

FIBROMATOSIS GINGIVAL IDIOPATICA CON DESTRUCCION OSEA ASOCIADA A AMELOGENESIS IMPERFECTA

Primer Caso Reportado en Costa Rica

Ml. Rodolfo Fernández E. *, José Joaquín Ulloa G. *, Alfredo Valverde S. *, Jorge Salas C. **

Key Word Index: Idiopathic Gingival Fibromatosis, amelogenesis imperfecta, case report.

Resumen

Se presenta un caso de fibromatosis gingival idiopática con destrucción ósea asociada a amelogénesis imperfecta, en un joven de trece años, sin aparente enfermedad sistémica. (Rev. Cost. Cienc. Méd. 1983; 4(1)49- 54).

Introducción

La fibromatosis gingival idiopática (fibromatosis gingival hereditaria, gingivitis hipertrófica, elefantiasis gingival, fibroma difuso de la gíngiva, épulis múltiple, macrogingiva congénita), es un raro tipo de hiperplasia de la encía. En la literatura dental mundial no se encontró ningún reporte de casos asociados con amelogénesis imperfecta.

Los pacientes con fibromatosis gingival pueden haber heredado una tendencia a la proliferación de tejido conectivo en respuesta a irritantes menores. Parece ser particularmente intensa durante la adolescencia (1). Robbins expresa que puede haber factores hormonales y de nutrición involucrados en la fibromatosis (4).

La herencia más corriente es de tipo autosómico dominante y está asociada con la presencia o erupción de las piezas dentales. La hiperplasia puede ser tal que impida ciertos movimientos de lengua, modifique el habla, dificulte la masticación e incluso sea difícil cerrar la boca (3).

Al examen clínico se encuentran agrandamientos gingivales de consistencia fibrosa con o sin inflamación (2).

Histológicamente es característico encontrar una hiperplasia de la capa fibrosa del corion, acompañado de epitelio poco hiperplásico con una capa bien formada de queratina y células inflamatorias con o sin reabsorción ósea del proceso dento alveolar (5, 6).

Esta patología ha estado asociada con hipertrichosis (exceso en el crecimiento de pelo), fibromas hialinos múltiples, defectos en los dedos, nariz y orejas (5, 6).

La cirugía ha probado ser el mejor tratamiento, ya sea con la extracción de alguna o todas las piezas dentales. La gingivectomía, a pesar de ser un tratamiento más conservador que la extracción dentaria, en la mayoría de los casos no es la más adecuada ya que la lesión tiende a recidivar (5, 6).

* Sección de Diagnóstico y Medicina Oral. Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica.

** Servicio de Patología, Hospital San Juan de Dios.

Debe establecerse el diagnóstico diferencial con la periodontosis (destrucción no inflamatoria degenerativa del periodonto), en el que las áreas afectadas en primer lugar son los incisivos superiores e inferiores y los premolares. La degeneración inicial se considera de etiología idiopática y la lesión inflamatoria secundaria se cree coadyuvada por factores irritantes locales (5, 6).

En cuanto a amelogénesis imperfecta se denominará así a los defectos hereditarios del esmalte no asociados con defectos sistémicos. Se clasifica en tres tipos: hipoplásico (formación insuficiente de esmalte), hipocalcificado (déficit notable de la calcificación inicial de la matriz orgánica), e hipomaduro (déficit en la formación de cristales de apatita en los diversos componentes de los prismas y vainas prismáticas) (3).

Reporte de un Caso

Joven de trece años, soltero, estudiante, vecino de Pavas, San José; se presentó a la clínica de diagnóstico y medicina oral de la Facultad de Odontología de la Universidad de Costa Rica en julio de 1982 para una interconsulta.

Apreciación física: normal. Signos vitales: temperatura 37°, pulso 72 puls./min., presión arterial 110 mm/80 Hg., frecuencia respiratoria 20 seg./min. e inspiración retenida 20 seg.

Antecedentes patológicos personales

Amigdalectomía, bronquitis crónica, operado de quiste en el pene.

Historia familiar

Abuela materna murió de leucemia. Pariente lejano con amelogénesis imperfecta y un hermano con fibromatosis gingival idiopática asociada con amelogénesis imperfecta.

Historia dental

La condición oral es mala; su dentición mixta presenta amelogénesis imperfecta tipo hipomaduro con dientes muy sensibles.

Periodontalmente presenta agrandamiento gingival generalizado (encía reluciente lisa y edematosa), con bolsas profundas en las molares y anteriores superiores permanentes y de mediana profundidad en el resto de las piezas; movilidad de II y III grado en las piezas más afectadas. Existen coronas de acero cromado en primeras molares permanentes inferiores. Se nota un olor fétido y mal posición dentaria.

