

Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria: Reporte de un caso

Brian Andrés García-Orellana¹, Martha Alejandra Cornejo-Córdova², María de Lourdes León-Vintimilla².

1 Facultad de Odontología, Universidad de Cuenca, Cuenca - Ecuador.
2 Grupo de Investigación de Rehabilitación Oral (G.I.R.O.), Universidad de Cuenca, Cuenca - Ecuador.

CORRESPONDENCIA:

Brian Andrés García Orellana
Correo Electrónico: bryan.go16@gmail.com
Dirección: Calle Cultura Cotocollao y Cultura Cosanga S/N, Sector Challuabamba, Cuenca, Azuay, Ecuador.
Código Postal: EC 010107
Teléfono: 4075720 - 0999932397

Fecha de Recepción: 01-06-2021.
Fecha de Aceptación: 20-07-2021.
Fecha de Publicación: 31-07-2021.

MEMBRETE BIBLIOGRÁFICO:

García-Orellana B, Cornejo-Córdova M, León-Vintimilla M. Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria: Reporte de un caso. Rev Med HJCA. 2021; 13 (2): 136-140. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2021.13.2.cc.22>

ARTÍCULO ACCESO ABIERTO



©2021 García-Orellana et al. Licencia Rev Med HJCA. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de "Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License" (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), la cual permite copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato; mezclar, transformar y crear a partir del material, dando el crédito adecuado al propietario del trabajo original.

El dominio público de transferencia de propiedad (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) aplica a los datos recolectados y disponibles en este artículo, a no ser que exista otra disposición del autor.

* Cada término de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) reportados en este artículo ha sido verificado por el editor en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) de la edición actualizada a marzo de 2016, el cual incluye los términos MESH, MEDLINE y LILACS (<http://decs.bvs.br/E/homepage.htm>).



RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La hiperplasia fibrosa inflamatoria asociada al uso de prótesis dental removible (HFI) es una lesión adaptativa causada por el trauma de largo plazo que ejerce una prótesis removible mal adaptada sobre la mucosa oral, generalmente en el surco vestibular. Su diagnóstico y tratamiento es imperativo, por su potencial de provocar incomodidad en el paciente, alterando la estética, fonética y la masticación.

CASO CLÍNICO: Mujer de 41 años portadora de prótesis, acudió por molestias en el surco vestibular inferior derecho, al examen clínico se observó un agrandamiento bilobulado con una invaginación en donde encaja el borde de una prótesis total removible, la cual utilizó por más de 15 años.

EVOLUCIÓN: Se realizó la exéresis de la masa con el uso de bisturí (técnica convencional). Al examen histopatológico, se diagnosticó una HFI y se elaboró una nueva prótesis total removible bimaxilar.

CONCLUSIÓN: La HFI constituye una de las principales lesiones orales en adultos mayores portadores de prótesis total y es causante de alteraciones estéticas y funcionales; se produce por la irritación constante causada por el asentamiento de los bordes de la prótesis sobre el surco mucovestibular como consecuencia de la reabsorción alveolar. El tratamiento va encaminado a eliminar la lesión y su etiología; la ausencia de lesiones de la mucosa y fondo del surco es completamente necesaria.

PALABRAS CLAVE: HIPERPLASIA, PRÓTESIS DENTAL PARCIAL, PRÓTESIS DENTAL TOTAL.

ABSTRACT

Case Report: Inflammatory Fibrous Hyperplasia

BACKGROUND: Inflammatory fibrous hyperplasia associated with the use of removable dental prosthesis (IFH) is an adaptive lesion caused by long-term trauma exerted by a poorly adapted removable prosthesis on the oral mucosa, usually in the vestibular sulcus. Its diagnosis and treatment is imperative, due to its potential to cause discomfort to the patient, altering aesthetics, phonetics and chewing.

CASE REPORTS: A 41-year-old denture wearer woman was referred due to discomfort in the right lower vestibular sulcus, the clinical examination showed a bilobed enlargement with an invagination where the edge of the prosthesis fits, the patient has worn the prosthesis for 15 years.

