

Γιγαντοκυτταρικό ίνωμα του στόματος: Κλινικοστατιστική μελέτη 31 περιπτώσεων

Κ. Τόσιος*, Αλ. Σκλαβούνου**, Μ. Κατσουράκης***

Το γιγαντοκυτταρικό ίνωμα είναι μία σπάνια εντοπισμένη ινώδης υπερπλασία του στοματικού βλεννογόνου με ιδιαίτερα κλινικοπαθολογικά χαρακτηριστικά. Εμφανίζεται συνήθως στα ούλα της κάτω γνάθου νεαρών ατόμων, σαν ασυμπτωματικό, εξωφυτικό, μισχωτό ογκίδιο με φυσιολογικό χρώμα, μικρούβώδη επιφάνεια και μικρό μέγεθος. Χαρακτηρίζεται από την παρουσία ατρακτοειδών, γωνιωδών ή αστεροειδών κυττάρων με βασεόφιλο κυτταρόπλασμα. Η ιστογένεση της βλάβης είναι ασαφής. Στην παρούσα μελέτη περιγράφονται τα κλινικά χαρακτηριστικά 31 γιγαντοκυτταρικών ινωμάτων, τα οποία συγκρίνονται με αυτά 357 τραυματικών ινωμάτων. Τα γιγαντοκυτταρικά ινώματα αποτελούσαν το 0,8% του συνόλου των βιοψιών και το 7,3% του συνόλου των εντοπισμένων ινωδών υπερπλασιών. Η συγκριτική αξιολόγηση των κλινικών χαρακτηριστικών των γιγαντοκυτταρικών ινωμάτων και των τραυματικών ινωμάτων έδειξε ομοιότητες ως προς την ηλικία των ασθενών, τη διάρκεια, το χρώμα, τη μορφολογία της επιφάνειας, τη σύσταση και το μέγεθος των όγκων. Τα γιγαντοκυτταρικά ινώματα προσέβαλαν σχεδόν τρεις φορές πιο συχνά τις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες, εμφανίζονταν συχνότερα στα ούλα και τη φατνιακή απόφυση και ήταν συνήθως μισχωτά.

Λέξεις κλειδιά : Ίνωμα, ινώδης υπερπλασία, γιγαντοκυτταρικό ίνωμα, όγκοι του στόματος.

* Ειδικός Επιστήμονας, Τομέας Παθολογίας και Χειρουργικής Στόματος, Εργαστήριο Στοματολογίας Οδοντιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών.

** Επίκουρη Καθηγήτρια, Τομέας Παθολογίας και Χειρουργικής Στόματος, Εργαστήριο Στοματολογίας Οδοντιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών.

*** Επιμελητής Α' ΕΣΥ, Οδοντιατρικό Τμήμα, Περιφερικό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το γιγαντοκυτταρικό ίνωμα (giant cell fibroma) είναι μια σπάνια εντοπισμένη ινώδης υπερπλασία του στοματικού βλεννογόνου με ιδιαίτερα κλινικοπαθολογικά χαρακτηριστικά, που περιγράφηκε ως χωριστή νοσολογική οντότητα από τους Weathers και Callihan το 1974¹. Οι περισσότεροι συγγραφείς²⁻⁵ αποδέχονται τον όρο γιγαντοκυτταρικό ίνωμα

σαν ιστοπαθολογική διάγνωση, ενώ άλλοι⁶⁻⁸ δεν το διαχωρίζουν από το τραυματικό ίνωμα.

Το γιγαντοκυτταρικό ίνωμα εμφανίζεται κλινικά σαν ασυμπτωματικό, εξωφυτικό, μισχωτό ογκίδιο με φυσιολογικό χρώμα, μικρούβώδη επιφάνεια και μικρό μέγεθος^{1,3,5,8,9}. Εντοπίζεται συνήθως στα ούλα της κάτω γνάθου, κυρίως σε νεαρά άτομα, χωρίς ιδιαίτερη προτίμηση φύλου.

