento gingival" para describir un incremento del tamaño gingival que puede ser causado por factores inflamatorios, consumo de medicamentos, enfermedades sistémicas o por condiciones genéticas⁽¹⁾.

La FGH, es una hiperplasia gingival idiopática, y se considera como un tipo de agrandamiento gingival de baja prevalencia (1:750.000)^(2,6). Según la actual clasificación de las enfermedades periodontales se enmarca dentro de las lesiones gingivales no asociados a Placa bacteriana de origen genético⁽³⁾.

Está asociada a un componente autosómico dominante o recesivo. Puede presentarse como un cuadro aislado o como parte de varios síndromes. Se han reportados casos de FGH como parte de los síndromes Zimmerman-Laband, Murray-Puretic-Drescher, Cowden, Cross, y Rutherford entre otros^(1,2). Puede presentarse asociada a hipertricosis, retraso mental y epilepsia, pero en ocasiones, la única manifestación clínica es el agrandamiento gingival^(1,4).

La FGH se hace evidente durante la erupción de las piezas permanentes especialmente los incisivos, pero en ocasiones se puede manifestar en la dentición temporal^(1,2).

El tejido gingival se presenta aumentado de volumen, de color rosado, firme y que puede llegar a cubrir la totalidad de la corona y caras oclusales de las piezas dentarias. No existe sangramiento al sondaje ni presencia de exudado, presentando la encía su punteado característico. El tejido puede ser tan firme y fibroso que a la palpación su consistencia es similar al tejido óseo. La encía libre e insertada están afectadas, pero el agrandamiento no excede más allá de la unión

mucogingival⁽²⁾.

En base a su expresión clínica se han descrito la forma nodular, que se caracteriza por múltiples agrandamientos localizados a nivel de las papilas interdentarias y la forma simétrica, la más común, que es un agrandamiento gingival más uniforme⁽¹⁾.

La FGH puede generar alteraciones que van desde dificultades fonéticas, alteraciones en la deglución, dolor a la masticación, presencia de diastemas y maloclusiones, retardo en el recambio dentario y un importante compromiso estético. La retención de placa bacteriana generada por el agrandamiento gingival, puede contribuir también a la presencia de caries y de enfermedad periodontal. No menos importantes son los efectos en el desarrollo emocional y psicológico del niño^(1,2,5,7).

Histopatológicamente se observa un aumento del tejido conectivo fibroso, con gruesas fibras de colágeno, con fibroblastos jóvenes y escasos vasos sanguíneos. El epitelio es denso, con prolongaciones papilares e hiperqueratosis. Se observan pequeñas partículas calcificadas con tejido óseo metaplásico aislado y, ocasionalmente, se pueden observar zonas de ulceración e inflamación. Las características histológicas no son específicas, por lo que el diagnóstico se basa en la historia y manifestaciones clínicas⁽⁴⁾.

El tratamiento de la FGH dependerá de la severidad del caso. Si el agrandamiento es mínimo, el debridamiento y cuidadoso control de placa bacteriana pueden ser suficientes⁽¹⁾. En casos severos, el tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica mediante gingivectomía. La restauración del contorno gingival fisiológico permite un mejor control de placa bacteriana y con ello, una menor recurrencia y mejores resultados en el largo plazo^(1,2).

1. Cirujano Dentista, Especialista en Periodoncia. Servicio Especialidades Odontológicas, Hospital San Carlos, Servicio Salud Ñuble. Ejercicio privado de la profesión. Chile.

2. Cirujano Dentista, Especialista en Odontopediatria. Clínica Dental, Fundación Coanil, Chillán. Ejercicio privado de la profesión. Chile.

Algunos autores plantean que el mejor momento para realizar el tratamiento es una vez que la toda dentición permanente está presente, pues existe alta probabilidad de recurrencia en pacientes jóvenes⁽²⁾. Sin embargo, el tratamiento precoz a temprana edad tiene con principal fundamento la prevención de consecuencias funcionales, estéticas y psicológicas en el niño^(1,2,5). Puede ser necesario repetir el tratamiento quirúrgico debido a la alta recurrencia del cuadro, lo que generalmente ocurre dentro de los 2 primeros años posteriores a la gingivectomía^(1,2).

Si bien la FGH es una patología de baja prevalencia, el odontólogo debe estar capacitado para realizar un diagnóstico precoz y una derivación oportuna, a fin de evitar futuras complicaciones.