EVOLUTION: Resection with scalpel (conventional technique) was performed. The histopathological examination reported inflammatory fibrous hyperplasia and a new total removable bimaxillary prosthesis was made for the patient.

CONCLUSIONS: HFI is one of the main oral lesions in older adults denture wearers and it causes aesthetic and functional alterations; it is produced by the constant irritation caused by the settlement of the prosthesis borders on the mucovestibular sulcus as a consequence of alveolar resorption. Treatment is meant to eliminate the injury and its etiology; the absence of lesions on the mucosa and the bottom of the sulcus is completely necessary.

KEY WORDS: HYPERPLASIA, PARTIAL DENTURE, COMPLETE DENTURE.

INTRODUCCIÓN

La Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria (HFI) es una lesión oral comúnmente relacionada al uso de prótesis removible. Si bien puede presentarse en pacientes no portadores de prótesis, esto es extremadamente inusual y mayormente la presencia de HFI se asocia a su uso [1]. La lesión se caracteriza por ser un crecimiento adaptativo de la mucosa intraoral; clínicamente inicia como una úlcera rojiza que posteriormente adquiere una coloración rosa pálida; puede presentarse como una lesión única o bilobulada y tiene una base sésil; suele estar relacionada al uso de una prótesis mal adaptada y típicamente posee una invaginación en medio de la lesión que coincide con las zonas de compresión del borde protésico (donde encaja el borde de la prótesis). Puede desarrollarse en ambos maxilares, sin embargo hay una mayor prevalencia en el sector vestibulo-mandibular, con predilección en mujeres y en pacientes geriátricos [2].

Los pacientes con HFI en su mayoría carecen de sintomatología asociada [3], sin embargo en ocasiones pueden manifestar dolor e incomodidad. La presencia de lesiones patológicas como consecuencia del uso de prótesis influye negativamente en el nivel de satisfacción del paciente con respecto a la misma. Según Sendi y cols., un 80% de los adultos mayores portadores de prótesis total, estarían dispuestos a cambiar años de su vida por un nivel óptimo de salud a partir de su actual estado oral, lo que demuestra la importancia del estatus oral para una buena calidad de vida [4]. Si a esto se agrega un aspecto estético deficiente como posible consecuencia de una HFI, el resultado podría ser un paciente insatisfecho con su tratamiento protésico [5].

La etiología de la HFI asociada al uso de prótesis removible, es la irritación mecánica constante que ejerce una prótesis removible mal adaptada o fracturada, contribuyen además una mala higiene bucal y el uso nocturno de la prótesis. Generalmente el trauma es provocado por el asentamiento de los bordes protésicos en el surco vestibular como consecuencia de la reabsorción alveolar progresiva que sufren los maxilares al usar una prótesis mucosoportada por un tiempo prolongado. El consumo de tabaco, los cambios relacionados al avance de la edad y ciertas condiciones sistémicas también son factores etiológicos para HFI [3][6].

Las lesiones pequeñas se pueden suprimir con métodos conservadores, ya sea mediante la eliminación del agente causal o su atrofia por presión a través de la confección de nuevas prótesis. Por otro lado, las lesiones grandes y de larga duración deben tratarse con escisión quirúrgica, entre las técnicas se incluyen; las convencionales como el bisturí “frío”; o métodos más modernos entre los que destacan el láser de CO₂ y el láser de diodo [7][8]. La remoción de la HFI es imperativa, por su potencial de provocar incomodidad en el paciente, alterando su masticación, estética y fonética; puede además presentarse como un co-factor para el desarrollo de células carcinógenas, por la irritación crónica que sufre el tejido mucoso [9]; lo que refleja la importancia de su correcto diagnóstico y tratamiento.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 41 años, mestiza, sin antecedentes médicos de importancia, acudió a la clínica de la Facultad de Odon-

tología de la Universidad de Cuenca, presentando como motivo de consulta; la presencia de un bulto en la encía del maxilar inferior, que ocasiona dolor, sensación de presión y molestias al masticar. En la anamnesis refirió el uso de prótesis total bimaxilar durante todo el día por más de 15 años.

