

Corrección quirúrgica en una adolescente con hiperplasia gingival hereditaria

Surgical correction in an adolescent with hereditary gingival hyperplasia

Dra. Maritza Peña Sisto¹ y Dr. Rafael Alberto Clavería Clark¹¹

¹ Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

¹¹ Clínica Estomatológica Provincial Docente "Mártires del Moncada", Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se describe el caso clínico de una adolescente que fue atendida en la consulta de Periodoncia del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, por presentar agrandamiento de las encías desde hacía más de un año, lo que le dificultaba la masticación de los alimentos y, por tanto, le producía trastornos digestivos transitorios, además de afectar su estética. Luego de realizados los exámenes físico y complementarios, se estableció el diagnóstico presuntivo de hiperplasia gingival hereditaria o familiar y se indicó el tratamiento, que incluyó 3 fases: la inicial, la correctiva quirúrgica y la de soporte periodontal. En la fase quirúrgica se tomó una muestra hística cuyo análisis anatomopatológico confirmó el diagnóstico presuntivo inicial.

Palabras clave: hiperplasia gingival, enfermedades genéticas congénitas, gingivectomía, gingivoplastia, consulta de periodoncia, adolescencia.

ABSTRACT

The case report of an adolescent that was assisted in the Periodontics Service of "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" Teaching General Hospital in Santiago de Cuba is described. He presented enlargement of the gums for more than a year, which made mastication of foods difficult and therefore, transitory digestive dysfunctions took place, besides affecting her aesthetics. After the physical and complementary tests, the presumptive diagnosis of hereditary or family gingival hyperplasia was established and the treatment was indicated into 3 phases: initial phase, surgical corrective phase and that of periodontal support. In the surgical phase a tissue sample was taken which pathologic analysis confirmed the initial presumptive diagnosis.

Key words: gingival hyperplasia, congenital genetic diseases, gingivectomy, gingivoplasty, Periodontics Service, adolescence.

INTRODUCCIÓN

En ocasiones los agrandamientos hiperplásicos de la encía se presentan de forma generalizada. Muchas veces esto se debe a la ingestión de determinados medicamentos y otras, menos frecuentes, no posee una explicación causal clara, aunque existe un marcado carácter familiar.

La hiperplasia gingival idiopática hereditaria o familiar es una lesión rara, que algunos autores la explican a través de un factor constitucional hereditario o familiar. Ha sido

designada con nombres como elefantiasis gingivostomática, fibroma difuso, elefantiasis familiar, fibromatosis idiopática, hiperplasia hereditaria idiopática, fibromatosis gingival hereditaria y fibromatosis familiar congénita.^{1,2}

No obstante, estudios efectuados en varias familias han mostrado que el modo de herencia era en algunos casos autosómico recesivo y en otros, autosómico dominante.

Clínicamente es un agrandamiento difuso que afecta a la encía insertada, la encía marginal y las papilas interdentes, y abarca las superficies vestibulares y linguales de los dos maxilares, si bien la lesión puede circunscribirse a un solo maxilar. La encía agrandada es rosada, firme, con poca tendencia al sangrado, de consistencia semejante a la del cuero.

En casos avanzados los dientes están casi cubiertos y el agrandamiento de la encía se proyecta hacia la cavidad bucal; los maxilares se deforman, el brote dentario puede ser entorpecido por dicho engrosamiento y, en ocasiones, existe un aparente retraso de la dentición, aunque las radiografías muestran los dientes en una relación totalmente normal con el alveolo.³

Según las características histológicas existe un aumento abultado del tejido conectivo, relativamente avascular, que se compone de haces colágenos densos y fibroblastos numerosos. El epitelio superficial está ensanchado y hay acantosis con brotes alargados. También pueden observarse zonas de inflamación crónica.⁴

El agrandamiento gingival hereditario o idiopático reaparece después de su eliminación quirúrgica, incluso si se eliminan todos los agentes irritantes locales. La hiperplasia puede mantenerse en su tamaño mínimo mediante la prevención de la lesión inflamatoria secundaria. El pronóstico suele ser reservado debido a lo explicado anteriormente y al desconocimiento de su causa.

