



Revista
de la Facultad de
ODONTOLOGÍA

UNIVERSIDAD DE GUENCA
Año 5 Número 5 Noviembre 2013

Revista de la Facultad
de **Odontología**

Decano de la Facultad de Odontología de la
Universidad de Cuenca
Dr. Gonzalo I. Montesinos Calderón

Consejo Editorial
Dra. Andrea Carvajal E.
Dra. Yadira Piedra B.
Dr. Cristian Abad C.

Diseño Gráfico y Diagramación
DISEÑOS PUBLICIDAD

Portada
Dts. Fabián Arias M.

Impresión
Grafisum Cía. Ltda.

Publicación Periódica Anual
ISSN 1390-0889

**Revista Científica de la Facultad de Odontología
de la Universidad de Cuenca**
Dirección: Campus El Paraíso
Avenida El Paraíso s/n.
Teléfonos: (593-7) 4051150
(593-7) 4051151
Fax: (593-7) 4051152

Cuenca - Ecuador
Noviembre 2013

ÍNDICE



EDITORIAL Dra. Yadira Piedra Bravo	7
PRESENTACIÓN Dr. Pablo Tamariz Ordóñez	9
1. ANGINA DE LUDWIG. PRESENTACIÓN DE UN CASO. Dr. David Pineda Álvarez. Sr. Pablo Cordero.	11
2. PREMOLARES MANDIBULARES DE DOS CONDUCTOS: ENFOQUE DE TRATAMIENTO Y CASO CLÍNICO. Od. Esteban Astudillo Ortiz.	19
3. LESIÓN LIQUENOIDE ORAL DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO EN PACIENTE EX – AFECTO A COCAÍNA: A PROPÓSITO DE UN CASO. Od. María de Lourdes Rodríguez. Od. Gabriela Niemes. Od. Anhaly Montalvo.	29
4. HIPERPLASIAS REACTIVAS EN ENCÍA: GRANULOMA PIOGÉNICO Y FIBROMA INFLAMATORIO. REPORTE DE DOS CASOS. Dra. Andrea Carvajal E. Od. María Fernanda Torres.	37
5. ARTROCENTESIS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR: INDICACIONES, TÉCNICA, RESULTADOS Y JUSTIFICACIÓN. Dr. Marcelo Cazar Almache. Dr. Wilson Bravo Torres. Dr. José Ernesto Miranda Villasana. Dr. Roberto Takeo Rivera Estolano. Dr. Hiran Barajas.	45

EDITORIAL

Dra. Yadira Piedra Bravo
MIEMBRO DEL CONSEJO EDITORIAL



Hace ya algún tiempo, un grupo de emprendedores de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca visualizamos un ambicioso sueño: “Redimir la difusión periódica y regular de su revista que fue concebida originalmente como una dimensión esencial e indefectible para difundir información científica, comunicar resultados de investigación, y divulgar sus prácticas clínicas favoreciendo de esa manera su desarrollo en el campo científico”.

En ese entonces, y para alcanzar esa meta, se instituyó el Consejo Editorial, del cual al momento ejerzo circunstancialmente como miembro, y por eso me resulta muy halagador percibir que lo que en su momento fue una quimera, en el presente se formaliza como una realidad manifiesta que gracias al apoyo de las autoridades, y a la destacada y constante colaboración de sus docentes y estudiantes de pregrado y postgrado marca ya nuestro quinto año consecutivo de publicación.

No obstante, dentro del contexto de la Ley Orgánica de Educación Superior en cuyo artículo 93 se menciona que: “El principio de calidad consiste en la búsqueda constante y sistemática de la excelencia, la pertinencia, producción óptima, transmisión del conocimiento y desarrollo del pensamiento mediante la autocrítica, la crítica externa y el mejoramiento permanente”... hoy el desafío es todavía más insaciable. Nuestra revista debe progresar y desplegarse ante demandas mucho más estrictas y rigurosas, ante estándares de calidad científica y editorial más exigentes que pretenden que los artículos difundidos demuestren rigor científico, sean originales, con índices de citación representativos, y sobre todo que cuyo impacto sea aceptado por los sistemas de indización reconocidos.