En el examen intraoral, se observaron, en el surco mucovestibular mandibular derecho, a la altura de la eminencia canina, dos agrandamientos en forma de pliegues, color rosa pálido, de consistencia firme y con una base sésil, de 11 mm de largo aproximadamente y una invaginación a lo largo de la lesión, donde se inserta el borde inferior de la prótesis. Las prótesis evidenciaron un mal mantenimiento y carencia de una apropiada retención y estabilidad.

Imagen 1. Se observan los dos pliegues al ser separados mediante una sonda.



Imagen 2. Se mide la longitud del surco entre los pliegues con una sonda.



Imagen 3. Condición de la prótesis que utilizaba el paciente. Vista frontal.



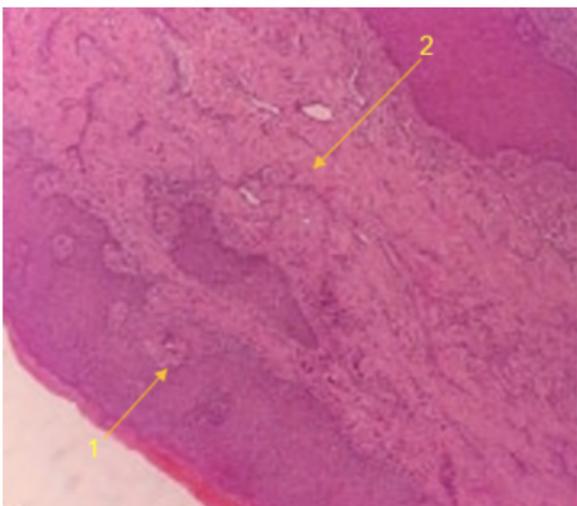
Imagen 4. Condición de la prótesis que utilizaba el paciente. Vista lateral.



Se realizó diagnóstico de HFI y se consideró como tratamiento de elección la escisión quirúrgica debido al gran tamaño de la lesión y la posterior confección de una nueva prótesis.

Tras la exéresis mediante una cirugía convencional, se envió la muestra a análisis histopatológico al Laboratorio de Patología de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca. El examen macroscópico indicó; dos fragmentos de tejido blando de superficie lisa, de forma elíptica, de color blanco, de consistencia firme, midiendo en conjunto 11mm x 0.5mm x 0.4mm. El examen microscópico reveló la presencia de mucosa bucal constituida por epitelio escamoso pavimentoso estratificado paraqueratinizado, hiperplásico acantótico y con regiones de exocitosis de polimorfonucleares. Subyacentemente, se observó tejido conjuntivo densamente colagenizado con diversos vasos sanguíneos y moderado infiltrado inflamatorio mononuclear subepitelial y perivascular. Histológicamente la lesión tratada presentó las características de la HFI: tejido conectivo densamente colagenizado, con algunos vasos sanguíneos e infiltrado inflamatorio mononuclear subepitelial y perivascular moderado. El laboratorio reportó un diagnóstico definitivo de HFI y descartó otras lesiones similares como el granuloma piógeno y la hiperplasia inducida por fármacos.

Imagen 5. Corte histológico de la muestra de tejido, que confirma HFI. 1. Epitelio escamoso pavimentado paraqueratinizado hiperplásico y acantótico. 2. Tejido conjuntivo densamente colagenizado con diversos vasos sanguíneos y moderado infiltrado inflamatorio mononuclear subepitelial y perivascular.



Además, en el Área Clínica de Prostodoncia de la Facultad de Odontología se elaboró una nueva prótesis total removible bimaxilar de acrílico, con el siguiente protocolo: examen clínico, anamnesis y toma de fotografías iniciales; impresiones preliminares, elaboración de cubetas individuales, sellado periférico y toma de impresiones definitivas con silicona de adición (regular), individualización de rodetes y registros intermaxilares, selección de dientes protésicos, montaje en articulador, prueba del enfilado, instalación protésica, fotografías finales y controles.

Imagen 6. Instalación de nueva prótesis.



EVOLUCIÓN

En la evaluación clínica posterior, los controles de la paciente reportaron ausencia de sintomatología en la zona intervenida y satisfacción del paciente con respecto a su nueva prótesis en cuanto a estética y funcionalidad. En controles posteriores, a los 3 y 6 meses se observó el tejido del surco mucovestibular cicatrizado.

