

HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATORIA ASOCIADA A PRÓTESIS REMOVIBLE

INTRODUCCIÓN

La rehabilitación de pacientes parcial o totalmente edentulos conlleva algunos riesgos, especialmente cuando los aparatos protésicos no cumplen con el criterio de “convivir en forma armónica con las estructuras anatómicas que los rodean” de tal manera que no interfieran en el fisiologismo normal de estas estructuras y más bien contribuyan a su restitución, sin embargo un buen número de adultos mayores portadores de dentaduras artificiales presentan atrofia del proceso alveolar causada por desajuste protésico, lo que produce irritación mecánica de la mucosa que desencadena un proceso inflamatorio crónico que termina con la formación de tejido fibroso hiperplásico asintomático en las zonas de agresión, conocida como hiperplasia fibrosa inflamatoria (HIF) o también llamada epulis fissuratum, épulis fisurado, por la presencia de surcos que corresponden a las zonas de compresión del borde protésico, las que deben ser eliminadas quirúrgicamente antes de que ocasionen la atrofia completa del hueso alveolar, ya que de ocurrir ello, significaría la imposibilidad de volver a sostener otra dentadura en esa arcada (1).

La mayoría de los casos han sido reportados entre la quinta y séptima década de vida, generalmente localizada en la parte anterior del maxilar superior (2). Clínicamente, el tejido hiperplásico suele formar lobulillos o pliegues y puede estar fisurado en el punto donde el reborde de la prótesis contacta con el tejido, en la base de las presiones lineales. Se localiza con mayor frecuencia en la zona anterior; son blandas, flácidas y móviles, y cuando existe ulceración, estas hiperplasias se muestran eritematosas.

Aspectos teóricos

El término de Hiperplasia se refiere a un aumento de volumen de un tejido producido por el incremento en el número de sus células; en general, corresponden a un grupo de lesiones producidas como una respuesta exagerada de la mucosa bucal frente a irritantes crónicos de baja intensidad, motivo por el cual se le considera una lesión reactiva⁽³⁾.

Las Hiperplasias se clasifican en base al tipo de tejido que las conforman, pudiendo ser: con predominio de tejido de granulación (como es en el caso de un Granuloma Piógeno), con predominio de tejido fibroso (como las Hiperplasias Fibrosas Inflamatorias) o clasificadas como otras lesiones Hiperplásicas (como la Hiperplasia Gingival inducida por Fármacos)⁽⁴⁾.

Las lesiones de naturaleza inflamatoria constituyen aproximadamente el 66% de todas las lesiones de la cavidad oral, siendo la mayoría de estas lesiones atribuidas a la mala higiene y al uso de aparatología fija o removible⁽⁴⁾.

Puede manifestarse en cualquier localización intraoral, pero la zona más frecuente de aparición es la región gingival, seguida por la mucosa vestibular, lengua, labios y el paladar. Ha sido relatada con mayor frecuencia en la región del surco vestibular y, en menor proporción, en reborde alveolar lingual de mandíbula y en la región palatina. Afecta principalmente a la zona anterior de mandíbula y maxilar, aunque también puede afectar con menor frecuencia la zona posterior, no existiendo predilección por maxila o mandíbula⁽⁵⁾.



CARLOS E. VALDIVIA SILVA

Cirujano Dentista responsable de la cátedra de Periodoncia y prótesis total de la EAP DE Odontología de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann Tacna

La lesión se presenta como un agrandamiento gingival del tejido conectivo, de crecimiento lento y generalmente asintomático, de color de rosado pálido semejante a la mucosa adyacente; su diámetro varía de menos de 1 cm a lesiones grandes que pueden afectar la totalidad del vestíbulo. Los casos que presentan sintomatología están asociados a ulceración concomitante de la lesión; se muestra eritematoso si está ulcerado, semejando un Granuloma Piógeno. La consistencia de la lesión es variada de firme a flácida; puede presentarse con una superficie lisa, con base sésil y ocasionalmente pediculada; sangra fácilmente a la palpación o al cepillado⁽⁶⁾.

