

REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Hiperplasia fibrosa inflamatoria en el adulto mayor: reporte de caso

Inflammatory fibrous hyperplasia in the elderly adult: case report

1. Dr. Abraham Nicolas Aguilar Sánchez

1. Cirujano Bucal y Maxilofacial. Docente de Cirugía Bucal. Carrera de Odontología, Universidad del Valle Cochabamba. nico_aguilar_sanchez@hotmail.com



RESUMEN

La hiperplasia fibrosa inflamatoria es la proliferación de tejido conjuntivo fibroso asociada a una inflamación crónica. Por lo general, es debida a aparatos protésicos mal adaptados. Presentación del caso: paciente de sexo femenino, de 68 años de edad, con el antecedente de utilización de prótesis totales, superior e inferior, por 20 años. Clínicamente se aprecia una apertura bucal limitada por atrofia peri oral, desdentada total superior e inferior con rebordes alveolares atróficos y con pérdida total del fondo de surco vestibular superior por la presencia de una masa de tejido fibroso en toda su extensión. Por tales características, se realiza la extirpación de la masa tumoral con la vestibuloplastía correspondiente, los resultados del estudio histopatológico concluyen con el diagnóstico de hiperplasia fibrosa inflamatoria.

Palabras clave: Hiperplasia fibrosa inflamatoria. Adulto mayor. Vestibuloplastía.

ABSTRACT

The inflammatory fibrous hyperplasia is the proliferation of fibrous connective tissue associated with chronic inflammation. It is usually due to unsuitable prosthetic devices. Presentation of the case: a female patient, 68 years old, with a history of total upper and lower prostheses, during 20 years. Clinically we could see a limited buccal opening due to perioral atrophy, upper and lower total edentulous with atrophic alveolar ridges and total loss of the upper vestibular groove fund because of the presence of a mass of fibrous tissue. Because of these characteristics, the tumor mass is excised with the corresponding vestibuloplasty, the results of the histopathological study conclude with the diagnosis of inflammatory fibrous hyperplasia.

Keywords: *Inflammatory fibrous hyperplasia. Elderly. Vestibuloplasty.*

INTRODUCCIÓN

La hiperplasia fibrosa inflamatoria (HFI) es una lesión de tipo inflamatorio de crecimiento lento y, por lo general, de características asintomáticas, siendo considerada como un aumento celular proliferativo no-neoplásico (1).

Clínicamente se presenta como pliegues de tejido hiperplásico en la zona del vestíbulo o en la zona lingual, en relación a un reborde protésico, o bien en la mucosa bucal, en relación a la línea alba. Generalmente, la masa de tejido es firme y fibrosa, el tamaño de las lesiones es muy variable y responde principalmente a la causa de la lesión (2).

Su etiología es variada y se asocia a la presencia de factores irritativos como la presencia de cálculo, aparatología ortodóntica o protésica mal ajustada o sobre extendida, mal posición dental y por desequilibrios hormonales (3).

En las primeras etapas el irritante crónico estimula la formación de tejido de granulación; más adelante, el tejido comienza a sufrir un proceso de fibrosis. La presencia de factores irritativos en la mucosa desencadena un proceso inflamatorio crónico que culmina con la formación de tejido fibroso hiperplásico, asintomático, en las zonas de agresión, conocida como Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria (HIF) (4).

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 (5).

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 (6).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Una paciente de sexo femenino, de 68 años de edad, acude a la Clínica Odontológica UNIVALLE para una rehabilitación oral. Refirió haber utilizado aparatos protésicos totales por más de 20 años. En los últimos años dejó de utilizarlos debido a que su apertura bucal fue disminuyendo progresivamente, imposibilitando el ingreso de sus prótesis para su adaptación en los rebordes alveolares.