Imagen 7. Surco mucovestibular. 3 meses postoperatorio.



Imagen 8. Surco mucovestibular. 6 meses postoperatorio.



DISCUSIÓN

Comúnmente, a la HFI asociada al uso de prótesis removible se la conoce como Épulis Fisurado, que deriva de las palabras griegas “epi” (sobre) y “oulon” (encía), es decir un crecimiento sobre la encía sin indicar la naturaleza de la lesión; en consecuencia, varios autores prefieren el término de HFI, por ser más específica y abarcar lesiones autolimitadas, causadas por un trauma de larga duración que se espera que desaparezca luego de su exéresis y la eliminación de los factores etiológicos [7]. El nombre de HFI engloba al épulis fisurado, épulis fibroso, fibroma odontogénico y otras lesiones fibroepiteliales [7].

Las lesiones hiperplásicas generalmente tienen una evolución común en su desarrollo, no obstante, existen diferencias en cuanto a su ubicación, consistencia y relación con los tejidos a su alrededor. Es así que, se distingue la hiperplasia fibrosa (como la HFI), hiperplasia granulomatosa (como el granuloma piógeno) y la hiperplasia de células gigantes (como el granuloma periférico de células gigantes); evidenciando la necesidad de un estudio histopatológico para el diagnóstico definitivo de la lesión [7]. El tejido del HFI es generalmente firme y fibroso, sin embargo puede presentar ulceraciones y zonas eritematosas, pudiendo llegar a confundirse con un granuloma piógeno (GP) [2]. El diagnóstico diferencial se basa en que el GP tiene una base pedunculada [10], mientras que la base de la HFI es sésil. El GP es ampliamente irrigado y sufre constantes hemorragias, a diferencia de la HFI que posee una vascularización ligera [7]. El GP puede aparecer en cualquier parte de la mucosa oral, presenta predilección por la encía, en cambio la HFI se desarrolla en áreas donde una prótesis mal adaptada produce irritación como suele ser el surco vestibular-mandibular [10].

El origen y la evolución de la HFI asociada con el uso de prótesis dental removible comienza con la disminución de soporte de la prótesis causada por la progresiva reabsorción alveolar, esto provoca que los bordes de la misma se intruyan y ejerzan una presión excesiva de forma crónica que induce a una hiperplasia en la mucosa del surco vestibular [11]. Serrano y cols., reportaron que el tiempo de uso de las prótesis dentales removibles puede ser un factor para la aparición de lesiones en la mucosa oral; además indicaron que, al cabo de dos meses de uso de prótesis totales, los tejidos de soporte empiezan a sufrir una reabsorción de forma gradual, lo que resulta en la pérdida de tejido óseo y por lo tanto falta de retención protésica [6]. Esta evidencia refleja la importancia del recambio protésico oportuno, el

cual previene el asentamiento de la prótesis sobre la mucosa del surco vestibular, mejora el estado de salud oral de los pacientes, aumenta el grado de satisfacción de su estado protésico actual con respecto al anterior y enriquece la calidad de vida relacionada con la alimentación [12][13].

La irritación mecánica crónica de una prótesis mal adaptada ha sido considerada como un factor para el desarrollo de carcinomas en la mucosa oral. No obstante, esta correlación ha sido cuestionada, al descubrir una falta significativa de alteraciones genéticas tempranas en este tipo de lesiones como la pérdida de heterocigosidad, un fenómeno común en el carcinoma oral de células escamosas [14]. Otros estudios consideran que la irritación mecánica de larga data si es un factor potencialmente maligno en la mucosa oral, incluso más que el consumo de alcohol y tabaco [9][15].