Histológicamente se caracteriza por una sobreproducción de tejido conjuntivo fibroso, rico en fibras de colágeno y fibroblastos, delimitado por epitelio escamoso superficial; existe presencia de infiltrado inflamatorio crónico (linfocitos y células plasmáticas, principalmente y ocasionalmente leucocitos polimorfonucleares pueden estar presentes) y pocos vasos sanguíneos. El aspecto del tejido conjuntivo varía de acuerdo con el estado de desarrollo de la lesión: de tejido de granulación inmaduro en lesiones jóvenes a tejido conjuntivo denso y fibroso en lesiones más antiguas. En muchos casos una misma lesión puede presentar diferentes aspectos microscópicos⁽⁷⁾.

El tratamiento va de acuerdo con la severidad de la lesión y la cantidad del tejido afectado; lesiones pequeñas pueden ser tratadas de manera conservadora, con remoción del agente, mientras que lesiones extensas y de larga evolución necesitarán de excisión quirúrgica con posterior biopsia. En cualquier caso es inevitable la erradicación del factor irritativo⁽⁸⁾.

El pronóstico de la HFI es bueno y los índices de recidivas son bajos siempre y cuando el factor irritativo sea eliminado⁽⁹⁾.

OBJETIVO

El objetivo de este artículo es presentar el caso clínico de una portadora de prótesis total superior y parcial inferior con el fin de establecer las características clínicas e histopatológicas de la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria, una lesión lamentablemente común en portadores de placa, así como enfatizar la importancia de un buen diagnóstico de las lesiones en la cavidad oral.

REPORTE DEL CASO CLÍNICO

Se presenta en la Clínica Odontológica de la ESOD/UNJBG un paciente del género femenino de 54 años de edad, acude para buscar estabilidad de su prótesis total superior y parcial inferior. Dentro de sus antecedentes familiares no refiere afecciones sistémicas de relevancia por parte de sus padres.

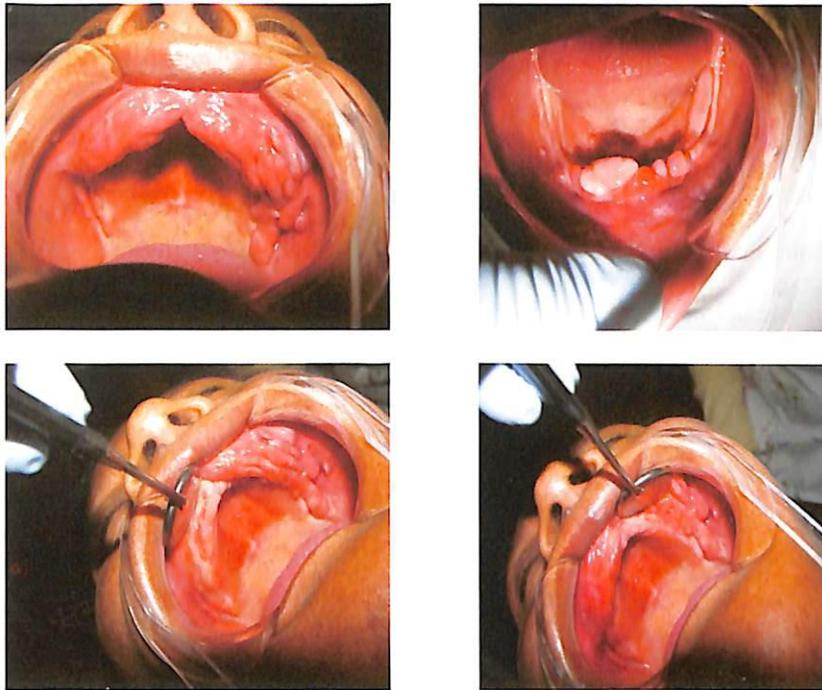
La paciente refiere una higiene bucal adecuada, dos veces al día. En los antecedentes personales patológicos la paciente refiere que pierde sus piezas dentarias por caries de manera progresiva y por falta de orientación acerca de tratamientos conservadores, de tal manera que llega al estado de edentación total en el maxilar y edentación parcial en la mandíbula, por lo que acude al odontólogo a fin de confeccionar prótesis total superior y parcial inferior. Refiere así mismo la incomodidad en el fisiologismo desde la instalación de la prótesis, acude en repetidas oportunidades al tratante y se le manifiesta que es un "proceso de adaptación". Finalmente percibe un crecimiento anómalo de tejido alrededor de los bordes protésicos superiores. Con respecto de la prótesis parcial inferior refiere falta de adaptación y caries en la zona de soporte dentario que gradualmente llevan a la edentación total inferior a pesar de lo cual sigue utilizando la prótesis inferior.



