

Agrandamientos gingivales que aparecen durante el embarazo y la importancia del diagnóstico definitivo histopatológico

Autores: Vargas Casillas A .P.

Profesora del Departamento de Periodoncia e Implantología de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología, UNAM

Flores Sánchez I.

Profesor del Departamento de Periodoncia e Implantología de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología, UNAM

Castro Ulín S.

Alumna del segundo año del Curso de la Especialización en Periodoncia e Implantología de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología, UNAM

Resumen

La hiperplasia fibrosa inflamatoria, los fibromas cemento-osificantes y osificantes son lesiones reactivas que forman parte del espectro de patología gingival que pueden presentarse en la cavidad bucal. Se consideran neoplasias benignas, pero localmente pueden ser agresivas y clínicamente son similares, por lo que es importante establecer su diagnóstico definitivo.

Casos clínicos: tres mujeres jóvenes presentaron agrandamientos localizados en la encía de la región de los incisivos anteriores inferiores. El diagnóstico clínico probable fue granuloma piógeno en los tres casos, ya que las pacientes refirieron su aparición durante el embarazo y no desaparecieron después del parto, por lo que se realizaron las biopsias excisionales.

Resultados: los diagnósticos histológicos no correspondieron a granulomas piógenos, más comunes en el embarazo, sino a tres entidades diferentes: hiperplasia fibrosa inflamatoria, fibroma cemento-osificante periférico y fibroma osificante periférico seguido de una hiperplasia fibrosa inflamatoria.

Conclusión: el diagnóstico presumible de los agrandamientos gingivales debe incluir diagnósticos diferenciales, siempre mediante un estudio histopatológico para establecer el diagnóstico definitivo.

Palabras clave: agrandamiento/hiperplasia gingival, hiperplasia fibrosa inflamatoria, fibroma cemento-osificante periférico, fibroma osificante periférico, lesiones fibroósas.

Introducción

Las manifestaciones clínicas de la gingivitis del embarazo tienen la característica de que algunas veces ésta no se resuelve sino hasta después del parto y otras tantas muestran una tendencia a desarrollar una hiperplasia gingival localizada; comúnmente esta condición se clasifica como granuloma piógeno del embarazo.¹ Clínicamente se obser-

va como un aumento de volumen localizado, de tamaño variable, que generalmente aparece en el segundo o tercer trimestre del embarazo. Se localiza con mayor frecuencia en la región de la encía interdental y tiene una tendencia a sangrar debido a que es muy vascularizado. El tratamiento de esta lesión consiste en su remoción quirúrgica después del parto, considerando que algunos casos desaparecen

espontáneamente, aunque también pueden reaparecer en embarazos subsecuentes.²

A pesar de lo anterior, en mujeres embarazadas también pueden aparecer otras lesiones reactivas benignas, como las hiperplasias gingivales inflamatorias y las lesiones fibroóseas, aunque no se ha reportado que exista una mayor frecuencia de éstas durante dicha etapa. El granuloma piógeno y el agrandamiento gingival se presentan como una respuesta a estímulos como la irritación crónica de bajo grado, traumatismos y factores hormonales,³ mientras que el fibroma cemento-osificante periférico y el fibroma osificante son lesiones benignas, de naturaleza reactiva y de etiología desconocida, con una clara predilección por el sexo femenino (2:1) entre los 20 y los 30 años de edad;⁴ clínicamente se observan como agrandamientos localizados de consistencia firme, más comunes en la encía de la región de la mandíbula.²

El objetivo de este reporte es resaltar la importancia del examen histopatológico en el diagnóstico definitivo de agrandamientos gingivales originados durante el embarazo en tres pacientes que asistieron a la Clínica de Periodoncia e Implantología de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la UNAM, en situaciones en las que sus características clínicas sugerían la presencia de granulomas piógenos.

