



Miofibroma en encía

Miguel Padilla Rosas,* Ana Graciela Puebla Mora,** Cecilia Robles Gómez,*
Mario Nava Villalba,** Juliana Marisol Godínez Rubí**

RESUMEN

Dentro de la cavidad oral se presentan múltiples patologías, entre las que se encuentran las tumorales. Aunque dichos aumentos de volumen se pueden presentar en cualquier zona intraoral, la encía suele afectarse con frecuencia. De todas las lesiones neoplásicas que aparecen en la encía, el granuloma piógeno es el más frecuente, pero no el único. En este artículo presentamos un caso clínico atendido en la clínica de la Especialidad en Periodoncia de la Universidad de Guadalajara, el cual, por la localización y el tiempo de evolución, sospechamos como diagnóstico inicial el de un granuloma piógeno. Posterior a su extirpación y la comprobación histopatológica, fue reportado un miofibroma, neoplasia benigna de comportamiento localmente agresivo, que por su rareza en la cavidad oral no se contempla como posible diagnóstico, por lo que creemos importante reportar este caso para que esta neoplasia sea considerada por todos los profesionales de la salud oral como otra entidad patológica que es necesario extirpar.

Palabras clave: Aumento de volumen, encía, miofibroma, neoplasia benigna.

ABSTRACT

Within the oral cavity there are multiple pathologies, in which the tumours are found. Although these increases in volume can occur in any intraoral area, the gums are often affected. Of all the neoplastic lesions that appear in the gums, pyogenic granuloma is the most frequent, but not the only one. In this article we present a clinical case that was presented in the clinic of the Specialty in Periodontics of the University of Guadalajara, which by the location and time of evolution we suspect as an initial diagnosis of a pyogenic granuloma, after its removal and histopathological verification was reported a myofibroma, benign neoplasia of locally aggressive behavior, which due to its rarity in the oral cavity is not considered as a possible diagnosis, so we believe it is important to report this case and that it be considered by all oral health professionals as another pathological entity necessary to take out.

Key words: Increased volume, gum, myofibroma, benign neoplasia.

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias son patologías que se presentan en cavidad oral. El miofibroma es una entidad rara, pero que al afectar la zona gingival y el proceso alveolar es muy agresiva, causando reabsorción ósea y del tejido dental. Su tratamiento es quirúrgico. Pocas veces presenta recidiva, pero el reto está en la rehabilitación del paciente.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 15 años de edad, soltero, nacido y residente en Guadalajara, el cual se presenta a consulta en la clínica de postgrado de Periodoncia de la Universidad de Guadalajara, refiriendo: «tengo una bola en la encía que creció rápido y me separó los dientes».

Clínicamente, se observa una neoplasia de tres meses de evolución, asintomática, firme, superficie lobular, color rojo, pediculada, que ha ocasionado desplazamiento de los órganos dentales centrales (Figura 1). Radiográficamente, se observa el desplazamiento de los OD 11, 21 y 22, y reabsorción dentinaria externa de ambas raíces (Figura 2).

Con estas características clínicas, se propusieron varios diagnósticos diferenciales en los que se incluían el granuloma piógeno, granuloma central de células gigantes y neoplasias benigna y maligna mesenquimáticas. Con estos diagnósticos se procedió a la extirpación de la lesión con los OD 11 y 21

* Profesor de tiempo completo asignado al Departamento de Clínicas Odontológicas Integrales.

** Profesor de tiempo completo asignado al Departamento de Microbiología y Patología.



Figura 1. Apariencia macroscópica del aumento de volumen donde se aprecia el color rojo, la superficie multinodular y la separación de los incisivos centrales superiores.



Figura 2. Radiografía oclusal donde se observa la destrucción ósea, la separación de los incisivos centrales superiores y la reabsorción dentinaria externa de dichos dientes.



Figura 3. Apariencia macroscópica de los incisivos centrales superiores, posterior a la eliminación de la tumoración.

(Figura 3), corroborando el hallazgo radiográfico de la reabsorción del OD 22, obteniéndose una neoplasia irregular de aproximadamente $25 \times 13 \times 7$ mm. Se envió la muestra para examen histopatológico (Figura 4).