En este nuevo escenario donde prima la creación, desarrollo, transmisión y difusión de la ciencia, le corresponde a la universidad ecuatoriana como una necesidad categórica, propiciar los primeros pasos que nos guíen a trascender nuestros propios límites institucionales, para que se integren verdaderas comunidades de expertos que fortalezcan la producción científica, regulen las publicaciones, y sustenten el camino hacia el posicionamiento de nuestras publicaciones dentro de la comunidad nacional e internacional.

Esta nueva utopía..... es ahora nuestro nuevo reto..

PRESENTACIÓN

Dr. Pablo Tamariz Ordóñez
SUBDECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



Apreciados lectores, presentar el quinto número de la Revista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, es para mí un verdadero reto, a sabiendas del nivel académico que representa la misma, sobre todo por la continuidad que va teniendo y la producción que conlleva. Este es un trabajo en conjunto de quienes formamos parte de la Institución pues esta edición se plasma gracias al apoyo de las autoridades, el Consejo Editorial de la Facultad quienes con todo el empeño y dedicación pudieron sacar adelante este nuevo ejemplar, y por supuesto, a todos y cada uno de los autores que colaboraron con artículos originales, que se ponen a consideración de la profesión odontológica.

Un aspecto importante a tomar en cuenta, es que, estamos insertándonos en una etapa de transición con la aplicación del Reglamento de Publicaciones de la Universidad de Cuenca. Se están acogiendo las recomendaciones para iniciar el proceso de evaluación de la Revista, con la finalidad de continuar con el proceso de indexación internacional, gracias a la colaboración del departamento de biblioteca y del Consejo de Publicaciones de la Universidad de Cuenca.

La Revista cumple con el deseo de compartir con la sociedad lo que es, lo que tiene y lo que produce la Facultad en el día a día, tanto en el pregrado como, en los programas de postgrado que se desarrollan en este centro de educación superior.

Además de presentarse ante la sociedad, la elaboración y difusión periódica de la Revista, en la actualidad constituye una necesidad para cada uno de quienes hacemos la Facultad de Odontología, pues, el "Reglamento de Carrera y Escalafón del Profesor e Investigador del Sistema de Educación Superior" promueve al personal académico, gracias a las publicaciones elaboradas, y por otra parte, la producción académica de la Facultad es un importante aporte para la acreditación de la Carrera, proceso que está desarrollándose en todas las instituciones de Educación Superior del país.

Finalmente invito, a todos los que hacemos la Carrera de Odontología, así como, a los profesionales odontólogos, a generar producción científica, que pueda formar parte de próximas ediciones de la Revista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, siendo un importante aporte para el mejoramiento y actualización en los temas de nuestra profesión.

Hiperplasias Reactivas en Encía: Granuloma Piogénico e Hiperplasia Fibrosa Focal. Reporte de Dos Casos.

Dra. Andrea Carvajal Endara.
Especialista en Periodoncia. Docente de la Facultad de Odontología.

Od. María Fernanda Torres Calle
Especialista en Patología Buco Maxilo Facial. Docente de la Facultad de Odontología.



RESUMEN

Las lesiones hiperplásicas reactivas localizadas de la encía pueden ser: hiperplasia fibrosa focal, granuloma piogénico, fibroma osificante periférico y granuloma periférico de células gigantes. Son lesiones que desde el punto de vista clínico son similares entre sí, y seguirían una evolución común en su formación, es por ello que se debe realizar el examen histológico, con el fin de confirmar o modificar un diagnóstico clínico de presunción, aun cuando las lesiones parezcan benignas, ya que estas lesiones guardan similitud con algunos tumores malignos de cavidad bucal. El presente artículo reporta dos casos con lesiones hiperplásicas reactivas localizadas de encía donde, sus características clínicas e histopatológicas, permitieron realizar el diagnóstico definitivo de: hiperplasia fibrosa focal y granuloma piogénico.