Ιστολογικά^{1-3,5,8,9}, το γιγαντοκυτταρικό ίνωμα χαρακτηρίζεται από την παρουσία ατρακτοειδών, γωνιωδών ή αστεροειδών κυττάρων με βασεόφιλο κυτταρόπλασμα, τα οποία διατάσσονται συνήθως υποεπιθηλιακά και σπανιότερα σε όλη τη μάζα του όγκου. Παρουσιάζουν ένα ή περισσότερους πυρήνες, δενδριτικές αποφυάδες, κενοτόπια και κοκκία μελανίνης. Συχνά, τα κύτταρα φαίνονται να αποχωρίζονται από τον γύρω συνδετικό ιστό καταλείποντας σχισμοειδή χώρο στο επιθήλιο, διακρίνονται εναλλασσόμενες ακανθωσικές και ατροφικές περιοχές, επιθηλιακές καταδύσεις με διαμόρφωση «γιρλάντας» (festooning) και αυξημένη μελανοκυτταρική δραστηριότητα. Ο συνδετικός ιστός στο κέντρο του όγκου είναι συνήθως πυκνός με ώριμες κολλαγόνες ίνες σε στενή επαφή με τα κύτταρα⁶ και στην περιφέρεια χαλαρός, με άφθονους βλεννοπολυσακχαρίτες⁴ και δικτυωτές ίνες¹, αν και η παρουσία των τελευταίων αμφισβητείται². Διακρίνονται ελάχιστα φλεγμονώδη κύτταρα, κυρίως λεμφοκύτταρα γύρω από αγγεία, ενώ δεν ανιχνεύονται μαστοκύτταρα, ελαστικές ίνες και νευρικές ίνες^{1,6}.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η περιγραφή των κλινικών χαρακτηριστικών 31 περιπτώσεων γιγαντοκυτταρικού ινώματος και η συγκριτική αξιολόγησή τους με τα χαρακτηριστικά 357 τραυματικών ινωμάτων.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 423 όγκοι του στοματικού βλεννογόνου με ιστοπαθολογική διάγνωση «τραυματικό ίνωμα», «ινώδης υπερπλασία» ή «ινοεπιθηλιακός όγκος», που ήταν καταχωρημένοι στο αρχείο του Εργαστηρίου Στοματολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών κατά τη διάρκεια της πενταετίας 1980-1984. Όλες οι περιπτώσεις αξιολογήθηκαν ιστολογικά από τους τρεις συγγραφείς χωριστά. Σε 50 όγκους βρέθηκαν μεγάλα ατρακτοειδή ή γωνιώδη και αστεροειδή κύτταρα με βασεόφιλο κυτταρόπλασμα και έναν ή περισσότερους πυρήνες. Τριάντα-ένας όγκοι όπου τα κύτταρα αυτά επικρατούσαν των ατρακτοειδών ινοκυττάρων και ινοβλαστών επαναταξινομήθηκαν σαν γιγαντοκυτταρικό ίνωμα, ενώ 19 βλάβες όπου τα κύτταρα αυτά ήταν ελάχιστα και διάσπαρτα, εξαιρέθηκαν της μελέτης. Από τις υπόλοιπες 373 περιπτώσεις, 357 διαγνώστηκαν σαν τραυματικό ίνωμα.

Από το παραπεμπτικό ιστολογικής εξέτασης καταγράφηκαν το φύλο και η ηλικία του ασθενούς, η διάρκεια, η εντόπιση, η κλινική εικόνα, η διάμετρος και η πιθανή κλινική διάγνωση. Έγινε συγκριτική αξιολόγηση των παραμέτρων αυτών μεταξύ των γιγαντοκυττα-

ρικών ινωμάτων και των τραυματικών ινωμάτων. Η στατιστική ανάλυση έγινε με τις δοκιμασίες Fisher's exact test και Student's t-test.

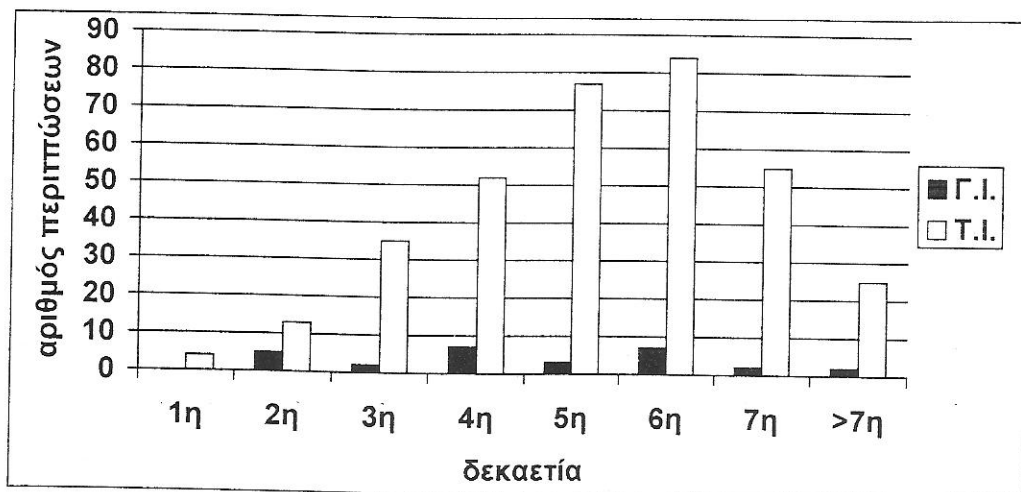
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα 31 γιγαντοκυτταρικά ινώματα αποτελούσαν το 0,8% των 3840 βιοψιών της χρονικής περιόδου 1980-1984 ή το 7,3% των 423 εντοπισμένων ινωδών υπερπλασιών της ίδιας χρονικής περιόδου. Τα 357 τραυματικά ινώματα αποτελούσαν το 9,3% του συνόλου των βιοψιών.

Είκοσι-πέντε ασθενείς με γιγαντοκυτταρικό ίνωμα ήταν γυναίκες και 6 άνδρες (αναλογία γυναικών: ανδρών 4,17:1). Στα τραυματικά ινώματα, 214 ασθενείς ήταν γυναίκες και 139 άνδρες (αναλογία γυναικών: ανδρών 1,5:1). Από τη στατιστική ανάλυση προέκυψε πως υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ ηλικίας και διάγνωσης ($p = 0.04$).

