FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Lesiones Reaccionales De la Mucosa Oral

Introducción

Las lesiones reaccionales corresponden a manifestaciones patológicas de la mucosa en respuesta a un estímulo de ***intensidad leve, mantenido en el tiempo.*** La mayoría corresponden clínicamente a aumentos de volumen (nódulos o tumores) e histopatológicamente a hiperplasias del tejido epitelial y/o conjuntivo, en los que puede predominar un componente fibroso o una proliferación vascular reactiva en un contexto inflamatorio variable.

En ocasiones, son entidades únicas en la cavidad oral debido a su origen en los tejidos periodontales. Las lesiones reaccionales son mucho más comunes en la boca que en otras partes del cuerpo, presumiblemente debido a la proximidad de la mucosa a los aparatos duros, a menudo afilados, ya sean protésicos o dentales. Su prevalencia en adultos es del 3%, y representan colectivamente más del 80% de las biopsias de mucosa oral.

En un estudio realizado por académicos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile en que se analizaron 1149 biopsias de mucosa oral con diagnóstico de alguna lesión reaccional (LR), la LR más frecuente fue el fibroma irritativo (71.1%), seguida de granuloma piogénico (21.1%), granuloma periférico de células gigantes (5%) y fibroma osificante periférico (2.9%). Las LR fueron más frecuentes en mujeres (70.7%). El grupo de edad más afectado fue el de 50 a 59 años (22%). La ubicación más frecuente para las LR fue maxilar (24,7%), seguida de mejilla (20,6%) y lengua (19,4%).

Clasificación según su origen:

Epitelial:

- Estomatitis nicotínica.

Conjuntival de predominio fibroso:

- Fibroma irritativo.
- Epulis Fisurado.
- Fibromatosis Gingival.
- Hiperplasia papilífera.
- Fibroma osificante periférico.

Conjuntival de predominio granulomatoso

- Granuloma piogénico.
- Granuloma periférico de células gigantes.

Otras Lesiones

- Neuroma traumático.
- Hiperplasia gingival espongiótica juvenil localizada.

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE CHILE

I. LESIONES EPITELIALES

1. Estomatitis nicotínica

Paladar del fumador, leucoqueratosis nicotínica del paladar

Si bien esta lesión hiperqueratósica está asociada con el consumo de tabaco, no parece tener una naturaleza premaligna, tal vez porque se desarrolla en respuesta al calor y no a las sustancias químicas del humo del tabaco. En particular, fumar en pipa parece generar más calor en el paladar que otras formas de consumir tabaco. También se pueden producir cambios similares por el uso a largo plazo de bebidas extremadamente calientes.

En algunas culturas sudamericanas y del sudeste asiático, se fuman cigarrillos enrollados a mano y cigarros con el extremo encendido en la boca. Este hábito de "fumar de forma inversa" produce una pronunciada queratosis palatina, o "paladar de fumador inverso", que tiene un potencial importante para desarrollar displasia o carcinoma.

Características clínicas

Afecta más comúnmente a hombres mayores de 45 años. Con la exposición prolongada al calor, la mucosa palatina se vuelve difusamente gris o blanca; se observan numerosas pápulas ligeramente elevadas y generalmente con centros rojos (glándulas salivales menores inflamadas y sus orificios ductales) (*Fig 1*).

La queratina palatina puede engrosarse tanto que se torna blanca, afectando incluso la encía marginal y las papilas interproximales en ocasiones se observa hiperqueratosis de la mucosa bucal. Puede asociarse a manchas de tabaco de color marrón o negro en los dientes *(fig 2.)*

Tratamiento y pronóstico

La estomatitis nicotínica es completamente reversible, incluso cuando ha estado presente durante décadas. El paladar generalmente vuelve a la normalidad dentro de 1 a 2 semanas de dejar de fumar. Aunque esta lesión no tiene potencial de malignización, se debe alentar al paciente a que deje de fumar y se deben examinar detenidamente otras áreas de alto riesgo. **Descartar SIEMPRE otras lesiones potencialmente malignas o malignas en otra parte dentro de la cavidad oral.**

Cualquier lesión blanca de la mucosa palatina que persista después de 1 mes de cese del hábito debe considerarse una verdadera leucoplasia y tratarse como tal.