CASO CLÍNICO

Paciente sexo femenino de 6 años de edad. Asiste en compañía de su madre, consultando por aumento de volumen progresivo de las encías y retraso en la erupción de incisivos permanentes. El aumento de volumen gingival comenzó al erupcionar las piezas temporales, pero se ha hecho más evidente en el último tiempo, presentando actualmente molestias y dolor a la masticación.

La madre se muestra preocupada por el severo compromiso estético que sufre la niña, lo que la hace blanco de constantes burlas por parte sus pares, afectando seriamente sus relaciones interpersonales.

No presenta antecedentes médicos de importancia ni consume ningún tipo de medicamentos. Su desarrollo sicomotor es normal. Existe el antecedente familiar de agrandamiento gingival (tío paterno).

Al examen clínico la encía se presenta aumentada de volumen en forma generalizada. De color rosado pálido, con presencia de punteado, de consistencia firme y textura fibrosa, bordes redondeados con pérdida del bisel característico y ubicación coronal al LAC cubriendo casi totalmente las piezas anteriores permanentes en proceso de erupción (Figuras 1 y 2). Ausencia de sangramiento al sondaje, supuración y signos de destrucción periodontal (movilidad, pérdida de inserción, compromiso de furcación, migración y recesión gingival). Presencia de pseudo saco periodontal generalizado. Índice de placa bacteriana de un 80%.

Presenta poliobturaciones, caries de surco en primeros molares permanentes en erupción, absceso vestibular en relación a la pieza 5.5 con dolor intenso a la percusión, movilidad dentaria pieza 5.2 por pronta exfoliación. Se solicitan radiografías retroalveolares totales para confirmar la presencia y grado de desarrollo de las piezas permanentes bajo el tejido gingival.



Figura 1. Imagen frontal, donde se observa una gruesa capa de tejido gingival, que impide la erupción de los incisivos permanentes.



Figura 2. Vista oclusal maxilar, nótese la impronta de los incisivos inferiores en el tejido gingival maxilar.

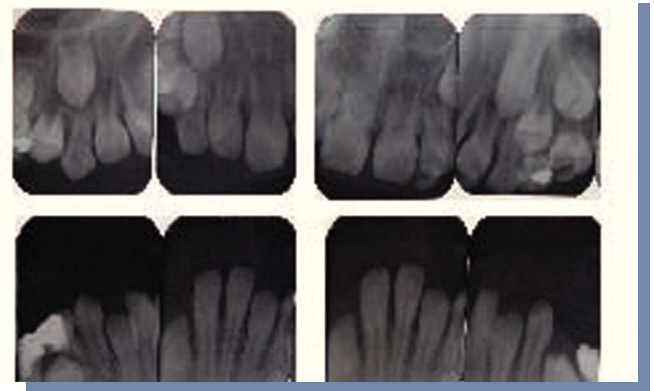


Figura 3. Radiografías retroalveolares que confirman la presencia de las piezas dentarias permanentes bajo el tejido gingival.

DIAGNÓSTICO: Fibromatosis Gingival Hereditaria Simétrica.

TRATAMIENTO

La paciente fue derivada a especialista Odontopediatra para la resolución de la urgencia dental, efectuándose la exodoncia de la pieza 5.5. Debido a la complejidad del caso y a que la paciente era altamente aprehensiva, de difícil manejo y toleraba sesiones de muy corta duración, se decide realizar el tratamiento periodontal quirúrgico y odontopediátrico bajo anestesia general.

Se efectúa tratamiento periodontal no quirúrgico mediante instrucción de higiene oral a la niña y a la madre y el debridamiento maxilar y mandibular.

Posteriormente, bajo anestesia general, se procede al tratamiento de operatoria dental planificado, seguido del tratamiento periodontal quirúrgico. Se realiza gingivectomía a bisel externo. El tejido se presenta de consistencia muy firme y fibroso, lo que dificulta y prolonga el procedimiento. Se priorizan los sectores anteriores maxilar y mandibular por consideraciones funcionales y estéticas para permitir, además, la erupción de la piezas definitivas.

Para finalizar, la zona quirúrgica es protegida mediante cemento quirúrgico periodontal.

El postoperatorio fue satisfactorio. Se mantuvo a la paciente hospitalizada por 12 hrs. y posterior a ello, es dada de alta. Se prescribe colutorio de CHX. 0,12 % y analgesia en base a Ibuprofeno 400 mg. Se realiza un control a los 7 días con buena evolución, cicatrización normal de los tejidos periodontales y sin mayores molestias.