PALABRAS CLAVES: granuloma piogénico, hiperplasia fibrosa focal, hiperplasias reactivas de encía, épulis, fibroma.

ABSTRACT

Localized reactive hyperplastic lesions on the gingiva can be focal fibrous hyperplasia, pyogenic granuloma, peripheral ossifying fibroma and peripheral giant cell granuloma. From the clinical point of view, these injuries are similar to each other and follow a common evolution in their formation. Therefore, it is necessary to perform histological examination in order to confirm or modify a presumptive clinical diagnosis, even when lesions appear to be benign, since these lesions could be similar to some oral cavity malignant tumors. This study reports two cases of gum localized reactive hyperplastic lesions where clinical and histopathological characteristics, allowed a definitive diagnosis: focal fibrous hyperplasia and pyogenic granuloma.

KEY WORDS: pyogenic granuloma, focal fibrous hyperplasia, reactive hyperplasia of the gingiva, epulides, fibroma.

INTRODUCCIÓN

La encía está compuesta por un epitelio plano estratificado queratinizado o paraqueratinizado, que reviste un tejido conjuntivo o corion semidenso adherido al periostio de los maxilares. Ante los irritantes crónicos locales como presencia de cálculo dental, impactación de alimentos, restauraciones de márgenes desadaptados y otros factores iatrogénicos; la encía puede reaccionar con la formación de hiperplasias localizadas, las mismas que pueden tener diversos componentes tisulares que van desde la presencia de colágeno maduro, tejido celular fibroblástico, células endoteliales, células gigantes multinucleadas hasta tejido mineralizado.⁽¹⁾

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.⁽²⁾

Por mucho tiempo se ha descrito a todo agrandamiento o hiperplasia en encía con el término: "épolis" que se deriva del griego epi= sobre, y oulon= encía. Virchow definió al épolis como una neoformación que se desarrolla por encima y en contigüidad con la mucosa gingival, por lo tanto solamente es un término topográfico que no detalla su componente histológico.⁽³⁾

Las hiperplasias reactivas localizadas de la encía se derivan de las fibras supraóseas del ligamento periodontal y no de la superficie gingival, así mismo su naturaleza es reactiva y no inflamatoria, pueden asomar en cualquier sitio del margen gingival y característicamente crecen hacia afuera del surco gingival con un desplazamiento coronal del margen gingival.⁽⁴⁾

Son lesiones que desde el punto de vista clínico son similares entre sí, y seguirían una evolución común en su formación. En un primer momento el irritante crónico estimula la formación de tejido de granulación, que da a la lesión una consistencia blanda y apariencia muy roja; más adelante, si el factor causal se mantiene, el tejido se vuelve más fibroso y desde el punto de vista clínico la lesión es más firme; la persistencia de factores irritativos en la mucosa desencadena además un proceso inflamatorio crónico en las zonas de agresión.^(5,6)

Actualmente se considera adecuado clasificar a las lesiones hiperplásicas reactivas localizadas de la encía en cuatro grupos que son: hiperplasia fibrosa focal, granuloma piogénico, fibroma osificante periférico y granuloma periférico de células gigantes.^(1,4)

Clínicamente la hiperplasia focal fibrosa se identifica como una masa firme, nodular indolora con una superficie lisa y coloración normal.⁴ Histológicamente, la hiperplasia está cubierta por una capa de epitelio escamoso estratificado queratinizado, en la mayoría de veces alternando hiperqueratosis y paraqueratosis; puede encontrarse delgado o mostrar un patrón complejo de crestas epiteliales alargadas. Este epitelio recubre una masa de tejido conjuntivo fibroso denso, formado por abundante colágeno maduro entrelazado y mezclado con diversos fibroblastos y pequeños vasos sanguíneos.⁽⁶⁻⁷⁾

Una variante histológica de la hiperplasia fibrosa focal, conocida como fibroma de células gigantes, se basa en la presencia de fibroblastos binucleados y trinucleados que poseen núcleos ovalados, de aspecto monomorfo, con patrón estrellado.⁽⁸⁾