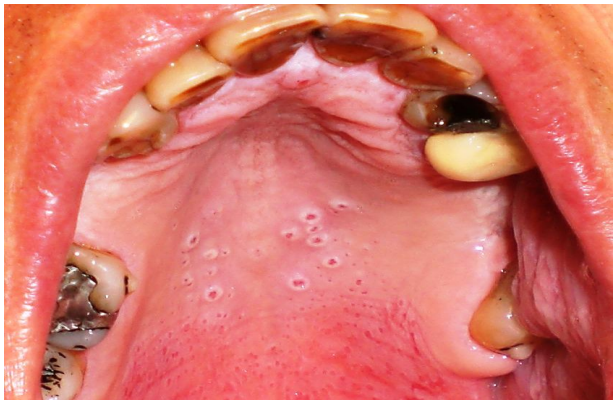

Fig 1

Fig 2

II. LESIONES CONJUNTIVALES DE PREDOMINIO FIBROSO

Hiperplasias del tejido conjuntivo (pueden incluir también tejido epitelial). Se deben a un aumento en el número de fibras colágenas y fibroblastos en el tejido conjuntivo que subyace a un epitelio normal, hiperqueratósico o incluso hiperplásico.

1. Pseudofibroma Irritativo.
2. Epulis fisurado.
3. Hiperplasia papilar inflamatoria.
4. Fibromatosis Gingival.
5. Fibroma Osificante periférico.

1. PSEUDOFIBROMA IRRITATIVO

hiperplasia traumática, hiperplasia fibrosa focal, hiperplasia irritativa de la mucosa oral

El fibroma es el "tumor" más común de la cavidad oral. No representa una neoplasia verdadera; más bien, es una hiperplasia reactiva del tejido conectivo fibroso en respuesta a irritación local o trauma. Para poder considerar este diagnóstico debemos ser capaz de asociar la lesión con una etiología traumatica.

Características clínicas

Aunque el trauma que ocasiona el fibroma puede ocurrir en cualquier parte de la boca, la localización más común es la mucosa yugal a en relación a la línea de la mordida, probablemente, como consecuencia al hábito de morderse la mejilla. La mucosa labial, la lengua y la encía también son sitios comunes.

La lesión se observa usualmente como un nódulo o tumor, de superficie lisa, de color similar a la mucosa circundante y consistencia firme. En algunos casos, la superficie puede aparecer blanca como resultado de la hiperqueratosis por trauma crónico. Pueden ser de base sésil o pediculados. Su tamaño es variable (*fig 3*)

La lesión generalmente es asintomática, a menos que se haya ulceración secundaria de la superficie. Los fibromas irritativos son más comunes en la 4ta a 6ta décadas de vida, y la proporción hombres/mujeres es de casi 1:2 para los casos biopsiados.

Figura 3

Características histopatológicas

El examen microscópico se observa una masa nodular de tejido conjuntivo fibroso cubierto por epitelio plano pluriestratificado para u ortoqueratinizado, con algún grado de hiperplasia. El conjuntivo subyacente es de tipo fibroso vascularizado y esta densamente colagenizado y puede presentar cierto grado de inflamación. La lesión no está encapsulada;

Tratamiento y pronóstico

El tratamiento es la excisión quirúrgica (biopsia excisional) y eliminación del hábito o elemento que genera trauma; la recurrencia es muy infrecuente, sin embargo, siempre es importante realizar examen histopatológico del tejido ya que otras neoplasias benignos o malignos pueden imitar la apariencia clínica del fibroma irritativo.

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE CHILE

2.- EPULIS FISURADO

hiperplasia fibrosa Inflamatoria, hiperplasia irritativa de reborde alveolar, tumor por injuria de prótesis dental

Hiperplasia del tejido conjuntivo fibroso que se desarrolla en relación a una prótesis dental total o parcial desajustada. Aunque el término "épulis" se usa usualmente como sinónimo para épulis fisurado, épulis es en realidad un término genérico que se aplica a cualquier tumor de encía o de mucosa alveolar. Por lo tanto, algunos autores han recomendado no usar este término, prefiriendo llamar a estas lesiones hiperplasia fibrosa inflamatoria u otros nombres.