Existen varias alternativas para la exéresis de la HFI; el tratamiento quirúrgico convencional con bisturí sigue siendo ampliamente utilizado debido a su fácil accesibilidad. El uso del láser de Dióxido de Carbono muestra ventajas significativas en la disminución del sangrado, menor tiempo quirúrgico, una menor profundidad vestibular disminuida, disminución del dolor, edema e infección; sin embargo, a los 7 y 14 días presenta una cicatrización más lenta en comparación con el tratamiento convencional [2]. El láser de diodo también disminuye el sangrado, la inflamación y el dolor en comparación con el método convencional; y a diferencia del láser de CO₂, su facilidad de uso es mayor y su costo y tamaño son menores; sin embargo puede generar mayor daño térmico colateral en los bordes de la lesión [8]. En el caso de esta paciente, el método convencional con lámina de bisturí ha dado resultados positivos en cuanto al proceso de cicatrización y la ausencia de recidiva hasta 6 meses después de la cirugía.

CONCLUSIÓN

La HFI constituye una de las principales lesiones orales en adultos mayores portadores de prótesis total y es causante de alteraciones estéticas y funcionales; se produce por la irritación constante causada por el asentamiento de los bordes de la prótesis sobre el surco mucovestibular como consecuencia de la reabsorción alveolar. El tratamiento va encaminado a eliminar la lesión y su etiología; la ausencia de lesiones de la mucosa y fondo del surco es completamente necesaria.

ABREVIATURAS

HFI: Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria, GP: Granuloma Piógeno.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al DDS. MSc. PhD Diego Mauricio Bravo Calderón por el análisis histopatológico de la lesión y a la paciente por dar su consentimiento para la realización de este caso clínico.

FINANCIAMIENTO

No aplica.

DISPONIBILIDAD DE DATOS Y MATERIALES

Los registros del paciente se obtuvieron del sistema de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca. Cuenca – Ecuador. Las placas histológicas se obtuvieron del laboratorio de patología de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca. Cuenca – Ecuador.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

BG, ML y MC: idea de investigación. BG y MC: diagnóstico, tratamiento y seguimiento del caso. BG: recolección de la información, revisión bibliográfica y redacción del manuscrito. BG, ML y MC: recopilación del caso. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

-Brian Andrés García Orellana. Odontólogo graduado de la Facultad de Odontología, Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.

 ORCID <https://orcid.org/0000-0003-1469-6742>

-María de Lourdes León Vintimilla. DDS; Magíster en Investigación de la Salud; Especialista en Rehabilitación Oral; Docente Titular; Departamento de Prosthodontia en Pre y Postgrado, Facultad de Odontología, Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.

 ORCID <https://orcid.org/0000-0002-8606-3736>

-Martha Alejandra Cornejo Córdova. DDS; Especialista en Endodoncia y Rehabilitación Oral Avanzada e Implantología; Docente, Departamento de Prosthodontia en Pre y Postgrado, Facultad de Odontología, Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.

 ORCID <https://orcid.org/0000-0001-7499-6179>

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores no reportan conflictos de interés.

CONSENTIMIENTO PARA PUBLICAR

Los autores dieron su consentimiento para publicar.

APROBACIÓN ÉTICA Y CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN

Los autores cuentan con el consentimiento escrito y firmado por el paciente, en el cual acepta el uso de la información de su historial médico y sus imágenes para la publicación del presente caso.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

García-Orellana B, Cornejo-Córdova M, León-Vintimilla M. Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria: Reporte de un caso. Rev Med HJCA. 2021; 13 (2): 136-140. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2021.13.2.cc.22>