Η ηλικία των ασθενών με γιγαντοκυτταρικό ίνωμα κυμαινόταν από 13 ως 77 χρόνια, με μέση τιμή 41,5 ($\pm 17,2$) χρόνια. Η ηλικία των ασθενών με τραυματικό ίνωμα κυμαινόταν από 5 ως 82 χρόνια, με μέση τιμή 46,8 ($\pm 15,7$) χρόνια. Η διαφορά μέσω των τιμών δεν είναι στατιστικά σημαντική ($p = 0.0867$). Η κατά ηλικία κατανομή των γιγαντοκυτταρικών ινωμάτων και των ινωμάτων παρουσιάζεται στην εικόνα 1. Η αναφερόμενη μέση διάρκεια της βλάβης πριν τη διάγνωση σε 20 ασθενείς με γιγαντοκυτταρικό ίνωμα κυμαινόταν από 3 μήνες ως 15 έτη, με μέση τιμή 35,6 ($\pm 43,1$) μήνες. Η αντίστοιχη μέση τιμή σε 290 τραυματικά ινώματα ήταν 39,7 ($\pm 63,3$) μήνες, με εύρος 3 ημέρες ως 50 χρόνια. Η διαφορά των μέσων τιμών δεν είναι στατιστικά σημαντική ($p = 0.6$).

Τα περισσότερα από τα 29 γιγαντοκυτταρικά ινώματα εντοπιζόνταν στα ούλα ή τη φατνιακή απόφυση (13 περι-



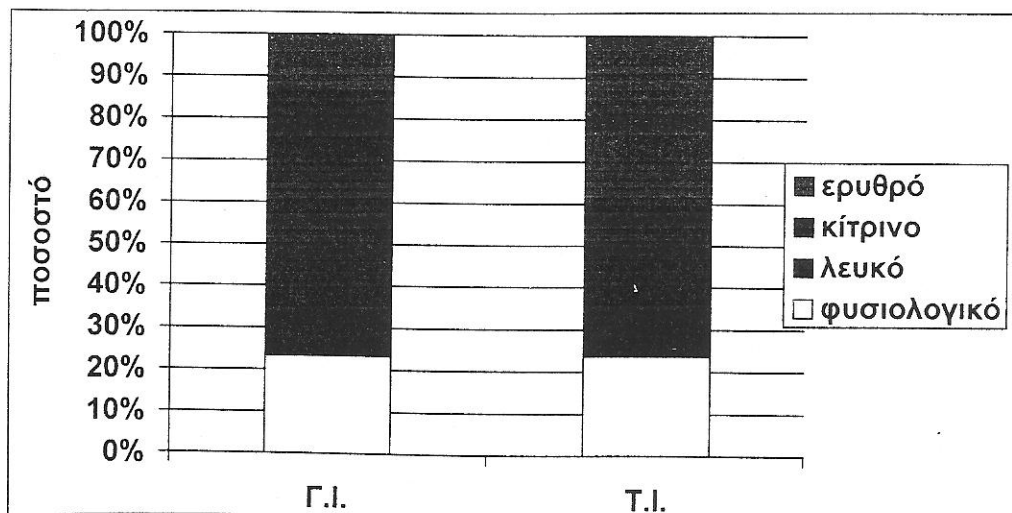
Εικ. 1: Κατανομή κατά ηλικία σε 28 γιγαντοκυτταρικά ινώματα (Γ.Ι.) και 345 τραυματικά ινώματα (Τ.Ι.).

πτώσεις) και ακολουθούσαν με φθίνουσα συχνότητα η παρειά και η γλώσσα (από 6 περιπτώσεις), το κάτω χείλος (3 περιπτώσεις) και η υπερώα (1 περίπτωση). Στην κάτω γνάθο εντοπιζόνταν 8 περιπτώσεις και στην άνω 5. Συχνότερη θέση εντόπισης των 335 τραυματικών ινωμάτων ήταν η παρειά (39,5%), και ακολουθούσαν τα ούλα-φατνιακή απόφυση (22,7%), τα χείλη (18,5%), η γλώσσα (12%), η υπερώα (7,46%) και το έδαφος του στόματος (0,3%). Τα γιγαντοκυτταρικά ινώματα εντοπιζόνταν συχνότερα στα ούλα σε σχέση με τα τραυματικά ινώματα σε βαθμό στατιστικώς σημαντικό ($p = 0.0123$).