Características clínicas

El épulis fisurado (EF) aparece típicamente como un pliegue único o múltiple de tejido hiperplásico en encía, reborde alveolar o vestíbulo. En la mayoría de los casos, hay dos pliegues de tejido, y el borde de la prótesis encaja en la fisura producida por ambos pliegues. El tejido suele presentar consistencia firme y fibrosa, aunque algunas lesiones parecen eritematosas y ulceradas, similar a la imagen clínica de un granuloma piógeno. El tamaño de la lesión puede variar desde de menos de 1 cm de hasta extensas lesiones que involucran gran parte del vestíbulo. Generalmente aparecen por vestibular del reborde alveolar.

EF ocurre con mayor frecuencia en adultos mayores, como es de esperar en una lesión relacionada con prótesis dentales.

Características histopatológicas

El examen microscópico se observa hiperplasia del tejido conectivo fibroso. A menudo, se producen múltiples pliegues y surcos donde la prótesis impacta sobre el tejido. El epitelio que lo recubre con frecuencia es hiperqueratósico y muestra una hiperplasia irregular de las papilas. Existe un infiltrado inflamatorio crónico variable en el tejido conjuntivo.

Tratamiento y pronóstico

El tratamiento de la EF consiste en extirpación quirúrgica (biopsia excisional), con examen histopatológico del tejido. Es necesario eliminar el estímulo traumático, por lo que la prótesis desajustada debe ser cambiada o rebasada para prevenir la recurrencia de la lesión.

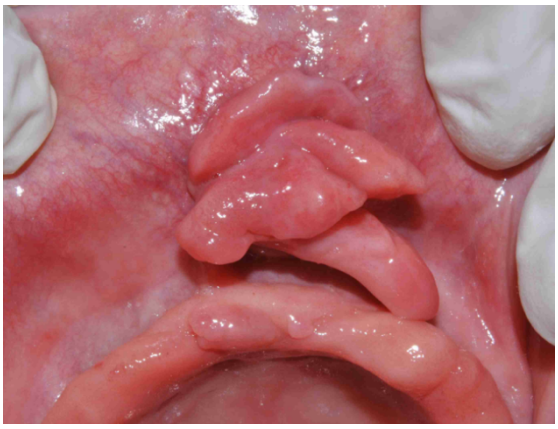

Fig 4

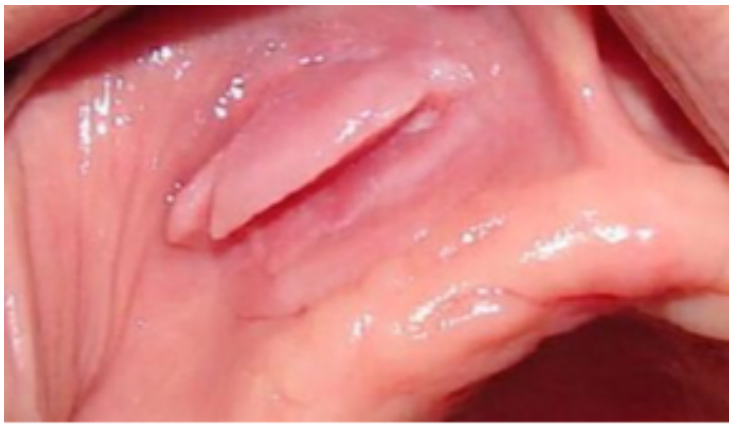

Fig 5

3.- HIPERPLASIA PAPILAR INFLAMATORIA

La hiperplasia papilar inflamatoria es una reactiva que generalmente, aunque no siempre, se desarrolla debajo de una prótesis. Algunos investigadores clasifican esta lesión como parte del espectro de la estomatitis subprótesica. Aunque la patogenia exacta es desconocida, la condición parece estar relacionada con:

- Prótesis mal ajustada.
- Mala higiene protésica.
- Usar la prótesis las 24 horas del día.