En los cortes examinados con hematoxilina y eosina, se observa una neoplasia con abundante tejido fibroso dentro de un estroma de tejido mixoide y escaso pleomorfismo; no se detectan mitosis (Figuras 5 a 7). Por el comportamiento agresivo y las características histopatológicas se procede a realizar inmunohistoquímica, encontrándose los siguientes resultados (Cuadro I y Figura 8): neoplasia fusocelular con fibroblastos y un estroma mixoide, consistente con miofibroma.

Con base en dicho resultado, se tuvo al paciente en vigilancia durante tres meses, sin encontrar re-



Figura 4. Apariencia macroscópica del espécimen quirúrgico una vez eliminado.

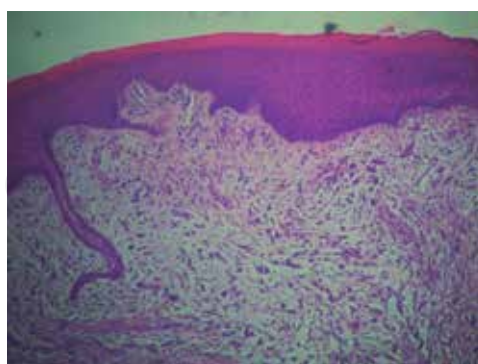


Figura 5. Fotomicroscopia a 10x teñida con hematoxilina y eosina donde se observa el epitelio oral íntegro y el estroma de tejido conectivo celular con abundante tejido mixoide.

cidiva. Se envió al Servicio de Prostodoncia para su posterior rehabilitación protésica (*Figuras 9 y 10*).

DISCUSIÓN

El miofibroma es una neoplasia de células fusiformes consistentes con miofibroblastos. Tales células no son específicas para esta lesión, porque los miofibroblastos también pueden ser identificados en otras neoplasias fibrosas. El tumor tiene predilección por la cabeza y el cuello, seguido del tronco y las extremidades.¹ La mayor parte de miofibromas son lesión solitarias, pero algunos pacientes desarrollan un tumor multicéntrico, conocido como

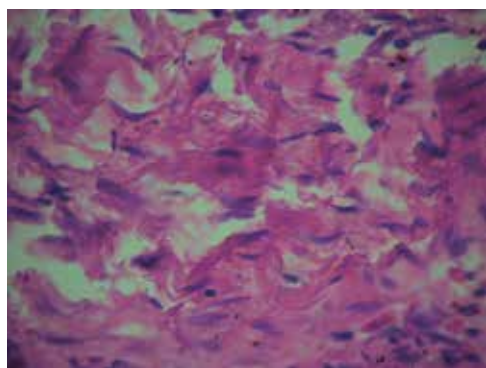


Figura 6. Fotomicroscopia: acercamiento a 40x, donde se observa, con tinción de hematoxilina y eosina, la presencia de células fusiformes, bordes angulados y ligeramente estrellados, sostenidas por un estroma de tejido conectivo con áreas mixoides.

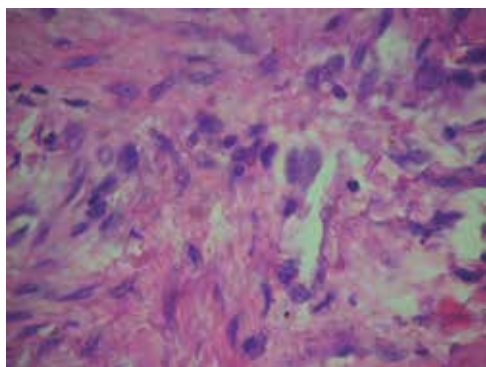


Figura 7. Fotomicroscopia con un acercamiento 40x, con teñido de hematoxilina y eosina, donde se observan células con núcleos globulares, vesiculares y células estrelladas sostenidas por un estroma ligeramente mixoide.

Cuadro I. Se muestran los anticuerpos en inmunohistoquímica, el resultado y el tejido o estructura tisular que tiñen.