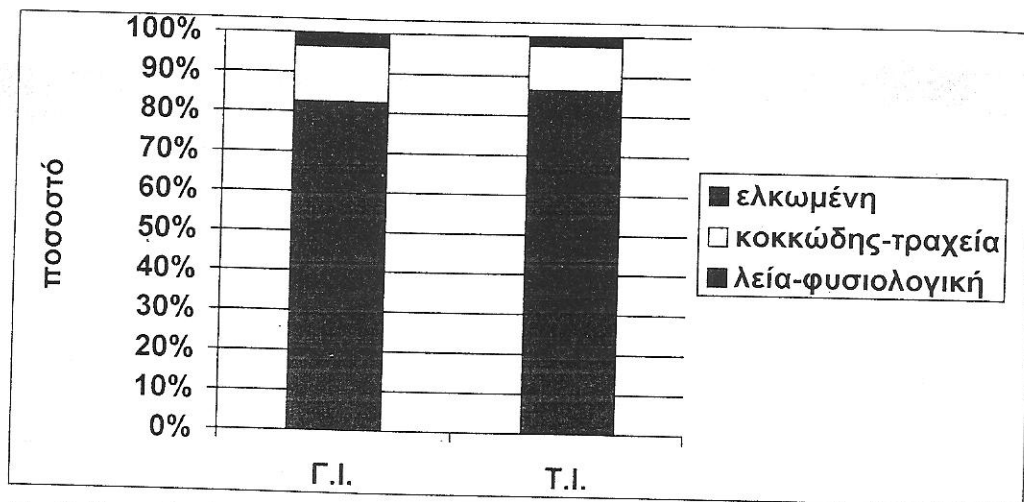
Τα κύρια κλινικά χαρακτηριστικά των γιγαντοκυτταρικών ινωμάτων και των ινωμάτων παρουσιάζονται στις εικόνες 2-5. Όπως αναφερόταν στο παραπεμπτικό ιστολογικής εξέτασης, τα γιγαντοκυτταρικά ινώματα είχαν συχνότερα λευκό χρώμα (63,3%), λεία επιφάνεια

(82,7%), ελαστική σύσταση (53,6%) και μίσχο (55,5%). Ανάλογη ήταν και η κλινική εικόνα των τραυματικών ινωμάτων, καθώς είχαν συχνότερα λευκό χρώμα (65%), λεία επιφάνεια (86,5%), ελαστική σύσταση (59,5%), αλλά ήταν σχεδόν εξίσου συχνά μισχωτά (39%) ή άμισχα (30,2%). Η διάμετρος των γιγαντοκυτταρικών ινωμάτων κυμαινόταν από 0,2-2,4 cm, με μέση τιμή 0,7 (± 0.5) cm, και των τραυματικών ινωμάτων από 0.2-4 cm, με μέση τιμή 0.8 (± 0.5) cm. Η διαφορά των μέσων τιμών δεν είναι στατιστικά σημαντική ($p = 0.3$).

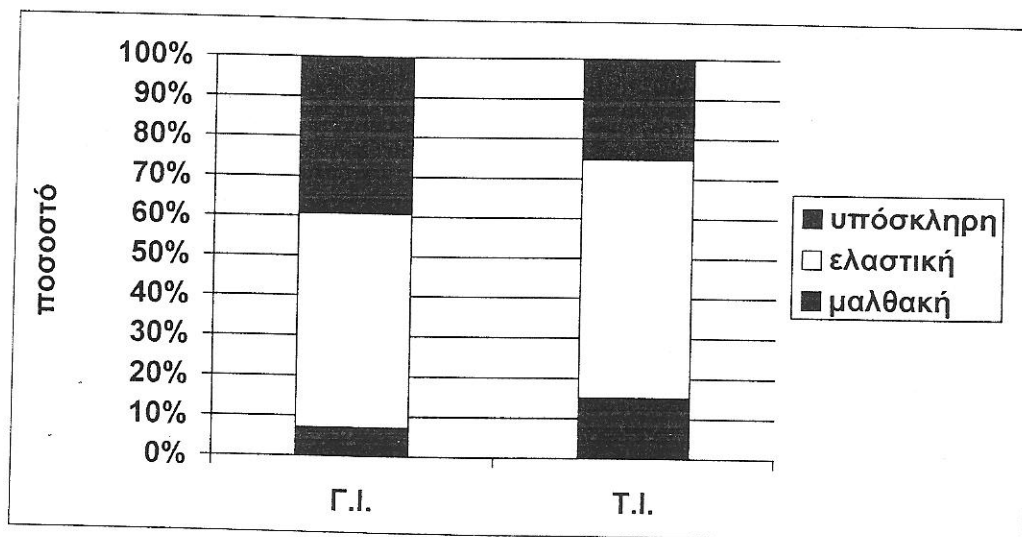
Σε 27 γιγαντοκυτταρικά ινώματα η κλινική διάγνωση ήταν άλλη καλοήθης ινώδης υπερπλασία, όπως τραυματικό ίνωμα (81,4%), θήλωμα (11,1%), περιφερικό ίνωμα των ούλων (3,7%) ή αιμαγγειωματοειδές κοκκίωμα (3,7%). Το 83,7% των τραυματικών ινωμάτων είχαν διαγνωστεί κλινικά σαν τραυματικό ίνωμα, ίνωμα, ινώδης υπερπλασία ή πε-



Εικ. 2: Χρώμα σε 30 γιγαντοκυτταρικά ινώματα (Γ.Ι.) και 331 τραυματικά ινώματα (Τ.Ι.).



Εικ. 3: Μορφολογία επιφάνειας σε 29 γιγαντοκυτταρικά ινώματα (Γ.Ι.) και 326 τραυματικά ινώματα (Τ.Ι.).