Casos clínicos

Caso 1. Mujer de 37 años de edad que presentó un agrandamiento localizado en la encía interdental de los incisivos centrales inferiores, sin desplazamiento ni movilidad dentaria, con tres años de evolución. Apareció durante su primer embarazo y su tamaño disminuyó después del parto. Dos años después, en su segundo embarazo, aumentó nuevamente su tamaño y después del parto ya no se redujo (Foto 1). Clínicamente se observó un incremento de volumen asintomático, de consistencia firme, de base pediculada y con un tamaño de 1 cm. Periodontalmente, la paciente manifestó periodontitis crónica moderada, y los agrandamientos fueron diagnosticados de manera clínica como granuloma piógeno; fue extirpada en su totalidad y enviada al departamento de patología bucal para su examen histopatológico. El reporte histológico determinó la presencia de tejido conjuntivo fibroso denso bien vascularizado, con infiltrado inflamatorio crónico de mo-



Foto 1. (Caso 1) Hiperplasia fibrosa inflamatoria

derado a severo, dispuesto en parches, con predominio linfoplasmocitario. En la base se detectaron calcificaciones distróficas, basófilas e irregulares, con presencia de islas de epitelio odontogénico inactivo y revestidos por epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado con acantosis, por lo que se estableció el diagnóstico definitivo de hiperplasia fibrosa inflamatoria.

Caso 2. Mujer de 33 años de edad con un agrandamiento localizado en la encía insertada y parte de la mucosa alveolar lingual de los incisivos centrales inferiores, los cuales no fueron afectados. El agrandamiento midió 1 cm ▶



Foto 2. (Caso 2) Fibroma cemento-osificante periférico



Foto 3. (Caso 3) *Fibroma osificante periférico*

de diámetro, se mostró pediculado, de consistencia firme, asintomático, bien delimitado, con zonas ulceradas e interfería con la lengua. La lesión tenía tres años de evolución y apareció durante su embarazo. Periodontalmente, la paciente presentó gingivitis asociada a placa, y el agrandamiento fue diagnosticado clínicamente como granuloma piógeno (Foto 2). La lesión fue eliminada quirúrgicamente y enviada a su estudio histopatológico, el cual reveló una lesión fibroósea benigna, compuesta por proliferación de fibroblastos asociada a material mineralizado formado por masas irregulares de calcificaciones distróficas y masas globulares basófilas semejantes al cemento. Todo ello en un tejido conjuntivo laxo y denso, celular, con infiltrado infla-



Foto 4. (Caso 3) *Recidiva: hiperplasia fibrosa inflamatoria*

matorio mixto difuso, cubierto por un epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado, con zonas de acantosis, edema intercelular y una solución de continuidad (úlceras) cubierta por fibrina. Se estableció un diagnóstico definitivo de fibroma cemento-osificante periférico.

Caso 3. Mujer de 21 años de edad con un embarazo de cuatro semanas que presentó gingivitis asociada a placa y un agrandamiento localizado en la encía interdental del lateral y canino inferiores izquierdos, los cuales no fueron afectados. El diagnóstico fue granuloma piógeno, pero en ese momento no se estableció ningún tratamiento. Ocho meses después, la paciente regresó a consulta debido a que el agrandamiento había crecido a casi 2 cm de diámetro, lo que interfería con su masticación. El agrandamiento se mostró bien delimitado, pediculado y de consistencia firme, con úlceras asociadas al traumatismo por la masticación (Foto 3). El agrandamiento fue eliminado excisionalmente, y el estudio histopatológico reportó un espécimen parcialmente cubierto por un epitelio escamoso estratificado, paraqueratinizado, con edema intracelular y pérdida de solución de continuidad con fibrina. Un tejido conjuntivo fibroso denso bien vascularizado con infiltrado inflamatorio crónico difuso, entremezclado con focos de calcificación, ayudó a establecer un diagnóstico definitivo de fibroma osificante periférico.

Diez meses después la paciente volvió con un nuevo agrandamiento en el mismo sitio, aunque de menor tamaño, por lo cual se le diagnosticó una recurrencia del fibroma osificante periférico, que también fue removido quirúrgicamente (Foto 4). El nuevo estudio histopatológico mostró un espécimen constituido por tejido conjuntivo fibroso laxo, con áreas de aspecto mixoide, vascularizado, con infiltrado inflamatorio mixto de predominio plasmocitario, moderado, dispuesto en parches, cubierto parcialmente por epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado, con hiperplasia pseudoepiteliomatosa y edema intercelular. Se diagnosticó hiperplasia fibrosa inflamatoria.