Anticuerpo	±	Interpretación
α actina	+	Músculo liso
Vimentina	+	Citoesqueleto de células estromales
CD34	-	Hueso medular
CKAE/AE3	-	Epitelio estratificado queratinizado de la mucosa oral
EMA	-	Membrana de células epiteliales
P63	-	Capa basal del epitelio escamoso estratificado y epitelio transicional
S-100	-	Tejido de origen mesenquimatoso y ectomesenquimatoso

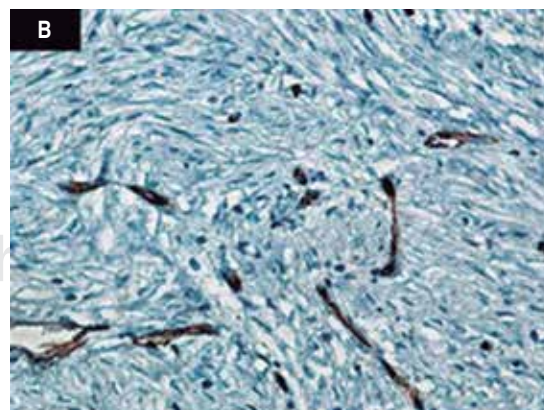
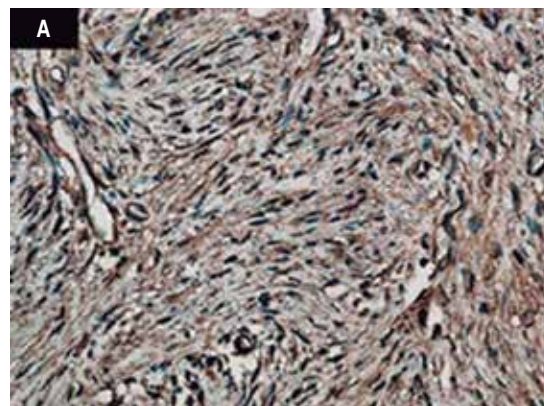


Figura 8. Panel de inmunohistoquímica a 400x. **A.** Tejido mesenquimático intensamente positivo para vimentina, y **B.** Anticuerpo CD34 negativo en la neoplasia y positivo en la periferia de los vasos sanguíneos.



Figura 9. Fotografía clínica en toma oclusal de control a tres meses posterior a su extirpación. Se observa zona ligeramente eritematosa en mesial del incisivo lateral superior izquierdo, en donde la prótesis removible provisional tenía un desajuste, donde se observa la buena cicatrización y la no recidiva de la tumoración.



Figura 10. Fotografía clínica en toma labial de control a tres meses posterior a su extirpación. Se observa la buena cicatrización y la no recidiva de la tumoración.

miofibromatosis. En una revisión reciente, hecha por Vered y cols., de 44 casos de miofibroma oral relatados en la literatura, 22 correspondían a niños y jovencitos por debajo de 16 años.¹⁻³ En un reporte hecho en el 2014 por Aiki y cols., quienes revisaron 94 casos, el 33% se encontraba en la mandíbula, 23% en la encía, 15% en la lengua, 12% en el carrillo, 8% en el paladar, 4% en labios y un 5% en otras áreas. Los mismos autores reportaron nueve casos (9.6%) donde fueron de rápido crecimiento y en ocho (8.5%) se sospechó de malignidad, como diagnóstico inicial.⁴⁻⁶

El tumor es típicamente una masa indolora que a veces crece rápido. Cuando afecta de manera intraósea, es radiolúcido unilocular y tiende a ser mal definido, aunque a veces puede estar bien definido y ser multilocular.^{7,8} En el examen histopatológico se observa un patrón bifásico donde se presentan célu-

las alargadas, fusiformes, con citoplasma eosinófilo en los bordes y células poligonales dispuestas en un patrón de empalizada con núcleos hipercromáticos.⁹ Se han utilizado tinciones histoquímicas especiales como la tricrómica de Masson, pero no es específica para esta neoplasia.¹⁰ El diagnóstico final y confirmatorio se hace gracias a la inmunohistoquímica, la cual es positiva para los anticuerpos vimentina y para la α actina de músculo liso, y negativa para queratina, S-100 y EMA (antígeno epitelial de membrana, por sus siglas en inglés).^{4,11,12}

