

REPORTE DE CASO

Odontología

Hiperplasia fibrosa de gran tamaño: Reporte de un caso

Ana Mendieta¹, Jazmín González¹, Nora María Rivas-Torres¹

¹Carrera de Odontología (Asunción), Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Norte, Paraguay.

Enviado: 8 de junio de 2020

Aceptado: 8 de julio de 2020

Publicado: 25 de noviembre de 2020

DOI: [10.5281/zenodo.4290544](https://doi.org/10.5281/zenodo.4290544)



Licencia Creative Commons Atribución 4.0
Internacional (CC-BY)

RESUMEN

Introducción: Las hiperplasias fibrosas son lesiones reactivas hiperplásicas que derivan del tejido conectivo, son frecuentes en la cavidad oral, y su etiopatogenia se asocia a factores irritantes locales. El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico de hiperplasia fibrosa, diagnosticado y tratado en la Clínica Odontológica de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Norte (Asunción, Paraguay). **Presentación del caso:** Se describe un paciente de sexo masculino de 56 años con un crecimiento gingival a nivel posteroinferior derecho de 5 cm x 4 cm, el cual refirió molestias al hablar y al comer, pero no indicó sentir dolor. Se realizó la biopsia excisional de la lesión que fue derivada para su análisis histopatológico. **Resultados:** Los cortes histológicos mostraron a nivel del corion un tejido fibroso con infiltrado linfoplasmocitario sin atipias, recubierto por epitelio plano estratificado con hiperqueratosis y paraqueratosis y áreas de exulceración epitelial. **Conclusiones:** Los hallazgos se correspondieron a una hiperplasia fibrosa.

Palabras clave: fibroma, hiperplasia fibrosa, estomatología, biopsia, patología bucal

INTRODUCCIÓN

La encía 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

Autor correspondiente: Nora María Rivas-Torres. Carrera de Odontología (Asunción), Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Norte, Paraguay

Correo electrónico: nora_maria75@hotmail.com

Financiación: Esta investigación no recibió financiación específica de organismos públicos, comerciales ni de entidades sin ánimo de lucro.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, personales, profesionales, institucionales ni de otra índole relacionados con este trabajo.

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 a 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 pueden encontrarse el 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, 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).

Histopatológicamente, la hiperplasia fibrosa se destaca por presentar una sobreproducción de colágeno, aparente por la presencia de fibroblastos maduros en una matriz densa de fibras de colágeno. También es frecuente observar células inflamatorias, sobre todo de localización perivascular. Frecuentemente el epitelio que lo recubre es hiperqueratósico debido a la irritación crónica de bajo grado que sufre en su superficie (8). El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica de la lesión (9). Este artículo describe un caso clínico de hiperplasia fibrosa presentado en la Clínica Odontológica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Norte, en Asunción, Paraguay.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Una vez admitido el paciente, se realizó la historia clínica, que incluyó los datos de filiación, antecedentes patológicos personales y familiares, así como la anamnesis de la causa de consulta. Ésta consta de motivo de consulta, tiempo de evolución, modo de aparición, a qué atribuye la aparición de la lesión, los síntomas que presenta, la evolución de la patología, los tratamientos recibidos y sus efectos, y las características del dolor si lo

hubiese. Además, se realizó la exploración intraoral y extraoral. Se tuvieron en cuenta los resultados de los estudios complementarios, los cuales fueron hemograma, crisis sanguínea, glicemia y una ortopantomografía.

El paciente fue un hombre de 56 años, de ocupación empleado tecnológico, que presentaba como antecedentes de interés estar medicado para hipertensión arterial leve con enalapril (20 mg/día), y haber sido sometido a una intervención para la colocación de una prótesis de cadera, estando medicado con citidina fosfato disódico + uridina y condroitín sulfato.

