

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

FACULTAD DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS Y SALUD
PÚBLICA

TESIS

HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATORIA
ULCERADA (CASO CLÍNICO)

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

EDUARDO GÓMEZ ROBLERO

ASESORES:

**ESP. ALEJANDRO MEZA CASTILLEJOS
CMF. RODOLFO RUIZ SAM
CMF. FABIOLA LIZEL MOLINA TREJO**

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; Octubre 2023





UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
DIRECCION DE SERVICIOS ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE CERTIFICACION ESCOLAR

Autorización de Impresión

Lugar y Fecha: Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; 07 de Noviembre de 2023

C. EDUARDO GOMEZ ROBLERO

Pasante del Programa Educativo de: Cirujano Dentista

Realizado el análisis y revisión correspondiente a su trabajo recepcional denominado:

Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria Ulcerada (Caso Clínico)

En la modalidad de: Tesis Profesional

Nos permitimos hacer de su conocimiento que esta Comisión Revisora considera que dicho documento reúne los requisitos y méritos necesarios para que proceda a la impresión correspondiente y de esta manera se encuentre en condiciones de proceder con el trámite que le permita sustentar su Examen Profesional.

ATENTAMENTE

Revisores

Firmas

Esp. Alejandro Meza Castillejos

CMF. Rodolfo Ruiz Sam

CMF. Fabiola Lizel Molina Trejo



FACULTAD DE CIENCIAS
ODONTOLÓGICAS
Y SALUD PÚBLICA

Cop. Expediente



DEDICATORIA.

A mis padres que con su sacrificio, amor y entrega me ayudaron a salir adelante. Siempre velando por mi bienestar y alentándome a perseguir y concluir mis sueños sin importar lo lejos que estos me pudieran llevar de su lado, pero siempre teniendo su respaldo a la distancia, siempre inculcando en mi los mejores valores, hábitos y sentimientos para mejorar en cada aspecto de mi vida.

A mi esposa quien me ha ayudado a ser una mejor persona y, sobre todo, me ha enseñado a poner a Dios en todo momento, me ha ayudado a llevar mi camino de la mano de nuestro Padre Celestial y a conocer de la mejor manera que todo es gracias a su divina voluntad. Gracias infinitas amor por amarme tanto y demostrármelo con cada acción y mejora en mi vida.

A mi hijo quien se ha convertido en mi motor principal para seguir mejorando, quien me ha venido a dar la mejor de las lecciones en tan poco tiempo y, de la mano de un pequeño ángel, han sido la motivación más grande que pudo haber llegado a mi vida para seguir avanzando con un propósito aún mayor.

AGRADECIMIENTO.

A Dios principalmente pues todo se lo debo a él, por siempre y a pesar de todo nunca soltarme y mantenerme siempre en su camino y ayudarme a fortalecer mi Fe y confianza para alcanzar mis metas.

A mi familia por su comprensión y estímulos constantes, además de su apoyo incondicional a lo largo de mis estudios.

Y a todas las personas que de alguna u otra manera me ayudaron para realizar este trabajo, infinitas gracias.

EDUARDO GÓMEZ ROBLERO.

INDICE

RESUMEN.....	5
INTRODUCCION.....	6
CASO CLINICO.....	9
EXPLICACION DEL METODO QUIRURGICO.....	10
EVOLUCION Y SEGUIMIENTO POST QUIRURGICO.....	14
CONCLUSION.....	14
REFERENCIAS.....	15

Presentación de caso Clínico Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria Ulcerada.

Resumen.

Los tumores benignos son neoplasias que pueden presentarse en cualquier parte de la cavidad oral y ulcerarse, sangrar o interferir con la masticación y presentan un desarrollo lento y una superficie mucosa conservada. La Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria es una alteración caracterizada por un agrandamiento del tejido conectivo, se considera una lesión reactiva ya que se presenta como respuesta a un irritante crónico local. Aparece como una tumoración asintomática de consistencia firme de crecimiento lento y tamaño variable, su etiología parece estar relacionados con factores irritativos crónicos o traumáticos repetidos tales como malos hábitos, prótesis y aparatos ortodóncicos. Su tratamiento de elección es la remoción quirúrgica, que se puede realizar con bisturí frío (convencional), cirugía láser, electrocirugía y crioterapia.

Palabras claves: Hiperplasia; Asintomático; Benigno.

Abstract.

Benign tumors are neoplasms that can occur anywhere in the oral cavity and ulcerate, bleed, or interfere with chewing, and are slow-growing with a preserved mucosal surface. Inflammatory Fibrous Hyperplasia is an alteration characterized by an enlargement of the connective tissue. It is considered a reactive lesion since it occurs in response to a chronic local irritant. It appears as an asymptomatic tumor of firm consistency, slow growth and variable size. Its etiology seems to be related to chronic irritative factors or repeated trauma such as bad habits, prostheses and orthodontic appliances. Its treatment of choice is surgical removal, which can be performed with a cold scalpel (conventional), laser surgery, electro-surgery and cryotherapy.