Examen radiográfico

Destrucción ósea generalizada de los rebordes dento alveolares y gran número de piezas retenidas o tardías en su erupción.

Examen de laboratorio

Hematología: Hemoglobina 14,2 CMS.100 cc, Hematocrito 42/100, CHGM 33,8%, Tiempo de protrombina 16 segundos 58,4%, Tiempo de coagulación (Lee-White) 8 minutos, Leucocitos 8.000%, Basófilos 0%, Eosinófilos 2%, Mielocitos 0%, Metamielocitos 0%, En banda 0%, Neutrofiles 52%, Linfocitos 46%, Monocitos 0%.

Química sanguínea: Fosfatasa alcalina 88 U/100 ml.

Análisis de orina: pH: 5, densidad: 1.007; Proteínas: no hay; Glucosa: no hay; Leucocitos x campo: 440 D 1; Eritrocitos x campo: 33 D 0; Cilindros: no hay; Células epiteliales: pocas; Cristales: no hay; Proteína de Bence-Jones: negativo.

Los exámenes de laboratorio son importantes para establecer posibles diagnósticos de enfermedades sistémicas con manifestaciones en los maxilares, a saber: mieloma múltiple y granuloma eosinofílico de los maxilares.

Examen histológico

“Los cortes muestran tejidos conectivo revestido por epitelio pavimentoso estratificado. El tejido conectivo es de densidad variable, con zonas compactas y otras de aspecto mixoide y muestra numerosos islotes pequeños de células epiteliales con citoplasma pálido o vacuolado (epitelio odontogénico) así como numeroso calcosferitos, algunos en relación con los nidos epiteliales ya mencionados. Inmediatamente por debajo del epitelio, hay una zona con densa infiltración por células plasmáticas. El aspecto histológico de esta lesión es similar al de un fibroma odontogénico, pero tenemos la información de que en este paciente afecta toda la gingiva. Diagnóstico patológico: fibromatosis gingival”.

Comentarios

El pronóstico de este caso desde el punto de vista odontológico es malo, ya que el tratamiento más indicado es la extracción de las piezas dentales, la gingivoplastia correspondiente y prótesis total.

Debe establecerse el diagnóstico diferencial con lesiones como periodontosis, mieloma múltiple y los crecimientos hiperplásicos que provoca la difenilhidantoína en pacientes con epilepsia. Este es el primer caso de fibromatosis gingival idiopática asociada a amelogenesis imperfecta que se reporta en Costa Rica.

ABSTRACT

This case shows an idiopathic gingival fibromatosis with bone destruction, associated with amelogenesis imperfecta, in a thirteen year old boy without any apparent systemic disease.

Bibliografía

1. Albjerg, L. E. Idiopathic gingival hyperplasia, *J. Oral Surg. O. Med. O Path.* 1967; 23(6):823—826.
2. Fritz, M. Idiopathic gingival fibromatosis with extensive Osseus involvement in a 12 year old boy *J. Oral Surg. O. Med. O Path.* 1970; 30(6):755—758.
3. Lynch, M. A. *Medicina bucal de Burket. Diagnóstico y tratamiento.* 7 ed. Editorial Interamericana. México D. F. 1980; 167.
4. Robbins, S. T. *Patología estructural y funcional,* Editorial Interamericana. México D. F. 1975; 856—857.
5. Mitchell, D.F.; Standish, S.M.; Fast, T.B. *Propedéutica Odontológica* 2 Ed., Editorial Interamericana. México D.F. 1973; 119-120.
6. Yorosko. J. J.; Wall, T. M.; Vopal, J. J.; Bossman, J. R. Idiopathic gingival fibromatosis *J. Oral Surgery* 1967; 35(11):907—908.

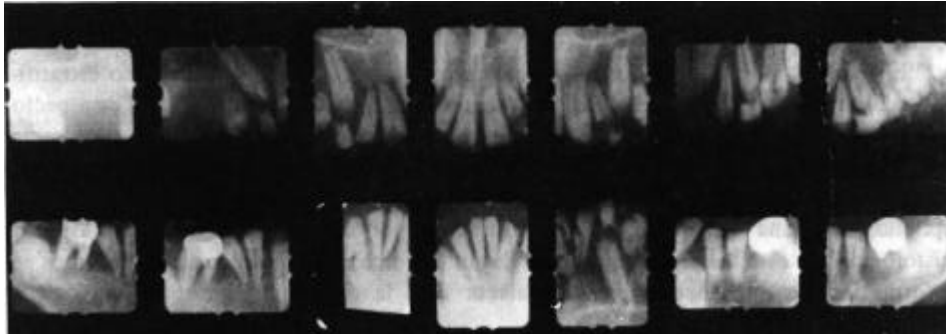


Figura No. 1. Radiografías periapicales donde se observa reabsorción ósea generalizada y retardo en la erupción dentaria.