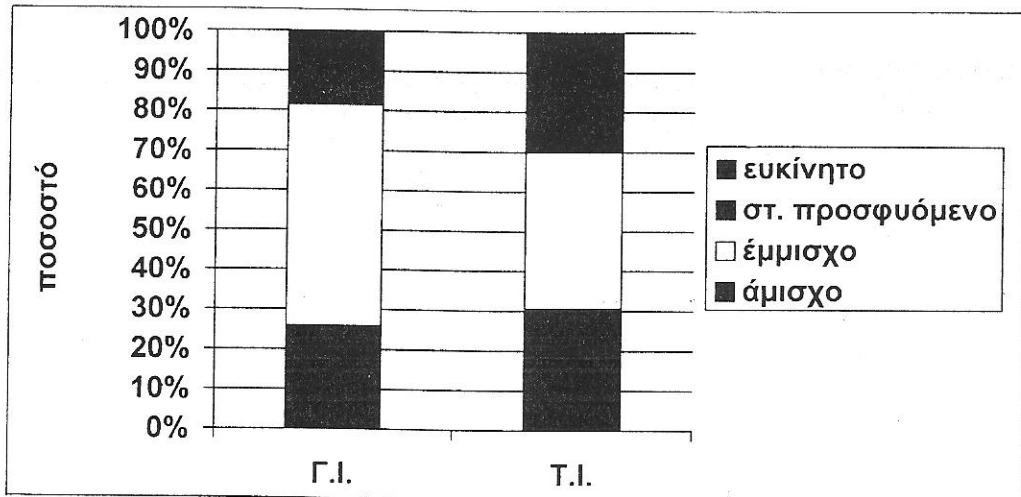


Εικ. 4: Σύσταση σε 28 γιγαντοκυτταρικά ινώματα (Γ.Ι.) και 329 τραυματικά ινώματα (Τ.Ι.).

ριφερικό ίνωμα, ενώ δεύτερη σε συχνότητα διάγνωση ήταν το θήλωμα (5,1%).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το γιγαντοκυτταρικό ίνωμα είναι σπά-



Εικ. 5: Σχέση με βάση σε 27 γιγαντοκυτταρικά ινώματα (Γ.Ι.) και 323 τραυματικά ινώματα (Τ.Ι.).

νιος όγκος του στοματικού βλεννογόνου. Η συχνότητά του στο σύνολο των βιοψιών της παρούσας μελέτης ήταν ανάλογη προηγούμενων εργασιών, όπου υπολογίστηκε σε 0,4%⁹, 0,7%¹ και 1%³, ενώ ο Bakos αναφέρει ποσοστό 2,7%⁸. Οι διαφορές των ποσοστών ενδέχεται να οφείλονται στη διαφορετική αναλογία των ινιδίων υπερπλασιών στο σύνολο των βιοψιών. Στο σύνολο των εντοπισμένων ινιδίων υπερπλασιών έχουν αναφερθεί ποσοστά 1%⁶, 2,2%⁹, 4,7%^{3,7}, 5%¹, 10,6%⁸ και 20,8%⁴, ενώ οι Anneroth και Sigurdson¹⁰ δεν βρήκαν κανένα γιγαντοκυτταρικό ίνωμα σε 59 ινώματα των ούλων. Οι μεγάλες διακυμάνσεις σχετίζονται πιθανώς με την ασάφεια που υπάρχει ως προς τον διαχωρισμό του γιαντοκυτταρικού ινώματος από ινώδεις ή ινοεπιθηλιακές υπερπλασίες με γιγαντοκύτταρα^{3,7}.

Η συγκριτική αξιολόγηση των κλινικών χαρακτηριστικών των γιγαντοκυτταρι-

κών ινιδίων και των τραυματικών ινιδίων έδειξε ομοιότητες ως προς την ηλικία των ασθενών, τη διάρκεια, το χρώμα, τη μορφολογία της επιφάνειας, τη σύσταση και το μέγεθος των όγκων. Διαφορές παρατηρήθηκαν στην προτίμηση φύλου, την εντόπιση και τη σχέση με τη βάση.

Το γιγαντοκυτταρικό ίνωμα εμφανίζεται σε ίση, σχεδόν, αναλογία στα δύο φύλα^{1,3,5,6,8,9} και οι περισσότεροι ασθενείς έχουν ηλικία μικρότερη των 30 ετών^{1,3,6,7,9}. Αντίθετα, το τραυματικό ίνωμα εμφανίζεται δύο φορές συχνότερα στις γυναίκες⁵ και είναι πιο συχνό στην έκτη δεκαετία¹. Στην παρούσα εργασία διαπιστώθηκε πως ο αριθμός των γυναικών με γιγαντοκυτταρικό ίνωμα ήταν σχεδόν τριπλάσιος από τον αριθμό των ανδρών, ενώ στα τραυματικά ινώματα η αναλογία γυναικών: ανδρών ήταν, περίπου, 1,5:1. Ο όγκος ήταν συχνότερος μεταξύ τέταρτης και έκτης δεκαε-

τίας, όπως και το τραυματικό ίνωμα. Ωστόσο ο αριθμός των γιγαντοκυτταρικών ινωμάτων που μελετήθηκαν είναι μικρός για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

Τα γιγαντοκυτταρικά ινώματα υπάρχουν πολλά χρόνια πριν οι ασθενείς ζητήσουν ιατρική περίθαλψη^{1,3,6,8}. Στις περιπτώσεις που μελετήθηκαν, ωστόσο, οι περισσότεροι ασθενείς είχαν αντιληφθεί την παρουσία της βλάβης πριν από 3 χρόνια ή λιγότερο, και δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά στη διάρκεια πριν τη διάγνωση μεταξύ γιγαντοκυτταρικών και τραυματικών ινωμάτων.