En la evaluación clínica se apreció una atrofia peri-oral (Fig. N° 1). Intraoralmente, se evidenció una paciente desdentada total, superior e inferior con rebordes alveolares atróficos, pérdida de fondo de surco vestibular superior por la presencia de una lesión exofítica de base sésil que se extiende por toda la zona vestibular, cuya consistencia era indurada, fibrosa, no dolorosa y en la parte media se apreciaron bridas cicatrízales que se extendían desde la parte interna del labio superior hasta el reborde alveolar (Fig. N°2).

Figura 1. Condición extra oral pre quirúrgica

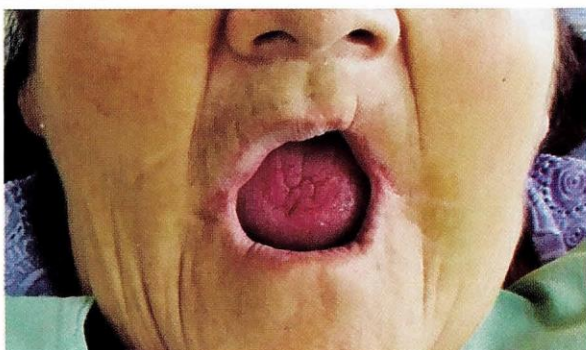


Figura 2. Vista intraoral pre quirúrgica



Fuente: Elaboración propia, octubre 2016

De manera conjunta, con la especialidad de rehabilitación oral, se planificaron las medidas terapéuticas en dos fases: una quirúrgica, en la que se realizó una exéresis de la lesión y de las bridas cicatrizales reconstruyendo el fondo de surco vestibular, y una segunda fase protésica.

La cirugía se realizó bajo anestesia local infiltrativa, colocando hilos de tracción (Fig. N° 3). Se efectuaron incisiones en la mucosa y mediante disección roma se practicó la ablación de las lesiones para luego proceder con la vestibuloplastía correspondiente, junto con las desinserciones de las bridas cicatrizales de la parte medial (Fig. N° 4 y N°5).

Figura 3. Colocación de hilos de tracción

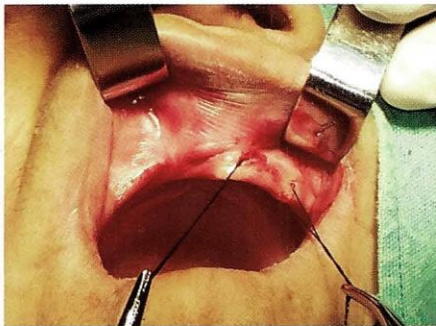


Figura 4. Exeresis de la lesión

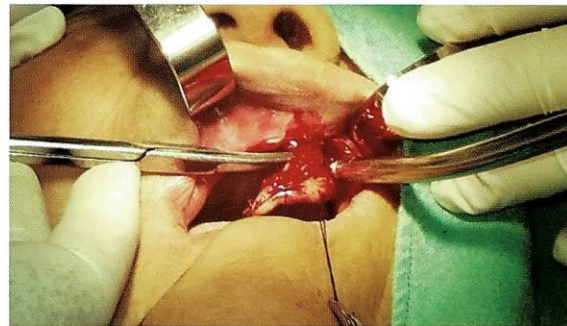
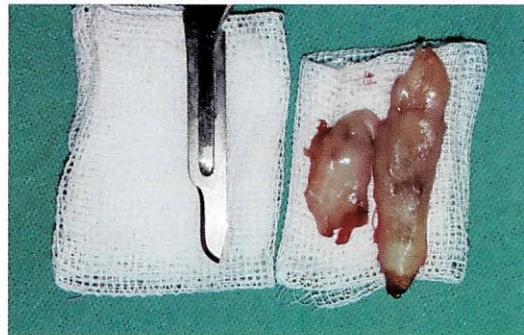


Figura 5. Muestras



Fuente: Elaboración propia, octubre 2016

Las muestras fueron remitidas para su respectivo estudio histopatológico, el cual confirmó el diagnóstico de Hiperplasia fibrosa inflamatoria.

Se realizó un primer control a las 24 horas donde se evidenció una leve inflamación sin signos de hemorragia. El siguiente control fue a los 7 días, en el que se retiraron los puntos, observándose una evolución favorable. A los 14 días de la intervención, la paciente fue remitida al servicio de rehabilitación para la confección de prótesis (Fig. N°6).