Características clínicas

La hiperplasia papilar inflamatoria usualmente ocurre en el paladar duro debajo de la base de la prótesis. Las lesiones tempranas pueden afectar solo a la bóveda palatina *(fig 6)* aunque los casos avanzados pueden cubrir la mayor parte del paladar. Con menos frecuencia, esta hiperplasia se desarrolla en la cresta alveolar mandibular edéntula o en la superficie de un épulis fisurado.

La hiperplasia papilar inflamatoria suele ser asintomática. La mucosa es eritematosa y tiene una superficie papilar. Muchos casos se asocian a infección por cándida.

Características histopatológicas

La mucosa exhibe múltiples crecimientos papilares en la superficie palatina que están cubiertos por epitelio escamoso estratificado hiperplásico. El tejido conectivo puede variar desde laxo y edematoso hasta densamente colagenizado. Generalmente se observa un infiltrado de células inflamatorias crónicas, que consiste en linfocitos y células plasmáticas.

Tratamiento y pronóstico

Para las lesiones tempranas, el ajuste y rebasado de la prótesis, junto a la terapia con antifúngicos tópicos, permite que desaparezcan el eritema, edema y que los tejidos recuperen su aspecto normal. Para lesiones más avanzadas y fibrosadas, muchos prefieren extirpar el tejido hiperplásico para luego fabricar una nueva prótesis. Este tejido debe ser analizado histológicamente.

Fig 6

4.- FIBROMATOSIS GINGIVAL

Crecimiento anormal de los tejidos gingivales secundario al uso de medicamentos sistémicos como la *ciclosporina*, *fenitoína* y *nifedipino*. Además del nifedipino, se ha documentado una asociación con otros agentes bloqueadores de canales de calcio, como *diltiazem*, *amlodipino* y *verapamilo*. La prevalencia relacionada con el uso de fenitoína es de aproximadamente el 50%. Ciclosporina y nifedipino producen cambios significativos en aproximadamente el 25% de los pacientes tratados.

El grado de agrandamiento gingival parece estar relacionado significativamente con la susceptibilidad del paciente y el nivel de higiene oral. En pacientes con excelente higiene bucal, esta condición es leve o no se presenta. Sin embargo, incluso con una buena higiene bucal, puede existir cierto grado de agrandamiento gingival en individuos susceptibles. La higiene oral puede limitar la gravedad a niveles clínicamente insignificantes.

Características clínicas

Debido a que los pacientes jóvenes usan fenitoína con mayor frecuencia, la hiperplasia gingival que induce es principalmente un problema en personas menores de 25 años. Un mayor riesgo de hiperplasia gingival ocurre cuando el medicamento se usa en niños y adolescentes. No hay predilección por sexo o raza.

Después de 1 a 3 meses de uso de drogas, los agrandamientos se originan en las papilas interproximales y se extienden a las superficies dentales. En casos severos, la encía hiperplásica puede cubrir una parte (o todas) de las coronas de los dientes involucrados. La extensión lingual y oclusal puede interferir con el habla y la masticación.

En ausencia de inflamación, la encía afectada es de color normal y firme, con una superficie que puede ser lisa, punteada o granular. Con la inflamación, se vuelve de color rojo oscuro y edematosa, con una superficie friable, sangra fácilmente e incluso ulcerada.

Tratamiento y pronóstico

La interrupción del medicamento por parte del tratante a menudo da como resultado el cese, y alguna regresión del agrandamiento gingival; incluso la sustitución de un medicamento por otro en la misma clase puede ser beneficioso. Si el uso de drogas es obligatorio, la limpieza y controles frecuentes y el control de placa son importantes. Agentes como la clorhexidina, pueden ser beneficiosos en la prevención

Fig 7

Muchos clínicos esperan y no realizan una terapia invasiva si no hay evidencia de pérdida de inserción, compromiso estético o funcional. Cuando se producen alteraciones medibles y las demás intervenciones no funcionan, la remoción quirúrgica es el tratamiento de elección.