Η προτίμηση του γιγαντοκυτταρικού ινώματος για τα ούλα και τη φατνιακή απόφυση, όπου εντοπίζεται το 28% ως 48,9%^{1,3,5,8,9}, σε αντίθεση με τη συχνότερη εντόπιση του ινώματος στην παρειά^{1,5}, επιβεβαιώθηκε και στην παρούσα μελέτη. Επιπλέον, τα γιγαντοκυτταρικά ινώματα ήταν συχνότερα μισχωτά, ενώ τα ινώματα ήταν σχεδόν εξίσου συχνά μισχωτά ή άμισχα, εύρημα που συμφωνεί με τα αναφερόμενα στη βιβλιογραφία^{1,3,5,8,9}.

Τα περισσότερα γιγαντοκυτταρικά ινώματα της παρούσας μελέτης είχαν περιγραφεί κλινικά σαν ογκίδια με φυσιολογικό χρώμα, ελαστική σύσταση και μικρό μέγεθος, όπως έχει αναφερθεί από άλλους ερευνητές^{1,3,8}. Σε αντίθεση, όμως, με προηγούμενες μελέτες όπου η επιφάνεια του όγκου ήταν συχνότερα μικρούβωδης, πολύλοβη ή θηλώδης^{1,3,8}, τα περισσότερα είχαν λεία επιφάνεια, όπως και τα τραυματικά ινώματα. Η κλινική ομοιότητα των δύο όγκων προκύ-

πτει και από ότι στη μεγάλη τους πλειοψηφία τα γιγαντοκυτταρικά ινώματα διαγνώσκονται κλινικά σαν ίνωμα^{3,7}. Αντίθετα, οι Weathers και Callihan¹ βρήκαν πως τα περισσότερα γιγαντοκυτταρικά ινώματα είχαν διαγνωστεί κλινικά σαν θήλωμα ή ινοεπιθηλιακή υπερπλασία, πιθανώς λόγω της μορφολογίας της επιφάνειας των όγκων.

Το γιγαντοκυτταρικό ίνωμα θεωρείται βλάβη αντιδραστικής αρχής, αλλά η ιστογένεσή του παραμένει ασαφής. Από την αρχική περιγραφή του όγκου οι προσπάθειες των ερευνητών εστιάστηκαν στη μελέτη των μονοπύρηνων ή πολυπύρηνων κυττάρων. Παρόμοια κύτταρα έχουν περιγραφεί στα φυσιολογικά ούλα⁶, σε γενικευμένες ινώδεις υπερπλασίες (σε ποσοστό 2,2%) και ινωματώσεις (σε ποσοστό 30,6%) των ούλων⁷, σε φλεγμονώδεις ινώδεις υπερπλασίες του στοματικού βλεννογόνου¹¹, στην οπισθοκυνοδοντική θηλή⁶, στο κεντρικό οδοντογενές ίνωμα¹², καθώς και στο συνδετικό ιστό που καλύπτει έγκλειστα δόντια^{7,13-15}. Μορφολογικές ομοιότητες παρατηρούνται, επίσης, μεταξύ των κυττάρων του γιγαντοκυτταρικού ινώματος και των κυττάρων δερματικών όγκων, όπως της οζώδους σκλήρυνσης (αγγειοίνωμα, υπονύχιο ίνωμα), της ινώδους βλατίδας της ρινός, του περιτριχοθυλακικού ινώματος, της μαργαριτώδους βλατίδας της βαλάνου του πέους, του επίκτητου ινοκερατώματος των δακτύλων^{1,4-6}.

Μελέτες των υπερμικροσκοπικών χαρακτηριστικών των μονοπύρηνων και πολυπύρηνων κυττάρων γιγαντοκυττα-

ρικών ινώματων μονιμοποιημένων σε φορμόλη^{2,4,6,16} έδειξαν την παρουσία πυρήνων με πτυχώσεις του πυρηνικού περιβλήματος, αναπτυγμένου κοκκιώδους ενδοπλασματικού δικτύου, πολυριβωσμάτων και ελεύθερων ριβωσμάτων, στοιχείων συσκευής Golgi, και ενδοκυττάρου κολλαγόνου. Παρατηρήθηκαν, επίσης, άφθονα μικρά και ενδιάμεσα περιπυρηνικά ινίδια με περιοδικότητα 10nm, που εκτείνονται στις κυτταρικές αποφυάδες και περιέχουν ανάμεσά τους ηλεκτρονιόπυκνα σωματίδια. Με βάση τα υπερμικροσκοπικά ευρήματα, οι Weathers και Campbell² πρότειναν πως τα κύτταρα του γιγαντοκυτταρικού ινώματος προέρχονται από ινοβλάστες ή αγγειακά λειομυοκύτταρα φυσιολογικού βλεννογόνου ή πυογόνων κοκκιωμάτων που έχουν προσβληθεί από ιό και βρίσκονται σε φάση πολλαπλασιασμού ή σύντηξης. Ωστόσο, μέχρι σήμερα δεν έχουν περιγραφεί στοιχεία ιογενούς προσβολής^{4,5,16}.