Keywords: Hyperplasia; Asymptomatic; Benign.

Introducción:

La encía es está conformada por mucosa masticatoria que forma parte del periodonto de protección, es decir, aísla a las estructuras de sostén del diente como los procesos alveolares y ligamento periodontal del medio externo. Está formada por un tejido epitelial que recubre al tejido conectivo subyacente (1). Debido a que este tejido está expuesto al medio externo, está sujeto a sufrir alteraciones como traumatismos, lesiones químicas, infecciones por microorganismos que pueden causar alteraciones en él. Si bien las patologías más frecuentes son las de etiología bacteriana, existen lesiones denominadas lesiones reactivas que comprenden un grupo de alteraciones asociadas especialmente factores locales, como son los traumatismos crónicos de bajo grado. Éstos se distinguen por presentarse como agrandamientos no neoplásicos, de larga duración, que rara vez presentan sintomatología (2). Entre las lesiones reactivas más frecuentes podemos encontrar al granuloma piógeno, el fibroma osificante

periférico, el fibroma periférico (también conocido como hiperplasia fibrosa) y el granuloma periférico de células gigantes (3).

Si bien no es exclusiva de la mucosa gingival, las hiperplasias fibrosas componen aproximadamente el 40% de las patologías de la encía (4). Pueden observarse como tumoraciones gingivales, frecuentemente asociadas a traumatismos crónicos. Asimismo, presentan consistencia firme, coloración similar a la mucosa normal, pudiéndose encontrar también lesiones eritematosas o ulceradas (5). Esta alteración se caracteriza por aparecer prevalentemente en pacientes del sexo femenino, aunque no presenta una predisposición por sexo, pero se cree que la mujer es más proclive a presentar esta lesión, en una proporción de 5:1 entre la cuarta y quinta década de la vida (6). La etiología parece verse asociada con la proliferación de fibras colágenas en respuesta a irritantes locales (7).

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 (8). La HFI se puede clasificar por su localización en:

Marginal. Circunscrito en la encía marginal.

Papilar. Se limita solamente a la paila interdental.

Difusa. Afecta a la encía marginal insertada y papilar.

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 (9).

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 (10).

El diagnóstico de HFI generalmente es clínico establecido por la relación entre la causa y consecuencia de la lesión; y por medio de un estudio histopatológico (biopsia excisional). Ocasionalmente se requiere de exámenes radiográficos para descartar el comprometimiento óseo (11).

Sus principales diagnósticos diferenciales son:

Granuloma Piógeno.

Granuloma del Embarazo.

Fibroma Traumático.

Hiperplasia Papilar Inflamatoria.

Granuloma Periférico de Células Gigantes.

Fibromatosis Gingival.

Hiperplasia Gingival Inducida por Fármaco (12).

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 (13).

El pronóstico de la HFI es bueno y los índices de recidivas son bajos siempre y cuando el factor irritativo sea eliminado (14).

Caso clínico.



Px Femenino de 55 años de edad acude a consulta para revisión dental. Indica haber detectado el incremento de tejido alrededor de los O.D 25 y 26 la cual inicio desde hace 2 años sin aparente causa probable (Fig. 1). Se realiza el examen clínico para la apertura del respectivo expediente, así como la anamnesis correspondiente. Paciente sin antecedentes patológicos personales ni alérgicos

Durante el interrogatorio la paciente indica no consumir alcohol y no tener hábitos como fumar o haber tenido alguna contusión en la zona afectada. En la revisión clínica se detecta una prótesis dental de metal acrílico sobre obturada

Se toma radiografía donde se descarta lesión en el hueso, así como la presencia de lesión apical e inflamación del ligamento periodontal.

En la entrevista con la paciente refiere haber detectado la bolita desde hace dos años atrás, a la cual no le tomó importancia porque no hubo molestias al momento de comer o incluso durante la masticación. Conforme pasaba el tiempo comenzó a detectar el incremento de tamaño, pero sin molestia alguno ni supuración. Derivado del crecimiento decide acudir a consulta para la valoración y tratamiento de la lesión.

Una vez hecha la revisión se le explica al paciente la situación y así programar la cirugía y toma de la muestra para la biopsia. Se valora el darle a la paciente distintos tipos de diagnósticos diferenciales con la finalidad de una vez realizado el estudio al tejido obtenido, darle el diagnóstico definitivo. Dentro de los diagnósticos se mencionaron Hiperplasia papilar inflamatoria, Fibroma traumático y Granuloma Periférico.