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE CHILE

5.- FIBROMA OSIFICANTE PERIFÉRICO

Fibroma con metaplasia ósea, fibroma cementificante, Hiperplasia fibrosa con metaplasia ósea

El fibroma osificante periférico (FOP) es una tumoración gingival relativamente común, que se considera como una lesión reaccional, no neoplásica. La patogenia de esta lesión es incierta. Debido a sus similitudes clínicas e histopatológicas, muchos investigadores creen que algunos FOP se desarrollan inicialmente como granulomas piógenos que experimentan una maduración fibrosa y una posterior calcificación. Sin embargo, no todos los FOP pueden desarrollarse de esta manera. El producto mineralizado probablemente tiene su origen en las células del periostio o del ligamento periodontal.

Características clínicas

El FOP se produce exclusivamente en la encía. Aparece como una masa nodular, pediculada o sésil, que emerge de la papila interdental. El color varía de rojo a rosado, y la superficie podría estar ulcerada. Las lesiones rojas y ulceradas se pueden confundir con granulomas piógenos; los rosados y no ulcerados son clínicamente similares a los fibromas irritativos. La lesión a menudo ha estado presente durante muchas semanas o meses antes del diagnóstico.

El FOP es mas frecuente en adolescentes y adultos jóvenes, con una prevalencia máxima entre los 10 y 19 años. Casi dos tercios de todos los casos ocurren en mujeres. Hay una ligera predilección por el maxilar, y más del 50% de todos los casos se producen en la región incisiva. Por lo general, los dientes no se ven afectados y son asintomáticas.

Características histopatológicas

El examen microscópico muestra una proliferación fibrosa asociada con la formación de un producto mineralizado. El componente fibroblástico más profundo a menudo es celular, especialmente en áreas de mineralización. En algunos casos, la proliferación fibroblástica y la mineralización asociada son solo un pequeño componente de una masa más grande que se asemeja a un fibroma o granuloma piógeno. El tipo de componente mineralizado es variable (hueso, material similar al cemento o calificaciones distróficas). En algunos casos, se pueden encontrar células gigantes multinucleadas, generalmente en asociación con el producto mineralizado.

Fig 8

Tratamiento y pronóstico

El tratamiento de elección para el FOP es la excisión quirúrgica (biopsia excisional) para estudio histopatológico previa radiografía del diente involucrado. La masa se debe extirpar hasta el periostio porque la recurrencia es más probable si se permite que permanezca la base de la lesión. Aunque la escisión suele ser curativa, se ha la tasa de recurrencia es del 8% - 16%.

III. LESIONES CONJUNTIVALES DE PREDOMINIO GRANULOMATOSO

1.- GRANULOMA PIOGÉNICO

Granuloma Gravídico; Granuloma Telangiectásico

Lesión común de la cavidad oral, de naturaleza no neoplásica. Inicialmente se pensaba que era causado por microorganismos piogénicos, pero actualmente se sabe que no existe relación con un cuadro infeccioso. Se plantea que representa una respuesta del tejido gingival ante la irritación o trauma local.

Puede desarrollarse a cualquier edad, pero es más común en niños y adultos jóvenes. Los estudios indican una predilección por mujeres, posiblemente debido a los efectos vasculares de las hormonas femeninas. El GP en localización gingival se desarrolla frecuentemente en mujeres embarazadas, adoptando el término de "granuloma gravídico". Estas lesiones pueden comenzar durante el primer trimestre de embarazo, y su prevalencia aumenta por el séptimo mes. El crecimiento gradual del tamaño de la lesión durante el embarazo puede estar relacionado al aumento de los niveles de progesterona y estrógeno. Después del embarazo, algunas lesiones se resuelven espontáneamente, y otras pueden presentar un proceso de maduración fibrosa, exhibiendo características similares a un fibroma.