Discusión

En este reporte se describieron tres casos clínicos de mujeres jóvenes, con presencia de agrandamientos localizados en la encía de la región de los dientes anteriores inferiores, circunscritos, asintomáticos y de consistencia firme. Debido a sus características clínicas y a que los tres casos tuvie-

ron en común las lesiones iniciaron durante el embarazo, su diagnóstico clínico fue granuloma piógeno, ya que este tipo de lesión es más frecuente durante este periodo. Las lesiones fueron eliminadas por medio de biopsias excisionales y enviadas al laboratorio del departamento de patología bucal para su examen histopatológico.

Los resultados histológicos de los tres casos fueron diferentes. En el primero se trató de una hiperplasia fibrosa inflamatoria, el segundo fue un fibroma cemento-osificante periférico y el tercero un fibroma osificante periférico, seguido de la aparición de una hiperplasia fibrosa inflamatoria. Ninguno de los tres casos correspondió al diagnóstico clínico presumible de granuloma piógeno, lo cual enfatiza la importancia de que un diagnóstico definitivo debe sustentarse en un examen histopatológico, el cual, de manera objetiva, determinará la naturaleza exacta de la lesión, ya que existen entidades patológicas que pueden compartir características clínicas similares. Sin embargo, pueden representar patologías diferentes, desde neoplasias benignas hasta malignas, por lo que hay que considerar los probables diagnósticos diferenciales.

El granuloma piógeno se manifiesta en cualquier edad, pero particularmente en personas jóvenes (segunda, tercera y cuarta década de la vida) y sobre todo en mujeres, lo cual puede explicar, al menos parcialmente, su presencia durante el embarazo.⁵ Esto influyó de manera importante al establecer el diagnóstico presumible de granuloma piógeno en los tres casos. Cabe señalar que la idea de que con el tiempo un granuloma piógeno pueda madurar y convertirse en una hiperplasia fibrosa es poco probable, por lo que estas dos lesiones no representan diferentes etapas de la misma entidad clínica como respuesta a un estímulo de bajo grado.⁶

Las lesiones hiperplásicas inflamatorias son proliferaciones reactivas, ya que representan una proliferación fibroblástica autolimitada del tejido o una mezcla de tejido fibroso y vascular. En la cavidad bucal la mayoría de los irritantes locales son físicos y pueden estimular al tejido conjuntivo, al ligamento periodontal o al periostio para su desarrollo. Estas lesiones son asintomáticas, por lo general afectan a la encía interdental, tienen un índice variable de crecimiento y se presentan con mayor frecuencia en mujeres.^{2,7}

El fibroma cemento-osificante también es una lesión de naturaleza reactiva y de etiología desconocida. Gene-

ralmente, aparece en la tercera y cuarta décadas de la vida y con más frecuencia en mujeres, característica que comparte con la hiperplasia fibrosa y el granuloma piógeno. Se localiza principalmente en áreas dentadas, sobre todo en la región premolar-molar de la mandíbula (70-80% de los casos),^{8,9,10,11} aunque puede aparecer en cualquier zona. Es una neoplasia relativamente rara, bien delimitada y de crecimiento lento; se considera un tumor osteogénico (no odontogénico). Está formado por tejido conectivo, con una cantidad variable de tejido mineralizado que se asemeja al cemento. Los que surgen en la encía se manifiestan como una masa que va aumentando de tamaño hasta producir, en ocasiones, deformidad estética y/o alteración funcional. Después de su total remoción, el pronóstico es excelente y su recurrencia es muy rara.¹²

El fibroma osificante aparece en la boca como un sobrecrecimiento del tejido gingival debido a una irritación o trauma y se localiza más comúnmente en la mandíbula. Es más prevalente en mujeres y puede presentarse a cualquier edad, especialmente en adultos. Es una neoplasia fibroósea cuyo origen son células multipotenciales del ligamento periodontal de un diente cercano. Está compuesto principalmente por tejido conectivo fibroso, con formación ósea como rasgo secundario, pero si las calcificaciones se asemejan al cemento, entonces se denomina fibroma cementificante.^{13,14} Su tratamiento consiste en su completa remoción, lo que evita su recurrencia.¹³

Algunos autores consideran al fibroma cemento-osificante y al fibroma osificante como la misma lesión y deben diferenciarse de otras lesiones como: granuloma piógeno, granuloma de células gigantes, displasia fibrosa, osteoma osteoide, osteoblastoma, osteosarcoma de bajo grado, cemento-blastoma, displasia cemento-ósea periapical y focal, fibroma cemento-osificante juvenil, osteomielitis crónica y osteomielitis esclerosante de Garré.^{8,9,10,15}

Es importante mencionar que los tumores malignos en la cavidad bucal pueden tener una apariencia clínica similar a la de un tumor benigno o algún agrandamiento gingival; por esta razón, se debe realizar el examen histológico de todo tejido excidido o biopsiado, con el fin de confirmar o modificar un diagnóstico clínico de presunción, aun cuando las lesiones parezcan benignas.