Ιστοχημικά, τα κύτταρα δεν εκφράζουν όξινη φωσφατάση, αδενοσίνη τριφωσφατάση και μη-ειδική εστεράση, και δεν περιέχουν βολία Nissl^{4,6}. Ανοσοϊστοχημικά, δεν αντιδρούν για κυττοκερατίνη, δεσμίνη, α-ακτίνη λείων μυϊκών ινών, S-100 πρωτεΐνη, νευροϊνίδια, γλιακή ινιδιακή όξινη πρωτεΐνη, ειδική νευρωνική ενολάση, CD31, παράγοντα VIII, λεκτίνη ενδοθηλιακών κυττάρων, παράγοντα XIIIa, CD68, λυσοζύμη και κοινό λευκοκυτταρικό αντιγόνο, ενώ είναι θετικά για βιμεντίνη και 4-υδροξυλάση της προλίνης^{4,8,9,11}. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν τη μεσεγχυματική προέλευση των κυττάρων

και αποκλείουν τη σχέση τους με τα μελανοκύτταρα α¹, τα επιθηλιακά^{8,9} και τα ενδοθηλιακά κύτταρα^{2,8,9,11}, τα κύτταρα Langerhans^{8,9}, τα κύτταρα των περιφερικών νεύρων^{8,9}, τα γλιακά κύτταρα¹¹ και κύτταρα μακροφαγικής-μονοκυτταρικής προέλευσης^{2,8,9,11}. Σε αντίθεση με τα δερμικά δένδροκύτταρα των αγγειϊνωδών βλαβών του δέρματος είναι κατά κανόνα αρνητικά για τον παράγοντα XIIIa¹¹, ενώ η έλλειψη κυτταροπλασματικής αντίδρασης με α-ακτίνη λείων μυϊκών ινών και δεσμίνη αποκλείει την πιθανότητα να είναι μυοϊνοβλάστες, όπως έχει υποστηριχθεί από άλλους ερευνητές^{4,5,7}.

Οι Weathers και Callihan¹ υποστήριξαν πως τα κύτταρα του γιγαντοκυτταρικού ινώματος είναι ινοβλάστες, άποψη στην οποία συντείνουν οι περισσότερες μελέτες^{6,8,9,11,16}. Κατά τον Regezi και συν.⁶ πρόκειται για ινοβλάστες της θηλώδους μοίρας του χορίου από τη βλάστηση της οποίας προκύπτει το γιγαντοκυτταρικό ίνωμα, σε αντίθεση με το τραυματικό ίνωμα που προέρχεται από υπερπλασία της δικτυωτής στιβάδας. Η θεωρία αυτή ερμηνεύει, επίσης, τις ιστολογικές και ιστοχημικές ιδιομορφίες του συνδετικού ιστού του γιγαντοκυτταρικού ινώματος⁵.

Ο Odell και συν.¹² θεώρησαν την κυτταροπλασματική έκφραση 4-υδροξυλάσης της προλίνης ενδεικτική ενεργού παραγωγής και λύσης κολλαγόνου (turnover) από τα ινοβλαστικά κύτταρα του γιγαντοκυτταρικού ινώματος, ενώ η υπερμικροσκοπική ανίχνευση άφθονου κοκκιώδους ενδοπλασματικού δικτύου^{2,4,6,16} και τμημάτων ενδοκυττάρου

κολλαγόνου⁴ συνηγορούν υπέρ της ενεργού συμμετοχής των κυττάρων στον μεταβολισμό του κολλαγόνου. Ωστόσο, το πρότυπο ανοσοαντίδρασης τενασκίνης-C υποδηλώνει πως δεν συμβαίνει ενεργός ιστική μορφογένεση με φθορά/ πλάση κολλαγόνου και μετανάστευση κυττάρων¹⁷. Για τα πολυπύρηννα γιγαντοκύτταρα του όγκου, ο σχηματισμός τους από κυτταρική διαίρεση χωρίς πυρηνοκίνηση αποκλείεται από την έλλειψη μιτωτικών διαιρέσεων και πυρηνικής έκφρασης Ki-67 πρωτεΐνης^{1,13}. Αντίθετα, η διαφορετική έκφραση PCNA μεταξύ των πυρήνων του ίδιου κυττάρου και υπερμικροσκοπικά ευρήματα, ενισχύουν την υπόθεση πως προκύπτουν από σύντηξη μονοπύρηνων κυττάρων^{4,11,13}.