EXPLICACIÓN DEL MÉTODO QUIRÚRGICO



Se realiza el llenado de la Hx Clínica para la realización de la Cirugía, Px aparentemente sana, no presenta ninguna antecedente de enfermedad hereditaria, presión arterial 120/80mmHg, ninguna cardiopatía, no presenta ninguna alergia a medicamentos ni problemas renales o hepáticos.

Se utiliza lidocaína/Epinefrina solución al 2% 1:100,000 para realizar el bloqueo de del nervios alveolar superior medio y posterior y nervio palatino mayor, así como en puntos locales sobre la periferia de la lesión. Se utiliza técnica quirúrgica de bisturí frío (técnica convencional) para la remoción de la lesión así como la utilización de legra de molt para su sugestión (Fig. 2).

Una vez realizado el proceso se procede a retirar la lesión limpiando los bordes alrededor de la encía y el O.D 26, se le comenta a la paciente de una probable



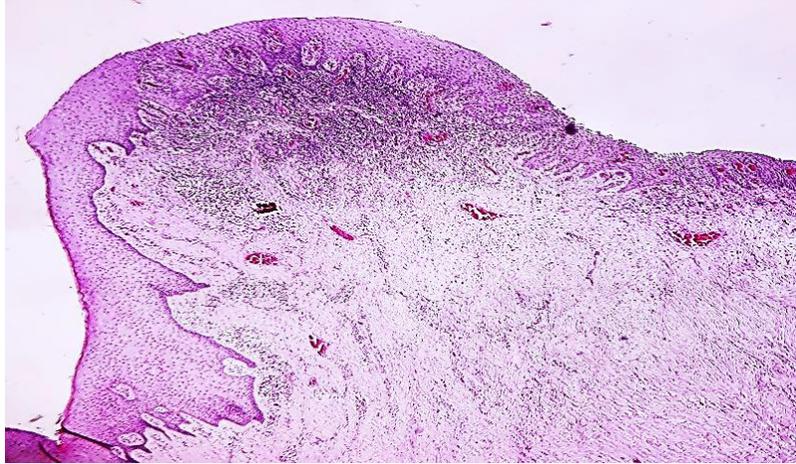
extracción del O.D 26 debido a la exposición de las raíces y la furca, así como también cambiar la prótesis dental causante de la irritación constante, se le hace mención a la paciente de una posible reincidencia de la lesión de no ser retirada la prótesis (Fig. 3).



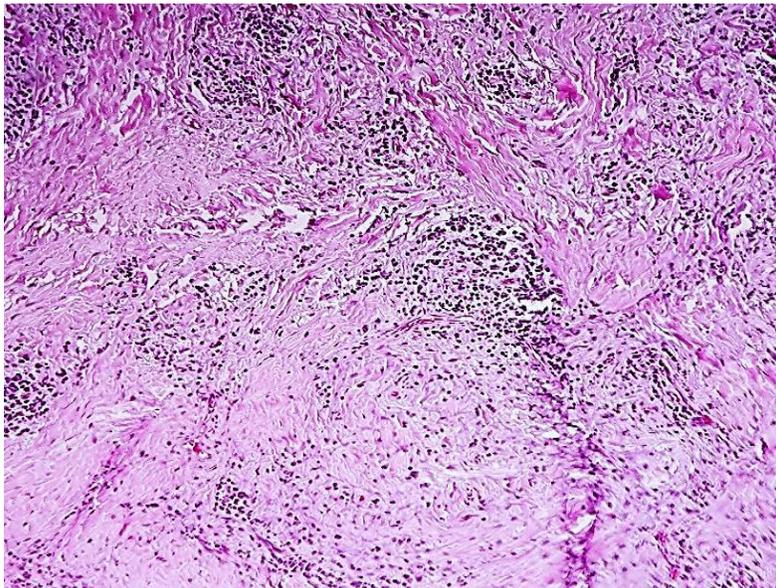
Se toma la muestra para su análisis patológico el cual consta de 3 fragmentos, del cual se espera el resultado para darle al paciente el diagnóstico correcto (Fig. 4), se le da Amoxicilina de 500mg c/8hrs para evitar una posible infección post operatorios, así como la utilización de analgésicos y antiinflamatorios (Ibuprofeno 800mg tab v.o y Ketorolaco 30mg tab s.l).



Se dan a conocer los resultados de la biopsia del tejido dando como resultado el diagnóstico de Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria Ulcerada. En la descripción macroscópica se presenta un espécimen compuesto por 3 fragmentos de tejido blando que en conjunto miden 2.2 x 1.8 x 1.2 cm. El tejido de mayor tamaño mide 1.3 x 1 x 1.2 cm de forma nodular, en la superficie de se observan zonas de color negro que corresponden a úlceras, el resto del espécimen es de color amarillo, consistencia ahulada. Se realizan cortes longitudinales a los cuales no ofrece resistencia observándose homogéneo, solido en color amarillo. El resto de fragmentos de menor tamaño son irregulares en forma y tamaño en color café (Fig. 5).