Características clínicas

- Aumento de volumen de superficie lisa, lobulada o ulcerada.
- Base usualmente pediculada, aunque algunas lesiones son sésiles.
- Color rosado, rojo y/o violáceo, lo cual depende de la edad de la lesión. Los granulomas piogénicos jóvenes están altamente vascularizados; mientras que las lesiones de más larga data tienden a volverse más rosados.
- Tamaño variable desde pequeños milímetros hasta lesiones extensas que pueden medir varios centímetros.
- Típicamente el aumento de volumen es asintomático, aunque sangra con facilidad. Puede presentar un crecimiento rápido, lo cual puede ser alarmante para los pacientes como para los clínicos, los cuales pueden creer que la lesión podría tener un comportamiento maligno.

Fig 9

Fig 10

- Tiene predilección por la encía, representando entre el 75-85% de los casos.
- La irritación e inflamación gingival, que resulta de la pobre higiene oral, puede ser un factor predisponente.
- En cuanto a su localización, son levemente más comunes en el maxilar que en la mandíbula; el sector anterior es más afectado que el sector posterior; son mucho más comunes en la encía vestibular que en la encía lingual, e incluso algunas pueden involucrar tanto la encía vestibular como la lingual.

Fig 11

Características histopatológicas

- Al examen microscópico se observa una gran proliferación vascular similar al tejido de granulación. Numerosos canales revestidos de endotelio, que están repletos de glóbulos rojos. En ocasiones los vasos se organizan en agregados lobulares. En el tejido conectivo subyacente existe un infiltrado mixto de células inflamatorias: neutrófilos, células plasmáticas y linfocitos. Las lesiones con más larga data pueden tener áreas con una apariencia fibrosa.

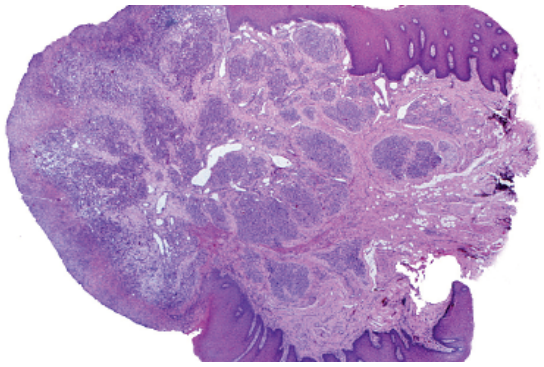

Fig 12: Examen microscópico de granuloma piogénico que muestra una masa exofítica con superficie ulcerada y características similares al tejido de granulación. Proliferación endotelial lobluar en el tejido conectivo subyacente.

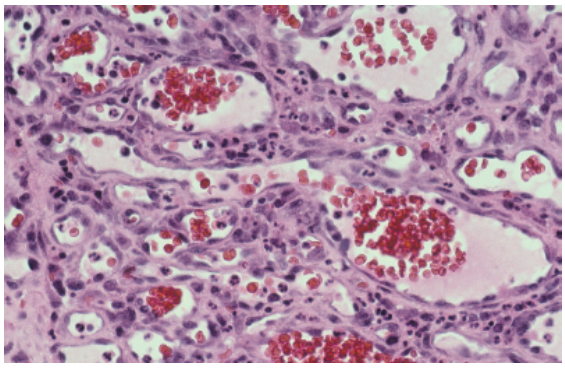

Fig 13: Examen microscópico de granuloma piogénico que muestra un infiltrado inflamatorio, abundantes vasos sanguíneos con glóbulos rojos en su interior.

Tratamiento y pronóstico

El tratamiento consiste en la excisión quirúrgica. Es fundamental tener una radiografía previa si la lesión esta en encía y siempre deben ser analizadas microscópicamente para descartar otros diagnósticos ya que lesiones malignas pueden tener una presentación clínica similar. Para las lesiones gingivales, la excisión debe extenderse bajo el periostio y el diente adyacente debe ser sometido a un tratamiento periodontal (previo) para remover cualquier fuente de irritación. Existe una recurrencia del 3-15%, según lo reportado en la mayoría de los estudios.

En embarazadas usualmente el tratamiento debe ser diferido, a menos que existan problemas funcionales o estéticos significativos. La recurrencia es mayor durante el embarazo, y algunas lesiones se resuelven espontáneamente luego del parto.