Figura 6. Postquirúrgico de 30 días



Fuente: Elaboración propia, octubre 2016

DISCUSIÓN

La HFI es consecuencia de una respuesta oral mucosa a un trauma crónico de baja intensidad, comúnmente causada por una dentadura mal ajustada (7).

La HFI en el adulto mayor es una lesión con alto índice de prevalencia, asociada a múltiples factores para su desarrollo, siendo uno de los principales la utilización de prótesis mal adaptadas por deficiencias en su confección al tener flacos muy elevados o por confeccionados sin los principios de la oclusión. Otros factores asociados son el número de años de utilización de prótesis removibles sin controles odontológicos y la deficiente higiene oral como otro factor importante en la aparición de ésta y otras patologías a nivel bucal (8).

La predominancia de esta patología en personas del sexo femenino ha sido evidenciada en numerosos estudios (4, 5, 9, 10).

Otras investigaciones revelaron que el estado nutricional y el compromiso sistémico no tienen relación directa con la aparición de HFI en pacientes portadoras de prótesis.

A pesar de tener características clínicas bastantes evidentes, el estudio histopatológico es obligatorio para el diagnóstico final, pues la HFI posee un potencial de alteraciones displásicas que deben ser constatadas (11).

CONCLUSIÓN

La HFI se presenta por lo general en portadores de prótesis parcial removible o prótesis total mal adaptada, siendo más frecuente cuanto mayor es el tiempo de utilización de la prótesis sin control odontológico. El tratamiento de la HFI consiste en la eliminación del agente traumático y en la remoción quirúrgica.

RECOMENDACIONES

Todo paciente portador de prótesis totales o parciales removibles deben ser periódicamente examinados.

El diagnóstico de HFI suele ser clínico por las características que esta presenta, pero el estudio histopatológico es obligatorio para el diagnóstico final, pues la HFI posee un potencial de alteraciones displásicas.

Derechos de Autor © 2016 Abraham Nicolas Aguilar Sánchez.



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tommasi AF. Diagnóstico en Patología bucal. 1st ed. São Paulo: Artes Médicas Ltda.; 1982.
2. Neville B, Damm D, Allen C, Bouquot J, editors. Odontogenic cyst and tumors. In: Oral and Maxillofacial Pathology. 2nd Ed. Philadelphia: W. B. Saunders; 2002. p. 565-617.
3. Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Editorial Harcourt-Mosby. España. Pp. 366-367.
4. Macedo LF, Dias JA, Antonio LG. Study of denture-induced fibrous hyperplasia cases diagnosed from 1979 to 2001. Quintessence Int. 2005;36: 825-829.
5. Gorlin R, Goldman H. Thoma: Patología Oral. Salvat editores. 2ª reimpresión. 1981, España.
6. Regezi JA, Sciubba J. Patología bucal. 2ª ed. Editorial Interamericana, México, 1995.
7. Jaimes M, Muñante J. Inflammatory Fibrous Hyperplasia Treated with a Modified Vestibuloplasty: A Case Report .The Journal of Contemporary Dental Practice, Volume 9, No. 3, March 1, 2008
8. Rodríguez AF, Sacaquispe SJ. Hiperplasia fibrosa inflamatoria y posibles factores asociados en adultos mayores. Rev Estomatol Herediana 2005; 15 (2): 139 – 144.
9. Zanetti R.V. et al. Estudio de 60 pacientes portadores de prótese parcial removível: avaliação Clínica das Lesões nas áreas de suporte da mucosa bucal. RPG, (1996);3:175-84.
10. Coleman G.C: Principios de diagnóstico bucal. Rio de Janeiro: Guanabará -Koogan, 1996.
11. Jaimes M, Muñante J. Consideraciones actuales en hiperplasia fibrosa inflamatoria. Acta Odontológica Venezolana - Volumen 47 N° 2 / 2009