El granuloma piogénico de encía se manifiesta clínicamente como una masa lobulada, suave, lisa e indolora, puede ser sésil o de base pedunculada. Su color es rosado intenso o rojo debido a su extremada vascularización, pudiendo observarse una pseudomembrana gris en la superficie, debido a ulceraciones. Esta lesión se desarrolla frecuentemente durante el embarazo y en ese caso se le denomina tumor del embarazo.^(1,3,4)

El tumor del embarazo ha sido descrito desde 1874, se presenta en un 0.5% a 9,6% de las mujeres embarazadas, clínica e histológicamente es compatible con el granuloma piogénico.⁽⁹⁾ Su ubicación más frecuentes es en el tejido interproximal de la región anterior del maxilar superior. Su formación resultaría de una exagerada respuesta inflamatoria ante cálculo dental, se incrementa rápidamente de tamaño y sangra con facilidad.¹⁰ En raras ocasiones es mayor a 2cm. y suele recurrir si no es eliminado completamente.⁽¹¹⁾

Histológicamente se caracteriza por ser una masa lobulada de proliferación vascular, que asemeja tejido de granulación formado por pequeños y grandes espacios vasculares llenos de células sanguíneas. Es evidente un infiltrado de linfocitos, células plasmáticas y polimorfonucleares neutrófilos, el epitelio que lo cubre por lo general es atrófico y delgado pero también podría ser hiperplásico. Si la lesión está ulcerada hay un exudado inflamatorio o fibrinoso sobre la superficie.⁽⁵⁻⁶⁾

Se observan con frecuencia fascículos de colágeno que cursan a través de la masa del tejido. Cuando no es tratada se produce obliteración gradual de los capilares y adquiere un aspecto más fibroso. La madurez de los elementos del tejido conectivo se interpreta como síntoma de cicatrización de la lesión. Tanto microscópicamente

como clínicamente una lesión de larga evolución puede semejarse a un fibroma y es probable que muchos de los fibromas intrabucales sean granulomas piogénicos que ya evolucionarán.⁽⁷⁾

El fibroma periférico osificante se considera una lesión reactiva, a pesar de que la nomenclatura sugiere una neoplasia. Se presenta únicamente en la encía ya que su origen es el ligamento periodontal y se le ha denominado con diferentes términos como fibroma periférico con calcificación o granuloma fibroblástico calcificante. Clínicamente se manifiesta como una masa nodular dura e indolora. El color puede variar de rosado a rojo y su superficie puede estar ulcerada.⁽¹⁾

Histológicamente, la superficie del fibroma periférico osificante muestra una capa intacta, o con más frecuencia una capa ulcerada de epitelio escamoso estratificado. El tejido conectivo comprende grandes cantidades de fibroblastos proliferantes gruesos que se entremezclan a través de un estroma fibrilar muy delicado. Presenta diversos elementos mineralizados como: tejido óseo laminar, material cementoide y calcificación distrófica.⁽¹²⁾

El granuloma de células gigantes es una lesión reactiva que se observa solamente en encía o en mucosa alveolar y que se origina del ligamento periodontal o del periostio. Se evidencia clínicamente como una masa nodular, suave e indolora. Con una coloración roja o rojo-azulada que se ulcera con frecuencia y tiende a sangrar. La apariencia clínica es similar a la del granuloma piogénico de encía.⁽¹⁾

Histológicamente, se caracteriza por presentar: un epitelio escamoso estratificado que puede o no estar queratinizado, un tejido conectivo fibroso donde se observan células gigantes multinucleadas que semejan

osteoclastos, numerosos capilares frecuentemente localizados en la periferia de la lesión, además hay infiltrado inflamatorio de polimorfonucleares neutrófilos, linfocitos y células plasmáticas. En un tercio de las lesiones se puede encontrar tejido óseo lamelar. (13)