El miofibroma solitario por lo general es tratado con escisión quirúrgica. Un pequeño porcentaje de tumores recidivarán después del tratamiento (17%). En caso de recidiva, se cree que resulta por la extirpación parcial de la lesión. La regresión espontánea puede ocurrir en algunos casos. Tumores multifocales que surgen en tejidos blandos y duros raras veces presentan recidivas después de la escisión quirúrgica.^{12,13}

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica conservadora, con un porcentaje bajo de recidiva: 17%, reportado por Aiki y cols., quienes lo atribuyen a una extirpación incompleta.⁴

CONCLUSIÓN

El miofibroma es una neoplasia benigna rara que afecta la cavidad oral. La encía se afecta con frecuencia por las características clínicas de rápido crecimiento. Su agresividad y apariencia radiográfica simula una neoplasia maligna. Es imprescindible la toma de biopsia con la corroboración inmunohistoquímica; esto nos ayuda a la toma de decisiones terapéuticas para así evitar tratamientos agresivos innecesarios.

REFERENCIAS

1. Ajura AJ. Gingival myofibroma in children: report of 4 cases with immunohistochemical findings. *Malays J Pathol*. 2007; 29 (1): 53-56.
2. Vered M, Allon I, Buchner A, Dayan D. Clinico-pathologic correlations of myofibroblastic tumors of the oral cavity. II. Myofibroma and myofibromatosis of the oral soft tissues. *J Oral Pathol Med*. 2007; 36 (5): 304-314.
3. Foss RD, Ellis GL. Myofibromas and myofibromatosis of the oral region: a clinicopathologic analysis of 79 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2000; 89 (1): 57-65.
4. Aiki M, Yoshimura H, Ohba S, Kimura S, Imamura Y, Sano K. Rapid growing miofibroma of the gingiva: report of a case and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg*. 2014; 72 (1): 99-105.

5. Sharifi A, Sen P, Lonsdale R, Pawaroo D. A rare case of a myofibroma presenting on the tongue. *Ann R Coll Surg Engl*. 2015; 97 (4): e57-e60.
6. Syed AA, Charu, S, Shahela T. Myofibroma of the gingiva: a rare case report and literature review. *Case Rep Dent*. 2015; 2015: 243894.
7. Cargini P, Fidanza F, Facente MV, Sgolastra F, Gatto R, Cutilli T. Gingival myofibroma. A case report. *Eur J Paediatr Dent*. 2012; 13 (1): 81-83.
8. Andreadis D, Epivatianos A, Samara A, Kirili T, Lordanidis F, Pouloupoulos A. Myofibroma of the oral mucosa: a case report. *Med Princ Pract*. 2012; 21 (3): 288-291.
9. Ide F. Oral solitary myofibroma. *J Oral Pathol Med*. 2008; 37 (1): 62.
10. Chang JY, Kessler HP. Masson trichrome stain helps differentiate myofibroma from smooth muscle lesions in the head and neck region. *J Formos Med Assoc*. 2008; 107 (10): 767-773.
11. Brasileiro BF, Martins-Filho PR, Piva MR, da Silva LC, Nonaka CF, Miguel MC. Myofibroma of the oral cavity. A rare spindle cell neoplasm. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010; 15 (4): e596-600.
12. Liu CJ, Chang KW. "Infantile" miofibroma of the oral cavity: report of case. *J Oral Maxillofac Surg*. 2001; 59 (4): 471-472.
13. Lingen MW, Mostofi RS, Solt DB. Myofibromas of the oral cavity. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1995; 80 (3): 297-302.

Correspondencia:

Dr. Miguel Padilla Rosas

Departamento de Microbiología y Patología
Sierra Mojada 950, Col. Independencia,
44340, Guadalajara, Jalisco, México.

Tel: +52 (33) 1058 5200

E-mail: miguelpadilla_rosas@hotmail.com