CARLOS E. VALDIVIA SILVA

Cirujano Dentista responsable de la cátedra de Periodoncia y prótesis total de la EAP DE Odontología de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann Tacna

A la exploración clínica se encuentra múltiples lesiones hiperplásicas en todo el fondo de surco superior con un crecimiento tal que cubre totalmente el reborde residual superior. En la mandíbula se observan lesiones hiperplásicas inflamatorias en la zona antero inferior por vestibular en relación con bordes cortantes de una prótesis parcial removible



También, se observo desaptación de la prótesis y un proceso de resorción severo en el maxilar y en la mandíbula (Fig. 3 y 4 Radiográficamente, no se observaron hallazgos significativos).



CARLOS E. VALDIVIA SILVA
 Cirujano Dentista responsable de la cátedra de Periodoncia y prótesis total de la EAP DE Odontología de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann Tacna

Como primera fase de tratamiento se retiro de manera inmediata las prótesis Instalando tratamiento medicamentoso para disminuir el proceso inflamatorio secundario a las lesiones hiperplásicas. Se le prescribe también Clorhexidina al 0.12% 3 veces al día por 14 días.

Después de 15 días se observa permanencia de la lesión hiperplasia en maxilar y mandíbula pero ya sin el componente inflamatorio desde el punto de vista clínico.

Se establece como diagnostico presuntivo Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria (HFI) asociada a prótesis removibles.

Se decide como tratamiento la escisión quirúrgica de las lesiones tanto en maxilar como en mandíbula.

Se solicita riesgo quirúrgico a través de interconsulta con el médico.

Se procede a la escisión de las lesiones, enviando al laboratorio las muestra previamente fijadas en formol al 10%,para el examen histopatologico.

La muestra obtenida midió aproximadamente 12 cm de longitud



RESULTADOS

El examen histopatológico mostró un alto contenido de tejido conjuntivo fibroso denso, bien vascularizado, Infiltrado inflamatorio crónico severo difuso, parcialmente cubierto por epitelio escamoso estratificado lo que confirma el diagnóstico Clínico presuntivo de Hiperplasia Gingival Inflamatoria, asociada a la presencia de prótesis removibles desadaptadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Irigoyen E, Mosqueda A. *Estomatología Geriátrica*. 2005. Disponible en: http://www.drscope.com/pac/mg-2/7/mg2t7_p41.htm
2. Sciubba J. *Denture Estomatitis*. Junio 2005. Disponible en: <http://www.emedicine.com/derm/topic642.htm>
3. Vargas PA, Pérez DEC, Jorge J, Rangel ALCA, León JE, Almeida OE. *Denture hyperplasia with areas simulating oral inverted ductal papilloma*. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 2005; 10 Suppl 2: E117-121.
4. Espinosa ZM, Loza HG, Mondragón BR. *Prevalencia de lesiones de la mucosa bucal en pacientes pediátricos: Informe preliminar*. *Cir Ciruj*, 2006; 74(003): 153-157.
5. Lindhe J, Karring T, Lang N. *Clinical Periodontology & Implant Dentistry*. Editorial Blackwell-Munksgaard. 4^a edition. 2003, Slovenia.
6. Bascones Martínez A. *Atlas de Patología de la Mucosa Bucal*. Ediciones Avances. Madrid, 1989.
7. Palacios-Sánchez B, Cerero-Lapiedra R, Campo-Trapero J, Esparza Gómez GC. *Alteraciones gingivales no relacionadas con placa*. *RCOE*, 2006; 11(1): 43-55.
8. Regezi JA, Sciubba J. *Patología bucal*. 2a ed. Editorial Interamericana, México, 1995.
9. Strassburg M. *Mucosa oral: Atlas a color de enfermedades*. Libros Marban. 3a edición. 1996, España.



CARLOS E.
VALDIVIA SILVA

Cirujano Dentista responsable de la cátedra de Periodoncia y prótesis total de la EAP DE Odontología de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann Tacna