PUBLONS

 Contribuye con tu revisión en: <https://publons.com/publon/50207239/>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gual-Vaqués P, Jané-Salas E, Marí-Roig A, López-López J. Inflammatory Papillary Hyperplasia in a Non-Denture-Wearing Patient: A Case History Report. *Int J Prosthodont*. 2017;30(1):80-82. DOI: [10.11607/ijp.4955](https://doi.org/10.11607/ijp.4955)
2. Karimi A, Sobouti F, Torabi S, Bakhshandehfard A, Amirian A, Shariati M, et al. Comparison of Carbon Dioxide Laser With Surgical Blade for Removal of Epulis Fissuratum. *A Randomized Clinical Trial*. *J Lasers Med Sci*. 2016;7(3):201-204. DOI: [10.15171/jlms.2016.35](https://doi.org/10.15171/jlms.2016.35)
3. Gual-Vaqués P, Jané-Salas E, Egado-Moreno S, Ayuso-Montero R, Marí-Roig A, López-López J. Inflammatory papillary hyperplasia: A systematic review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2017;22(1):e36-42. DOI: [10.4317/medoral.21405](https://doi.org/10.4317/medoral.21405)
4. Sendi P, Oppliger N, Chakroun F, Marinello CP, Bucher HC, Bornstein MM. Health State Utilities in Edentulous Patients: A Time Trade-off Approach. *JDR Clinical & Translational Research*. 2018;3(4):346-352. DOI: [10.1177/2380084418789056](https://doi.org/10.1177/2380084418789056)
5. Bilhan H, Geckili O, Ergin S, Erdogan O, Ates G. Evaluation of satisfaction and complications in patients with existing complete dentures. *Journal of Oral Science*. 2013;55(1):29-37. DOI: [10.2334/josnusd.55.29](https://doi.org/10.2334/josnusd.55.29)
6. Serrano M, Téllez N, Chabot L. ALTERACIONES CLÍNICAS EN MUCOSA BUCAL DE PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS TOTALES RESIDENCIADOS EN EL CENTRO "DR. RICARDO SERGENTE"(INASS). *Rev Venez Invest Odont IADR*. 2015;3(2):111-119. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/rvio/article/view/6965>
7. Tamarit M, Delgado E, Berini L, Gay C. Removal of hyperplastic lesions of the oral cavity. A retrospective study of 128 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2005;10(2):151-162. Disponible en: scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-44472005000200009
8. Ortega-Concepción D, Cano-Durán JA, Peña-Cardelles JF, Paredes-Rodríguez VM, González-Serrano J, López-Quiles J. The application of diode laser in the treatment of oral soft tissues lesions. A literature review. *J Clin Exp Dent*. 2017;9(7):e925-928. DOI: [10.4317/jced.53795](https://doi.org/10.4317/jced.53795)
9. Piemonte E, Lazos J, Belardinelli P, Secchi D, Brunotto M, Lanfranchi-Tizerira H. Oral cancer associated with chronic mechanical irritation of the oral mucosa. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2018;23(2):51-60. DOI: [10.4317/medoral.22017](https://doi.org/10.4317/medoral.22017)
10. Mcnamara KK, Kalmar JR. Erythematous and Vascular Oral Mucosal Lesions: A Clinicopathologic Review of Red Entities. *Head Neck Pathol*. 2019;13(1):4-15. Doi: [10.1007/s12105-019-01002-8](https://doi.org/10.1007/s12105-019-01002-8)
11. Rodríguez Zegarra A, Sacsquispe- Contreras S. Hiperplasia fibrosa inflamatoria y posibles factores asociados en adultos mayores. *Revista Estomatológica Herediana*. 2014;15(2):139-144. DOI: <https://doi.org/10.20453/reh.v15i2.1949>
12. Al-Sultani HF, Field JC, Thomason JM, Moynihan PJ. The Impact of Replacement Conventional Dentures on Eating Experience. *JDR Clinical & Translational Research*. 2019;4(1):29-40. DOI: [10.1177/2380084418803091](https://doi.org/10.1177/2380084418803091)
13. Krausch-hofmann S, Cuyppers L, Ivanova A, Duyck J. Predictors of Patient Satisfaction with Removable Denture Renewal: A Pilot Study. *J Prosthodont*. 2018; 27(6):509-516. DOI: [10.1111/jopr.12537](https://doi.org/10.1111/jopr.12537)
14. Bernardes VF, Diniz MG, Silva JC, Moraes DC, De Marco L, Gomes CC, et al. Lack of association between denture trauma and loss of heterozygosity confronts the proposed pathologic role of chronic mucosal trauma in oral carcinogenesis. *J Oral Pathol Med*. 2019;48(5):421-3. DOI: <https://doi.org/10.1111/jop.12846>
15. Lazos JP, Piemonte E, Lanfranchi H, Brunotto M. Characterization of Chronic Mechanical Irritation in Oral Cancer. *International Journal of Dentistry*. 2017;1-7. DOI: <https://doi.org/10.1155/2017/6784526>