DESCRIPCIÓN DE CASOS

Caso 1: Paciente femenina de 9 años sin enfermedad sistémica, acudió a la consulta por remisión de su odontólogo para diagnóstico y tratamiento de una lesión gingival vestibular en el incisivo central superior derecho, la misma que tiene un color rosado pálido, su superficie es lisa, su consistencia firme a la presión y evidencia un surco gingival de 12 mm., presentando sangrado al sondaje. Radiográficamente no se identificaron cambios. Ante la anamnesis se determinó dificultad en la erupción de la pieza dental 1.1, con la presencia de un agrandamiento de encía, donde su odontólogo le realizó una incisión horizontal supracrestal hace 6 meses para facilitar la erupción, sin embargo, dicho agrandamiento ha persistido y se ha ido incrementado en tamaño a pesar de la erupción dentaria. (Figuras N° 1-2). Se procedió a la excisión quirúrgica de la lesión, y se envió para su estudio histopatológico.

La biopsia realizada de tipo excisional permitió obtener una muestra de tejido que midió 1.1 * 0.9 * 0.5 cm. El estudio histopatológico mostró un alto contenido de tejido conjuntivo fibroso denso, bien vascularizado con un infiltrado inflamatorio crónico difuso, cubierto por epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado con hiperplasia agujiforme (Figuras N°3-4), lo que reveló el diagnóstico de Hiperplasia Fibrosa Focal.



Figura 1. Agrandamiento gingival localizado en vestibular del incisivo central superior derecho.



Figura 2. Masa firme indolora de superficie lisa y coloración normal.

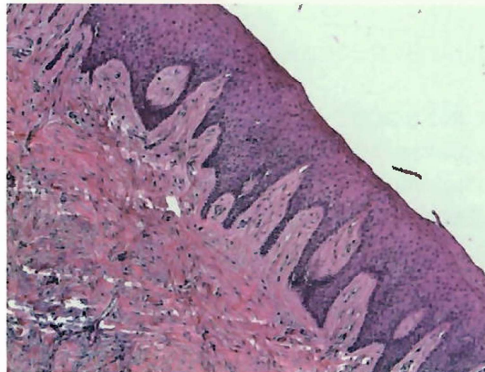


Figura 3. Microscopía, se observa epitelio hiperplásico y tejido conectivo fibroso. (H & E, 10x).

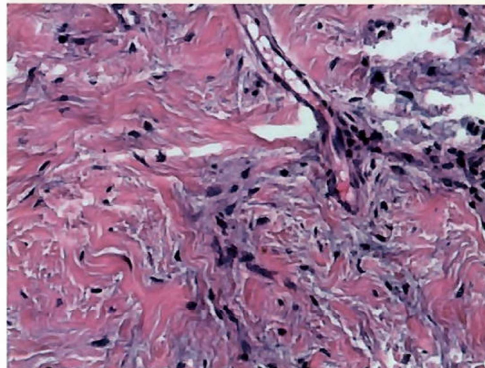


Figura 4. Microscopía, se observa tejido conectivo fibroso. (H & E, 40x).

Caso 2: Paciente femenina de 40 años de edad sin compromiso sistémico asistió a la consulta por derivación de su odontólogo, debido a la presencia de una lesión indolora en la encía vestibular del canino e incisivo lateral derecho. La lesión es de base pediculada con origen en el espacio interdental entre los dientes 1.3 y 1.2, de color rojizo, superficie irregular, que sangra eventualmente, con un tiempo estimado de evolución de 18 meses. (Figuras N° 5-6). La paciente refiere haber tenido una lesión similar hace trece años durante su embarazo, la misma que fue de menor tamaño y que fue retirada con láser. Se realizó la remoción quirúrgica de la lesión actual con raspado y alisado radicular de los dientes comprometidos, ya que, se pudo identificar cálculo dental subgingival.

La biopsia realizada fue de tipo excisional y midió 1.8*1.2*1 cm.

En el estudio histopatológico se observó una muestra constituida por epitelio escamoso paraqueratinizado, con grados de espongirosis e hiperplasia. (Figura N°7). Además múltiples vasos sanguíneos dilatados y llenos de eritrocitos. (Figura N°8). El estroma está formado por tejido conjuntivo laxo edematoso combinado con áreas de intensa fibrosis y abundante infiltrado inflamatorio mixto con predominio linfoplasmocitario. (Figura N°9) Mediante la correlación de los datos clínicos e histológicos el diagnóstico fue un Granuloma Piógeno.