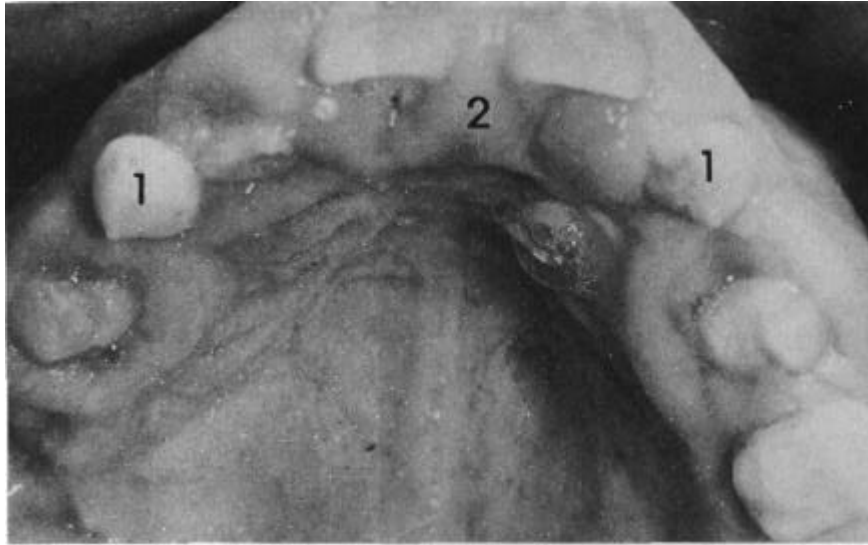
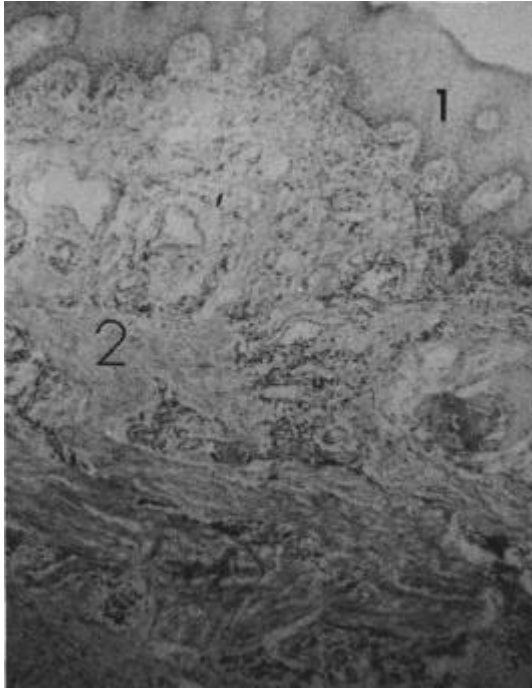


Figura No. 2 Maxilar superior: 1) Caninos temporales. El resto de las piezas son permanentes. 2) Nótese el agrandamiento gingival que en algunas áreas cubre parte de las coronas dentarias.



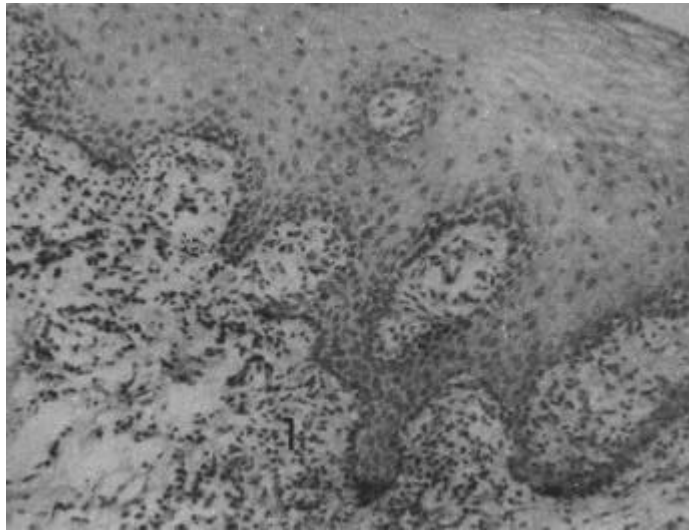
Figura No. 3. Maxilar inferior: las mismas características clínicas descritas en el maxilar superior. 1) Coronas de acero cromado en las primeras molares permanentes.



Cortes Histológicos

*Figura No. 4
16 x*

- 1. Epitelio pavimentoso estratificado*
- 2. Tejido conectivo muy aumentado de espesor*



*Figura No. 5.
40 x
1. Infiltración inflamatoria crónica del corion.*