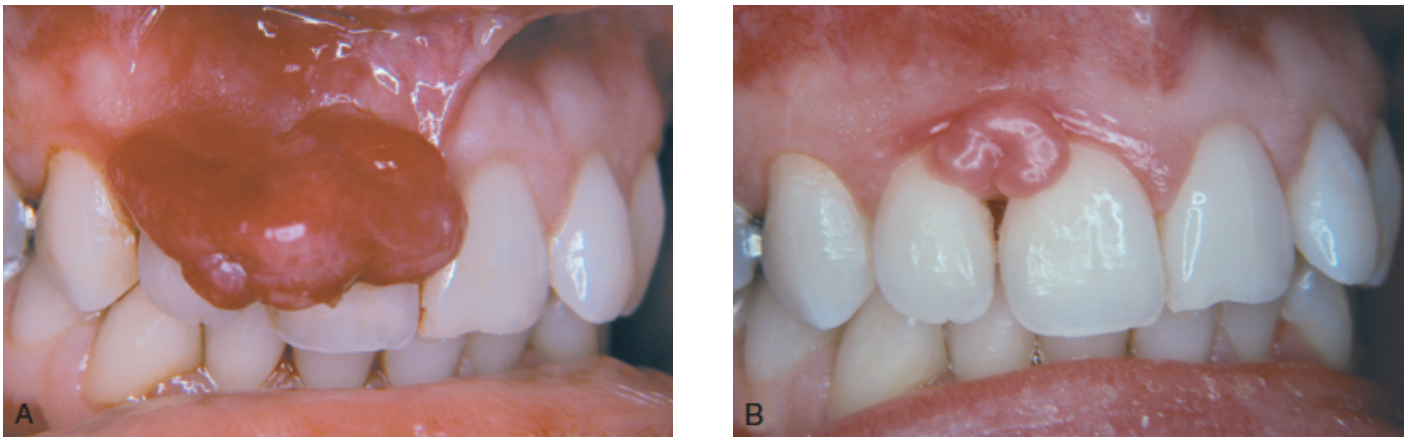

Fig 14. A. Mujer embarazada con granuloma piogénico localizado en la encía adherida y papila interproximal desde mesial de diente 1.3 hasta mesial de diente 1.1, forma elíptica, color rojo brillante, superficie lisa y parcialmente lobulada, bordes definidos, base sésil y aparentemente pediculada. **B.** Mujer 3 meses post parto, la lesión decreció espontáneamente y presentó una maduración fibrosa.

2.- Granuloma Periférico de Células Gigantes

El granuloma periférico de células gigantes (GPCG) es un tumor relativamente frecuente de la cavidad oral. Esta lesión no representa una verdadera neoplasia, sino que más bien una lesión reaccional ante la irritación o trauma local. Puede desarrollarse a cualquier edad, especialmente durante la primera a sexta década de vida. La edad promedio está entre los 31 a los 46 años. Aproximadamente el 52-60% de los casos ocurren en mujeres.

Características clínicas

- Aumento de volumen nodular, cuya superficie puede o no estar ulcerada.
- Color rojo o rojo-azulado.
- Base sésil o pediculada.
- La apariencia clínica es similar al granuloma piogénico, aunque esta lesión frecuentemente presenta una coloración azul-púrpura comparado al rojo brillante típico del granuloma piogénico.
- Ocurre exclusivamente en la encía o en el reborde alveolar.
- Puede desarrollarse en el sector anterior como posterior, y la mandíbula es levemente más afectada que el maxilar.
- En ocasiones se puede observar reabsorción ósea del hueso alveolar adyacente.

Fig 15

Fig 16

Características histopatológicas

- La superficie de la lesión está ulcerada en un 50% de los casos.
- Proliferación de células gigantes multinucleadas, dentro de un fondo de células mesenquimales ovaladas con forma de huso.
- Las células gigantes pueden contener algunos o varios núcleos.
- Una zona de tejido conectivo fibroso denso usualmente separa la proliferación de células gigantes de la superficie epitelial.
- Frecuentemente se presenta un infiltrado inflamatorio crónico y agudo.
- Es característica la presencia de abundante tejido hemorrágico alrededor de la lesión, con depósitos de pigmentos de hemosiderina.
- Esta lesión tiene una similitud histopatológica con el granuloma central de células gigantes (lesión intraósea agresiva), por lo que previo a su biopsia se debe tomar una radiografía para descartar su origen central.