Por último, cabe señalar que aunque existen reportes de la frecuencia de agrandamientos gingivales inflamato- ▶

rios e hiperplasias fibroóseas en mujeres jóvenes,^{5, 6, 7} no hay evidencias publicadas de su frecuencia en mujeres embarazadas, por lo que estos tres casos clínicos indican la posibilidad de que la frecuencia de éstos pudiera guardar alguna relación con el embarazo. De ahí que existe la necesidad de efectuar estudios epidemiológicos en este tipo de población para confirmar o no dicha asociación.

Conclusiones

- Diversas entidades patológicas comparten características clínicas similares.
- Es importante establecer diagnósticos clínicos de presunción, pero también diagnósticos diferenciales que abarquen todas las posibilidades.
- Los exámenes histopatológicos son una herramienta indispensable para instaurar diagnósticos definitivos.
- El diagnóstico definitivo debe tomar en cuenta tanto las características clínicas como las histopatológicas.
- El diagnóstico probable de los agrandamientos gingivales debe incluir diagnósticos diferenciales y tiene que complementarse siempre con un examen histopatológico para establecer el diagnóstico definitivo.

Expresamos nuestro agradecimiento al Departamento de Patología Bucal de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la UNAM por la realización de los estudios histopatológicos. ∞

Referencias bibliográficas

1. Armitage G. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Annals of Periodontology* 1999; 4:1-6.
2. Sapp P, Eversole L, Wysocki G. *Patología oral y maxilofacial contemporánea*. Harcourt. España, 2005:279-282.
3. Jafarzadh H, Santkhani M, Mohtasham N. Oral pyogenic granuloma: a review. *J Oral Sci* 2006;48(4):167-175.
4. Feller L, Buskin A, Raubenheimer EJ. Cemento-ossifying fibroma: case report and review of the literature. *J Int Acad Periodontol* 2004;6(4):131-135.
5. Kfir Y, Buchner A, Hansen L. Reactive lesions of the gingiva. A clinicopathological study of 741 cases. *J Periodontol* 1980;51(11):655-661.
6. Stablein MJ, Silverglade LB. Comparative analysis of biopsy specimens from gingival and alveolar mucosa. *J Periodontol* 1985;56(11):671-676.
7. Zhang W, Chen Y, An Z, Geng N, Bao D. *Reactive gingival lesions: a retrospective study of 2,439 cases*. *Quintessence Int* 2007;38(2):103-110.
8. Waldrom CA. Fibro-osseous lesions of the jaws. *J Oral Maxillofac Surg* 1993;51:828-835.
9. De Vicente RJ, González MS, Santamaría ZJ, Rubiales B. Tumores no odontogénicos de los maxilares: clasificación, clínica y diagnóstico. *Med Oral* 1997;(2):83-93.
10. Sakuma T, Kawasaki T, Watanabe K. Concurrent cementifying and ossifying fibromas of the mandible: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 1998;56:778-782.
11. Galdeano M, Cresco J, Álvarez R, Ferrero E, Hernández V. Fibroma cemento-osificante gingival mandibular: presentación de un caso. *Med Oral* 2004;9(9):176-179.
12. Waldrom CA. Fibro-osseous lesions of the Jaws. *J Oral Maxillofac Surg* 1993;51:828-835.
13. William H, Crawford J. Jaws: fibro-osseous, giant cell, developmental and neoplastic conditions in: *Oral pathology fibro-osseous, giant cell, developmental and neoplastic conditions* 2008; 190-191.
14. Rodolfo F, Mendoza V. Fibroma osificante: reporte de un caso clínico y revisión de la literatura. *Revista Odontológica Mexicana* 2006;10(2):88-92.
15. Marx RE, Stern D. *Oral and maxillofacial pathology*. Quintessence 2003;17:789-796.