CASO CLÍNICO

Se describe el caso de una adolescente de 13 años de edad, quien acudió, junto con sus padres, a la consulta de Periodoncia en el Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, luego de ser remitida de la consulta de Gastroenterología de esa misma institución, por presentar agrandamiento de las encías que le dificultaba la masticación de los alimentos y, por tanto, le producía trastornos digestivos transitorios, además de que afectaba su estética.

Al realizar la entrevista a los padres, refirieron que la niña padecía esa situación desde hacía más de un año y que habían acudido a varias consultas; sin embargo, el tratamiento aplicado no había sido exitoso. La madre y el abuelo materno también presentaban la alteración gingival, pero no habían sido tratados.

Examen físico

Se realizó un minucioso examen clínico de la boca, en el que se observó un agrandamiento gingival generalizado y globuloso en ambas arcadas dentarias, que cubría gran parte de la dentición e impedía la posición de cierre, de aspecto fibroso, consistencia firme, color rosa coral, con escaso sangrado al sondaje, unido a aparentes malposiciones dentarias y dientes retenidos (figura 1).



Fig. 1. Agrandamiento de la encía: A y B) maxilar superior; C) maxilar inferior

Exámenes complementarios

- De laboratorio clínico
 - Hemograma completo: hemoglobina de 12 g/L, hematocrito de 0,8 mm/h, leucocitos de $8 \times 10^9/L$
 - Serología: no reactiva
 - Tiempo de coagulación: 7 minutos
 - Tiempo de sangrado: 2 minutos
- Rayos X
 - Presencia de dientes en infraoclusión sin alteraciones óseas.
 - Se realizó el diagnóstico diferencial con las hiperplasias gingivales específicas e inespecíficas y con las exostosis múltiples de los maxilares y se estableció el diagnóstico presuntivo de hiperplasia gingival hereditaria o familiar.

Tratamiento aplicado

Fueron efectuadas las 3 fases del tratamiento convencional. En la fase inicial se desarrolló la educación para la salud y la motivación para adquirir conocimientos sobre higiene bucal y el control de la placa dentobacteriana de manera mecánica (en las zonas que la dentición quedara descubierta) y con el empleo de productos químicos (a través de enjuagatorios con clorhexidina a 0,02 % dos veces al día).

La fase correctiva quirúrgica se enfocó en la eliminación del tejido gingival excesivo, mediante la técnica de incisión a bisel interno para disminuir el grosor anteroposterior y luego la aplicación de la gingivectomía y gingivoplastia para devolver el contorno normal de la encía. Finalmente la zona fue cubierta con apósito periodontal (figura 2 y figura 3).



Fig. 2. A-D) Procedimiento quirúrgico en el maxilar superior

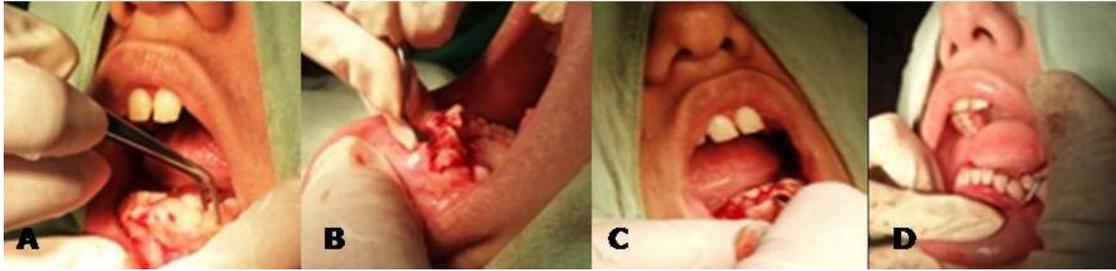


Fig. 3. A-D) Procedimiento quirúrgico en el maxilar inferior

Se tomó una muestra del tejido removido y fue enviada al Departamento de Anatomía Patológica del propio hospital.