Θεραπευτικά, συνιστάται η χειρουργική εξαίρεση του όγκου. Η πρόγνωση είναι άριστη και οι υποτροπές εξαιρετικά σπάνιες³.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Το γιγαντοκυτταρικό ίνωμα δεν παρουσιάζει σημαντικές διαφορές στην κλινική εικόνα και την πρόγνωση από τις άλλες εντοπισμένες ινώδεις υπερπλασίες του στοματικού βλεννογόνου, η ύπαρξη όμως ιδιαίτερων ιστολογικών χαρακτήρων και η ασαφής ιστογένεση δικαιολογούν τον διαχωρισμό του.

SUMMARY

Giant cell fibroma of the oral mucosa. A clinicopathologic study.

C. Tosios, A. Sklavounou, M. Katsourakis

Giant cell fibroma is a rare, localized fibrous hyperplasia of the oral mucosal, with distinct clinicopathological features. It usually presents on the mandibular gingiva of young people, as a small, asymptomatic, pedunculated tumor of normal color and bosselated surface. It is characterized by the presence of spindle-shaped, angular or stellate cells with basophilic cytoplasm. The histogenesis of the lesion is unclear. The purpose of the present study was the description of the clinical features of 31 giant cell fibromas and their comparison with those of 357 irritational fibromas. Giant cell fibromas represented 0.8% of the total biopsies accessed and 7.3% of all localized fibrous hyperplasias. Giant cell fibromas and irritational fibromas showed similarities in age distribution, duration prior to diagnosis, color, surface pattern, consistency, and size. However, giant cell fibromas were approximately three times more common in women than in men, were more frequently located on the gingiva, and were more usually pedunculated.

Key words: Fibroma, fibrous hyperplasia, giant cell fibroma, mouth tumors.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Weathers DR., Callihan MD.:** Giant-cell fibroma. *Oral Surg* **1974**, 37:374.
2. **Weathers DR., Campbell WG.:** Ultrastructure of the giant-cell fibroma of the oral mucosa. *Oral Surg* **1974**, 38:550.
3. **Houston GD.:** The giant-cell fibroma: A review of 464 cases. *Oral Surg* **1982**,

- 53:582.
4. **Savage NW., Monsour PA.:** Oral fibrous hyperplasias and the giant-cell fibroma. *Austr Dent J* **1985**, 30:405.
 5. **Τριανταφύλλου Α.:** Το γιγαντοκυτταρικό ίνωμα του στόματος. *Ελλ. Στομ. Χρονικά* **1985**, 29: 128.
 6. **Regezi JA., Courtney RM., Kerr DA.:** Fibrous lesions of the skin and mucous membranes which contain stellate and multinucleated cells. *Oral Surg* **1975**, 39: 605.
 7. **Reibel J.:** Oral fibrous hyperplasias containing stellate and multinucleated cells. *Scand J Dent Res* **1982**, 90: 217.
 8. **Bakos LH.:** The giant cell fibroma: A review of 116 cases. *Ann Dent* **1992**, 51:32.
 9. **Magnusson BC., Rasmusson LG.:** The giant cell fibroma. A review of 103 cases with immunohistochemical findings. *Acta Odontol Scand* **1995**, 53:293.
 10. **Anneroth G., Sigurdson A.:** Hyperplastic lesions of the gingiva and alveolar mucosa. A study of 175 cases. *Acta Odontol Scand* **1983**, 41:75.
 11. **Odell E., Lock, Lombardit.:** Phenotypic characterisation of stellate and giant cells in giant cell fibroma by immunocytochemistry. *J Oral Pathol Med* **1994**, 23: 284.
 12. **Gunhan O., Gurbuzer B., Gardner DG., Demiriz M., Finci R.:** A central odontogenic fibroma exhibiting pleomorphic fibroblasts and numerous calcifications. *Br J Oral Maxillofac Surg* **1991**, 29: 42.
 13. **Mighell AJ., Robinson PA., Hume WJ.:** PCNA and Ki-67 immunoreactivity in multinucleated cells of giant cell fibroma and peripheral giant cell granuloma. *J Oral Pathol Med* **1996**, 25: 193.
 14. **Philipsen HP., Tsosarporn W., Reichart PA., Grundt G.:** Odontogenic lesions in opercula of permanent molars delayed in eruption. *J Oral Pathol Med* **1992**, 21:38.
 15. **Yonemochi H., Noda T., Saku T.:** Pericoronal hamartomatous lesions in the opercula of teeth delayed in eruption: An immunohistochemical study of the extracellular matrix. *J Oral Pathol Med* **1998**, 24: 441.
 16. **Takeda Y., Kaneko R., Suzuki A., Niitsu J.:** Giant cell fibroma of the oral mucosa. Report of a case with ultrastructural study. *Acta Pathol Jpn* **1986**, 36: 1571.
 17. **Mighell AJ., Robinson PA., Hume WJ.:** Immunolocalisation of tenascin-C in focal reactive overgrowths of oral mucosa. *J Oral Pathol Med* **1996**, 25: 163.

Διεύθυνση για ανάπτυξη:
Κων. Τόσιος
Οδοντιατρική Σχολή
Εργαστήριο Στοματολογίας
Θηβών 2 Γουδί
115 27 Αθήνα