Figura 5. Agrandamiento gingival localizado en el espacio interdental vestibular entre el incisivo lateral superior y canino derechos.



Figura 6. lesión de base pediculada, indolora, de superficie irregular y coloración roja, que sangra eventualmente.

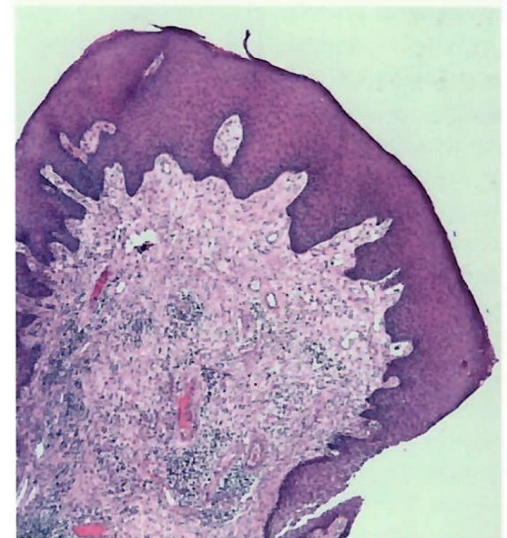


Figura 7. Microscopía, se observa epitelio escamoso estratificado y tejido conjuntivo subyacente. (H & E, 4x).

Discusión

En este reporte, se describieron dos casos clínicos de mujeres jóvenes, con presencia de agrandamientos localizados en la encía de la región de los dientes antero superiores, circunscritos, asintomáticos y de consistencia firme. Debido a sus características clínicas, tiempo de evolución y posible factor causal fueron consideradas como hiperplasias reactivas. Las lesiones fueron eliminadas por medio de biopsias excisionales y enviadas al laboratorio de patología bucal para su examen histopatológico.

Los resultados histológicos de los dos casos fueron diferentes. En el primero se trató de una hiperplasia fibrosa focal y el segundo de un granuloma piogénico. Dos entidades patológicas que pueden compartir características clínicas similares y corresponden a hiperplasias reactivas. Sin, embargo el diagnóstico definitivo debe sustentarse en un examen histopatológico, el cual, de manera objetiva, determinará la naturaleza exacta de la lesión.

El granuloma piógeno se manifiesta en cualquier edad, pero particularmente en personas jóvenes (segunda, tercera y cuarta década de la vida) y sobre todo en mujeres, lo cual puede explicar, al menos parcialmente, su presencia durante el embarazo.^(3,5,9,11)

La hiperplasia focal es una proliferación reactiva, ya que representan un crecimiento fibroblástico autolimitado del tejido o una mezcla de tejido fibroso y vascular.^(1,4)

En la cavidad bucal la mayoría de los irritantes locales son físicos y pueden estimular al tejido conjuntivo, al ligamento periodontal o al periostio para su desarrollo.⁽¹⁾

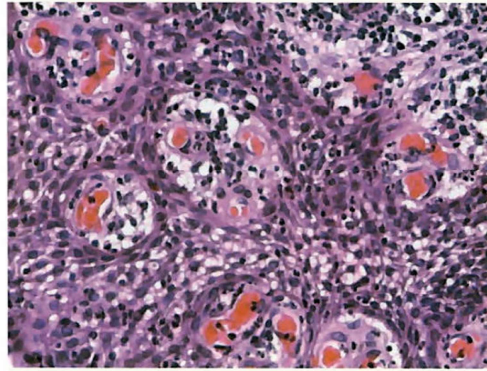


Figura 8. Microscopía, se observa vasos sanguíneos e inflamación dispersa. (H & E, 40x).