Al realizar la anamnesis de la causa de la consulta, el paciente refirió que su principal molestia era el agrandamiento en la zona posteroinferior derecha. No recordaba el modo de aparición. Sin embargo, refirió un tiempo de evolución de aproximadamente 30 años. Entre los síntomas indicó molestias al hablar y al comer, pero no refirió dolor. El paciente explicó que la tumoración fue creciendo con el tiempo, y que hace más de 15 años atrás se realizó una resección de la lesión, pero ésta volvió a crecer.

En sus estudios laboratoriales no se encontraron alteraciones significativas. A su vez, en la radiografía panorámica, se observó un resto radicular a nivel superior izquierdo, así como la ausencia de algunas piezas dentarias. En la región de la tumoración, inferior posterior derecha, se encontró un segundo molar erupcionado en posición mesializada. Cabe destacar que no se observó reabsorción ósea infiltrante ni rizólisis de los dientes adyacentes a la lesión.

Clínicamente se encontró una asimetría facial en la que era evidente un agrandamiento en el lado derecho. Al realizar la exploración intraoral se observó una tumoración en la región posteroinferior del lado derecho de aproximadamente 5 cm de largo por 4 cm de ancho. Esta lesión se encontraba pediculada, era de coloración similar a la mucosa sana, si bien en la zona posterosuperior de la misma se podía observar una ulceración de aproximadamente 1 cm de diámetro. Asimismo, en la porción superior de la lesión se observó indentaciones que se correspondían con dientes superiores, y estas indentaciones estaban rodeadas por un halo blanquecino compatible con una zona hiperqueratósica debido a la fricción crónica. La tumoración era firme a la palpación y no presentaba dolor (Figura 1).



Figura 1. Fotografía intraoral del paciente antes de la intervención.

En el momento de la toma de signos vitales, todos se encontraban dentro de parámetros normales. Tras la firma del consentimiento informado, se procedió a la biopsia excisional bajo anestesia local (articaína al 4% con epinefrina 1:100000). Se realizó la extirpación completa de la lesión y del segundo molar inferior derecho adyacente a la misma. Finalizada la extirpación se procedió a realizar el curetaje e irrigación, así como la regularización ósea.

La herida quirúrgica fue suturada y se colocó cemento quirúrgico a base de eugenol, iodoformo y óxido de zinc, para proteger la zona de una posible infección y sangrado postquirúrgico. Se medicó al paciente con antibióticos, antiinflamatorios no esteroideos y un enjuague antiséptico con clorhexidina al 0.12%. Además, se explicó al paciente las medidas higiénicas postoperatorias para el cuidado de la herida. La muestra fue remitida para estudio anatomopatológico, para lo cual se sumergió el espécimen en formol al 10% (Figura 2).



Figura 2. Fotografía del espécimen a ser remitido para estudio anatomopatológico.

Los cortes histológicos observados mostraron a nivel del corion un tejido fibroso con infiltrado linfoplasmocitario y proliferación de vasos de pequeño calibre. Así mismo, este tejido se encontraba cubierto por epitelio plano

estratificado que presentaba hiperplasia pseudoepiteliomatosa con hiperqueratosis y paraqueratosis y áreas de exulceración epitelial con material necroinflamatorio. No se observó atipia celular. Los hallazgos correspondieron a una hiperplasia fibrosa.

El control postoperatorio se realizó a los 7 días, en que cual se retiró el cemento quirúrgico y los puntos de sutura (Figura 3).



Figura 3. Fotografía de la herida quirúrgica tras 8 días de la intervención.

DISCUSIÓN

La hiperplasia fibrosa, conocida también como fibroma traumático o de irritación, es una reacción fibrosa hiperplásica del tejido conectivo (10). Es una lesión frecuente, constituyendo el 66% de las alteraciones de la cavidad oral (11). La proliferación de tejido fibroso se encuentra asociada, en la mayoría de los casos, a irritantes que provocan traumatismo crónico de bajo grado (12). En el caso reportado, los datos demográficos varían ligeramente con los de la literatura revisada considerando que, si bien el paciente comenzó a presentar estas lesiones en la cuarta década de la vida, se trata de un paciente de sexo masculino (6,13). Valorando la topografía en la cavidad oral, coincide con otros casos de hiperplasia fibrosa reportados, encontrándose en un espacio edéntulo del reborde alveolar (14).