En la descripción microscópica en los cortes histológicos teñidos con H y E se observa pérdida de continuidad del epitelio escamoso estreatificado con presencia de fibrina y tejido de granulación, abundante infiltrado inflamatorio de predominio crónico (Fig. 6).



Banda de tejido conectivo fibroso denso irregular abundante colagenizado con infiltrado inflamatorio crónico peri-vascular, lo anterior se encuentra rodeada en su totalidad por epitelio escamoso estratificado la cual presenta por zonas aéreas de atrofia papilar, aéreas de hiperplasia pseudoepiteliomatosa acompañado de acantosis, edema inter e intra celular (Fig. 7).

No aplica para grado histológico y hay ausencia de invasión perineural así como de linfovascular.

EVOLUCION Y SEGUIMIENTO POST QUIRURGICO.

Posterior a lo acontecido con la paciente, se le da el seguimiento indicado después del retiro de puntos, se realiza la extracción del O.D 26 puesto que se vio afectado por la pérdida de tejido de soporte tanto óseo como del remanente de encía viéndose comprometida la furca del diente.

La paciente acude a revisión dos años posteriores a la realización del procedimiento y encontramos una recuperación total de la zona sin aparición de recidiva de la lesión aun con la presencia de la prótesis sobreobturada (Fig. 8)



CONCLUSION.

Si bien la hiperplasia puede derivar de la irritación constante de prótesis removibles, su incidencia en trabajos fijos es muy baja, pero las condiciones y hábitos de higiene también pueden ser causantes de este tipo de lesiones, así como también el porcentaje de recidiva radica en la presencia de estos hábitos combinados con los trabajos que se realizan de manera inadecuada, se puede tener un resultado favorable con el diagnóstico adecuado. Es posible detectar con mayor frecuencia este tipo de lesiones en poblaciones marginadas o incluso en donde los servicios pueden ser realizados con poca frecuencia y en donde son más vulnerables.

REFERENCIAS

1. Bartold PM, Walsh LJ, Narayanan S. Molecular cell biology of the gingiva. *Periodontol 2000* 2000; 24: 28–55.
2. Hegarty A., Rich A. *Gingival Pathology*. 2017
3. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Oral and maxillofacial pathology*. 3rd ed. St. Louis: Saunders 2009.
4. Brierley, D.J., Crane, H. & Hunter, K.D. Lumps and Bumps of the Gingiva: A Pathological Miscellany. *Head and Neck Pathol* 13, 103–113 (2019)
5. Halim DS, Pohchi A, EE Yi P. The prevalence of fibroma in oral mucosa among patient attending USM dental clinic Year 2006- 2010. *The Indonesian J Dent Res*.2010;1(1):61–66.
6. Jaimes M, Muñante J, Olate S, Rodriguez-Chessa JG, de Albergaria Barbosa JR, Mazzonetto R, et al. Inflammatory fibrous hyperplasia treated with a modified vestibuloplasty: a case report. *J Contemp Dent Pract*. 2008 Mar 1;9(3):135-41
7. M. Oshima, Histopathological and immunohistochemical studies of the distribution of elastic fibers in oral fibrous hyperplasia, *Int J Oral-Med Sci*, 12(4), 2014, 216-224.
8. Lindhe J, Karring T, Lang N. *Clinical Periodontology & Implant Dentistry*. Editorial Blackwell-Munksgaard. 4th edition. 2003, Slovenia.
9. Bascones Martínez A. *Atlas de Patología de la Mucosa Bucal*. Ediciones Avances. Madrid, 1989.
10. Palacios-Sánchez B, Cerero-Lapiedra R, Campo-Trapero J, Esparza Gómez GC. Alteraciones gingivales no relacionadas con placa. *RCOE*, 2006; 11(1): 43-55.
11. Gorlin R, Goldman H. *Thoma: Patología Oral*. Salvat editores. 2ª reimpresión. 1981, España.
12. Arcos Castro M, Rojo Botello N, Quezada Rivera D. Estudio retrospectivo del año 2002 al 2006 prevalencia de granuloma piógeno, granuloma periférico de células gigantes y fibroma cemento-osificante

periférico. *Rev Odont Mex*, 2008; 12(3): 137-141.}

13. Regezi JA, Sciubba J. Patología bucal. 2ª ed. Editorial Interamericana, México, 1995.

14. Strassburg M. Mucosa oral: Atlas a color de enfermedades. Libros Marban. 3ª edición. 1996, España.