Después de finalizadas las 6 intervenciones (3 en cada maxilar), la paciente se mantuvo en la fase de soporte periodontal durante seis meses, con seguimiento clínico en consulta para evaluar mensualmente su evolución (figura 4).



Fig. 4. A y B) Evolución de la paciente al mes de operada

Informe anatomopatológico

- Resultado de la biopsia: Fragmento de mucosa revestida por epitelio pavimentoso con marcada hiperplasia, corion con angiectasias, fibrosis y leve infiltrado crónico. Coincidió el diagnóstico de certeza con el presuntivo.
- Diagnóstico diferencial realizado en el Departamento de Anatomía Patológica:
 - Hiperplasia medicamentosa
 - Exostosis múltiple de los maxilares
 - Gingivitis crónica fibrosa difusa generalizada
- Diagnóstico definitivo: hiperplasia gingival hereditaria familiar o idiopática

COMENTARIOS

Los agrandamientos idiopáticos, familiar o hereditario, son poco frecuentes y generalmente se asocian a un gen autosómico dominante, aunque se han observado formas autosómicas recesivas. Aparecen usualmente en las primeras décadas de la vida, sin diferencias en cuanto a la raza o el sexo, y suelen ser densos y fibrosos, con escasa alteración inflamatoria. Algunos pacientes presentan antecedentes hereditarios y los agrandamientos suelen concomitar con hipertrichosis, epilepsia, deformidades craneofaciales y retraso mental, o formar parte de síndromes (síndromes de Zimmermann-Laband, de Cross, de Rutherford, de Murray-Puretic-Drescher, de Cowden).^{5,6}

Histológicamente se halla un tejido conectivo denso y rico en fibras colágenas, de epitelio denso e hiperplásico, con largas crestas; ocasionalmente se aprecian calcificaciones distróficas, ulceraciones y componente inflamatorio. Clínicamente la hiperplasia gingival hereditaria comienza desde edades tempranas, con un agrandamiento indoloro globular en el margen gingival vestibular y lingual y en las papilas interdetales; a medida que la lesión progresa las inflamaciones de la hiperplasia marginal y papilar se unen y pueden transformarse en un repliegue macizo del tejido, que llega a cubrir una parte considerable de las coronas y puede dificultar la oclusión. Cuando no hay inflamación, la lesión es firme, de color rosado pálido y presenta una superficie finamente lobulada que no sangra. Los tejidos hiperplásicos se proyectan de manera especial desde abajo del margen gingival, del que están separados por un surco lineal.⁷

Cabe destacar que es importante efectuar el diagnóstico diferencial en el paciente con agrandamiento gingival, pues podría tratarse de una gingivitis hiperplásica idiopática, una hiperplasia inducida por drogas, a alteraciones hormonales, fibromatosis o procesos neoplásicos. Igualmente debe realizarse siempre la biopsia correspondiente en cada tejido anormal que se elimine de la boca.^{8,9}

Los agrandamientos gingivales inespecíficos se producen por una reacción hiperplásica del tejido inflamatorio crónico relacionada con factores locales, como placa bacteriana, cálculos y bacterias. Los agrandamientos gingivales específicos se producen por cambios hormonales en el embarazo y la pubertad, conjuntamente con la acción de agentes irritantes locales, de fármacos como la fenitoína (anticonvulsivante), debido a un posible efecto regulador sobre el metabolismo o la tasa de crecimiento de los fibroblastos; o de la ciclosporina (inmunosupresor), que inhibe la actividad de los linfocitos T, lo cual, a diferencia de la fenitoína, es reversible al suspender el medicamento. La nifedipina (bloqueador de los canales de calcio) que se prescribe en pacientes con angina de pecho y arritmias también puede generar agrandamiento de las encías. Otras hiperplasias pueden ser causadas por enfermedades sistémicas, como la leucemia, pues se produce infiltración de los tejidos gingivales.