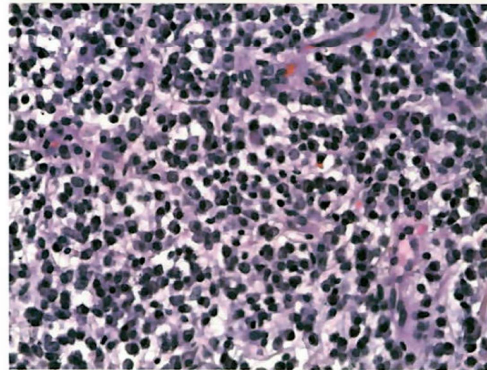


Figura 9. Microscopía, se observa infiltrado inflamatorio crónico. (H & E, 40x).

Conclusiones

De todas las lesiones o neoplasias encontradas en la cavidad bucal las hiperplasias reactivas son las más comunes. Esto se debe, quizás, al hecho de que la mucosa bucal, está sometida constantemente a diferentes tipos de traumas crónicos, como son la masticación, la ingestión de alimentos, cepillado bucal, presencia de prótesis y restauraciones, entre otras, etc.

Es importante mencionar que los tumores malignos en la cavidad bucal pueden tener una apariencia clínica similar a la de un tumor benigno o algún agrandamiento gingival; por esta razón, se debe realizar el examen histológico de todo tejido biopsiado, con el fin de ratificar o modificar un diagnóstico clínico de presunción, aun cuando las lesiones parezcan clínicamente benignas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Buchner A, Shnaiderman-Shapiro A, Vered M. Relative frequency of localized reactive hyperplastic lesions of the gingiva: a retrospective study of 1675 cases from Israel. *J Oral Pathol Med* (2010) 39: 631-638.
2. Romero C, Quiroz T, Torres L, Ruiz C. Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria: reporte de un caso. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral* 2011; 4(2): 74-79.
3. Binni W. Periodontal cysts and epulides. *Periodontology 2000*, Vol. 21, 1999, 16-32. ISSN 0906-6713.
4. Savage NW, Daly CG. Gingival enlargements and localized gingival overgrowths. *Australian Dental Journal* 2010; 55-60.
5. Tamarit M, Delgado E, Berini L, Gay Escoda C. Exéresis de las lesiones hiperplásicas de la cavidad bucal: Estudio retrospectivo de 128 casos. *Med. oral patol. oral cir. bucal* 2005; 10(2): 151-162.
6. Macedo LF, Díaz JA, Antonio LG. Study of denture-induced fibrous hyperplasia cases diagnosed from 1979 to 2001. *Quintessence Int*, 2005;36: 825-829.
7. Shafer W, Levy B. Tratado de patología bucal. 3° ed. México: Interamericana; 1986.
8. Muñante J, Jaimes M, Olate S, Albergaria R. Consideraciones actuales en hiperplasia fibrosa inflamatoria. *Acta odontol. venez* 2009; 47(2): 460-466.
9. Mealey B, Moritz A. Hormonal influences: effects of diabetes
Hormonal influences: effects of diabetes mellitus and endogenous female sex steroid hormones on the periodontium. *Periodontology 2000*, Vol. 32, 2003, 59-81. 2003. ISSN 0906-6713.
10. Figuero E, Carrillo-de-Albornoz A, Martín C, Tobias A, Herrera D. Effect of pregnancy on gingival inflammation in systemically healthy women: a systematic review. *J Clin Periodontol* 2013; 40: 457-473. doi: 10.1111/jcpe.12053.
11. Gürsoy M, Pajukanta R, Sorsa T, Könönen E. Clinical changes in periodontium during pregnancy and post-partum. *J Clin Periodontol* 2008; 35: 576-583. doi: 10.1111/j.1600-051X.2008.01236.x.
12. Ardila M., Guzmán C.. Escisión de un fibroma de células gigantes con láser de diodo: Informe de un caso. *Av Odontoestomatología* 2010; 26(3): 161-164.
13. Gándara J, Pacheco J, Carneiro M, Gándara P, Blanco A, García A, Madriñán P, Somoza M, Granuloma periférico de células gigantes. Revisión de 13 casos clínicos. *Medicina Oral* 2002; 7: 254-9.