Son realizados controles semanales periódicos durante 2 meses, tras lo cual la paciente es reevaluada y dada de alta. Se establece terapia de soporte periodontal a los 6 meses, reiterando la necesidad de realizar un buen control de placa bacteriana durante este período.



Figuras 4 y 5. Imagen a las 4 semanas posterior a la cirugía, en que se observa la presencia de los incisivos permanentes.



Figura 6. Vista frontal al control 1 año posterior a la cirugía, en la que se observa recidiva en menor grado del agrandamiento.

La paciente no asiste al control semestral programado y lo hace después de de 1 año (6 meses de inasistencia). En esa oportunidad la encía se observa aumentada de volumen, pero en menor grado que al inicio del tratamiento. Presenta un índice de Placa bacteriana (75 %). Se diagnostica recidiva parcial y leve de FGH y Gingivitis asociada a placa bacteriana, por lo que la paciente es reingresada a tratamiento periodontal.

DISCUSIÓN

La FGH es una proliferación fibrosa de los tejidos gingivales poco frecuente, asociado a un componente genético, que se hace más evidente, como en este caso, en el momento del recambio dentario.

La FGH no es un cuadro agudo, ni representa una urgencia odontológica real, pero en casos como este, en que el excesivo agrandamiento gingival afecta a una niña en etapa de crecimiento activo, tanto físico como psicológico, pueden verse afectados seriamente el desarrollo normal de los maxilares, la oclusión, las funciones de fonación, masticación, deglución y la estética, siendo este último un componente importante en el desarrollo de la autoestima y consecuente estabilidad psicológica y emocional.

Es por todo lo anterior, que la detección y derivación oportuna por parte del odontopediatra y el diagnóstico precoz y tratamiento adecuado, con un manejo correcto de las técnicas quirúrgicas por parte del periodoncista, son fundamentales para conseguir resultados estéticos y funcionales óptimos en el tratamiento de un caso de FGH.

La manifestación temprana de la FGH y todos los efectos que ella conlleva, justifica la intervención temprana del caso.

La edad de la niña, su difícil manejo para la atención, lo extensa y compleja de la intervención quirúrgica periodontal, además de la necesidad de tratamiento odontopediátrico, hacen necesario su manejo bajo anestesia general. Esta última, muestra ser una importante herramienta en la resolución de problemas periodontales que requieren un manejo especial.

Pese a que los resultados obtenidos en el tratamiento de este caso fueron óptimos inicialmente (estéticos y funcionales), la recidiva parcial del agrandamiento gingival después de un año de control, hace evidente la necesidad de una terapia de mantención periodontal con intervalos de menor tiempo a los establecidos en un principio, a fin de lograr un mayor compromiso del paciente y mantener un adecuado control y seguimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Deangelo S, Murphy J, Claman L, Kalmar J. Hereditary Gingival Fibromatosis- A Review. *Compendium* 2007. 28:138-144.
2. Coletta R, Graner E. Hereditary Gingival Fibromatosis: A Systematic Review. *J. Periodontol* 2006. 77:753-764.
3. International Workshop for Classification of Periodontal Diseases and Conditions. *Ann Periodontol* 1999.4:30.
4. Doufexi A, Mina M, Ioannidou E. Gingival Overgrowth in Children: Epidemiology, Pathogenesis, and Complications. A Literature Review *J Periodontol* 2005.76:3-10.
5. Baptista IP. Hereditary Gingival Fibromatosis a Case Report. *J Clin Periodontol* 2002; 29: 871-874.
6. Ramer M, Marrone J, Stahl B, Burakoff R. Hereditary Gingival Fibromatosis: Identification, Treatment, Control. *JADA* 1996.27:493-495.
7. Bozzo L, Machado MA, de Almeida OP, Lopes MA, Colletta RD. Hereditary Gingival Fibromatosis: Report of three cases. *J Clin Pediatr Dent* 2000; 25:41-46.

CORRESPONDENCIA AUTOR

Pablo Taj-Taj Caballero
Centro Especialidades Odontológicas CEO.
Av. Libertad 845 of. 506, Chillán. Chile.
ptajtaj@hotmail.com

Trabajo recibido el 22/05/2008.

Aprobado para su publicación el 09/07/2008.