Resulta oportuno referir que esta afección no es habitual en la práctica odontológica diaria. Ante un paciente con estas características, se requiere un diagnóstico interdisciplinario para establecer el tratamiento adecuado, dar un seguimiento periódico basado en el examen completo de la cavidad bucal, reforzar las medidas de control de la placa bacteriana y concebir un nuevo tratamiento quirúrgico en caso de recidivas.¹⁰

La hiperplasia gingival familiar hereditaria o idiopática recurre después de la eliminación quirúrgica aunque se eliminen todos los agentes irritantes locales, según se plantea en la bibliografía.¹⁰ La entidad clínica se mantiene en un tamaño mínimo si se evita el proceso inflamatorio secundario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Harris Ricardo J, López Álvarez A, Martínez Rangel J, Martínez Soto R. Fibromatosis gingival hereditaria una inusual enfermedad genética: reporte de caso. Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral. 2012 [citado 10 Ago 2017]; 5(2): 87-89. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072012000200007
2. Harris Ricardo J, López Alvarez A, Vega Gutiérrez M. Fibromatosis gingival hereditaria: reporte de caso en un niño. Rev Esp Cirug Oral Maxilofac. 2014 [citado 23 Jun 2017]; 36(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582014000100007

3. Caviglia S, González MF, Rosso V, Ongaro D, Aùn M, Cabrera C, et al. Hiperplasia gingival idiopática. Diagnóstico y tratamiento de un caso clínico y revisión de la literatura. Revista ADM. 2011 [citado 23 Jun 2017]; 68(5): 254-7. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2011/od115i.pdf>
4. Huang W, Yang J. Hereditary gingival fibromatosis: a case report. Hua Xi Kou Qiang Yi Xue Za Zhi. 2011; 29(4):450-1.
5. Ramakrishnan T, Kaur M. Multispeciality approach in the management of patient with hereditary gingival fibromatosis: 1-year followup: a case report. Int J Dent. 2010; 2010: 575979.
6. Pampel M, Maier S, Kreczy A, Weirich-Schwaiger H, Utermann G, Janecke AR. Refinement of the GINGF3 locus for hereditary gingival fibromatosis. Eur J Pediatr. 2010; 169(3):327-32.
7. Ruiz de Gopegui E, Aguirre LA, Fernández A, Estefanía E, Coca JC. Fibromatosis gingival idiopática: revisión de la literatura. A propósito de un caso. Periodoncia Osteointegración. 2011 [citado 20 Ago 2017]; 21(3):9. Disponible en: <http://www.clinicaperiodontalpoza23.es/blog/wp-content/uploads/2011/09/showpdf.pdf>
8. Bansal A, Narang S, Sowmya K, Sehgal N. Treatment and two-year follow-up of a patient with hereditary gingival fibromatosis. J Indian Soc Periodontol. 2011; 15(4):406-9.
9. Goyal L, Bey A, Gupta ND, Varshney A. Diagnosis and management of nonsyndromic hereditary gingival fibromatosis in a 13 year old girl: Report of a rare case. Contemp Clin Dent. 2012; 3(Supl. 2): 210-3.
10. Guiducci RC, Santana Vieira ML, De Oliveira M, Afonso Miranda Chaves MG, de Toledo Lourenço AH, de Toledo Lourenço E. Tratamiento de la hiperplasia gingival en una escuela odontológica de Brasil: conceptos generales, diagnóstico y tratamiento. Int J Odontostomatol. 2009; 3(1): 55-60.

Recibido: 15 de noviembre de 2017.

Aprobado: 17 de marzo de 2018.

Maritza Peña Sisto. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", avenida Cebreco, km 1½, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: rafael.claveria@infomed.sld.cu