Teniendo en cuenta el tamaño de la lesión, la del caso reportado, de 5 cm x 4 cm, fue mayor que la mayoría de los casos encontrados en la literatura, los cuales suelen medir aproximadamente 2 cm (15). Esto podría deberse a que el tiempo de evolución supera al de la mayoría de las hiperplasias fibrosas biopsiadas (11,15). Por su parte, cabe señalar que no se contó con datos sobre el inicio de la lesión, lo que no permite establecer correctamente el

factor etiológico, así como tampoco se cuenta con la información acerca de las características operatorias de la primera intervención. Esto representa una limitación a la hora de comparar los datos mencionados con hallazgos de estudios similares.

Estas lesiones presentan una baja tasa de recurrencia. Sin embargo, considerando que el paciente ya fue sometido a una cirugía tras la cual la hiperplasia fibrosa volvió a crecer, se realizó seguimiento clínico. Asimismo, se recomienda el seguimiento frecuente en casos similares.

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 DJ, Crane H, Hunter KD. Lumps and bumps of the gingiva: A pathological miscellany. *Head Neck Pathol*. 2019;13:103-113.
5. Halim DS, Pohchi A, EE Yi P. The prevalence of fibroma in oral mucosa among patient attending USM dental clinic year 2006-2010. *Indonesian J Dent Res*. 2010;1(1):61-66.
6. Jaimes M, Muñante J, Olate S, Rodriguez-Chessa JG, de Albergaria-Barbosa JR, Mazzone R, et al. Inflammatory fibrous hyperplasia treated with a modified vestibuloplasty: A case report. *J Contemp Dent Pract*. 2008;9(3):135-41.
7. Oshima M. Histopathological and immunohistochemical studies of the distribution of elastic fibers in oral fibrous hyperplasia. *Int J Oral Med Sci*. 2014;12(4):216-224.
8. Astekar M, Gupta S, Sowmya G. Focal fibrous hyperplasia: Report of two cases. *Int J Dent Clin*. 2012;3:126-30.
9. Kale TA. Focal fibrous hyperplasia: A reactive lesion. *Int J Dent Clinics*. 2013;5:29-30.
10. de Santana Santos T, Martins-Filho PR, Piva MR, de Souza Andrade ES. Focal fibrous hyperplasia: A review of 193 cases. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2014;18:S86-9.
11. Casian Romero A, Trejo Quiroz P, De León Torres C, Carmona Ruiz D. Hiperplasia fibrosa inflamatoria: reporte de un caso. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral* [Internet]. 2011 [cited 2020 Jun 2];4(2):74-79.
12. Sangle VA, Pooja VK, Holani A, Shah N, Chaudhary M, Khanapure S. Reactive hyperplastic lesions of the oral cavity: A retrospective survey study and literature review. *Indian J Dent Res*. 2018;29(1):61-66.
13. Reddy V, Saxena S, Reddy M. Reactive hyperplastic lesions of the oral cavity: A ten year observational study on North Indian population. *J Clin Exp Dent*. 2012;4(3):e136-40.
14. Boza Oreamuno YV, López Soto A. Análisis retrospectivo de las lesiones de la mucosa oral entre 2008-2015 en el internado clínico de odontología de la Universidad de Costa Rica. *PSM* [Internet]. 2019 [cited 2020 Jun 2];16(2):134-154.
15. Tamiolakis P, Chatzopoulou E, Frakouli F, Tosios KI, Sklavounou-Andrikopoulou A. Localized gingival enlargements. A clinicopathological study of 1187 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2018;23(3):e320-e325. doi:[10.4317/medoral.22263](https://doi.org/10.4317/medoral.22263).