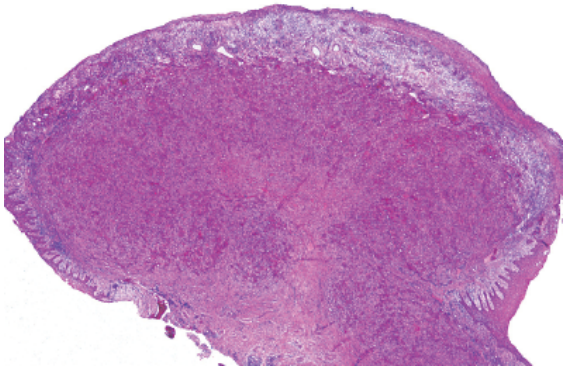

Fig 17 Examen microscópico de granuloma periférico de células gigantes que muestra una proliferación nodular de células gigantes multinucleadas al interior del tejido gingival.

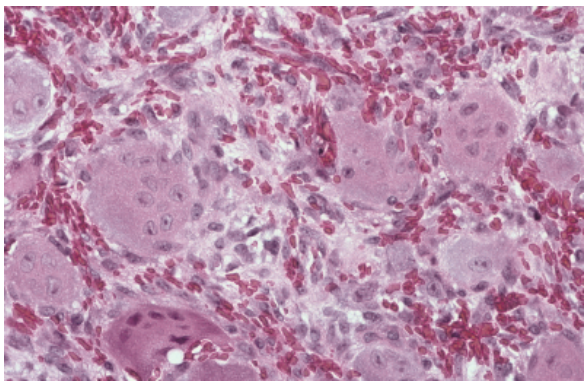

Fig 17 Examen microscópico de granuloma periférico de células gigantes que muestra células gigantes multinucleadas dispersas dentro de un fondo hemorrágico con células mesenquimatosas ovoides y con forma de huso.

Tratamiento y pronóstico

El tratamiento consiste en la excisión quirúrgica (biopsia excisional) hasta el tejido óseo subyacente. El diente adyacente debe ser tratado con ultrasonido para remover cualquier agente irritante local, minimizando así el riesgo de recurrencia. Se reporta que entre el 10-18% de las lesiones pueden recurrir.

Fig 18 A. Granuloma periférico de células gigantes localizado en la papila interproximal entre dientes 2.2 y 2.3, forma redondeada, color rojo-violáceo, superficie lisa, bordes definidos, base pediculada. **B.** Control al año luego de realizada la excisión quirúrgica, no se observan signos de recurrencia.

3.- Neuroma Traumático

El neuroma traumático es una proliferación reaccional del tejido neural después del daño en un haz nervioso. Después que un nervio ha sido dañado, la porción proximal se intenta regenerar y restablecer la inervación del segmento distal, a través del crecimiento de axones y mediante la proliferación de células de Schwann. Si estos elementos encuentran tejido cicatrizal o si no pueden restablecer la inervación, se puede desarrollar una masa tumoral en el lugar de la lesión.

Pueden ocurrir en cualquier edad, pero se diagnostican más frecuentemente en adultos. Tienen una leve predilección por mujeres.

Características clínicas

- Nódulo o tumor de superficie lisa, no ulcerada.
- Localización variable, se presenta comúnmente relacionado al foramen mentoniano, lengua y labio inferior.
- Asociado a historia de trauma; algunas lesiones aparecen luego de una exodoncia u otro procedimiento quirúrgico.
- Puede asociarse con alteraciones de la sensación nerviosa como anestesia, disestesia o dolor. Aunque el dolor ha sido considerado como una característica distintiva de esta lesión, los estudios indican que solo ¼ a 1/3 de los neuromas traumáticos orales son dolorosos. El dolor puede ser intermitente o constante, leve y localizado o intenso e irradiado.

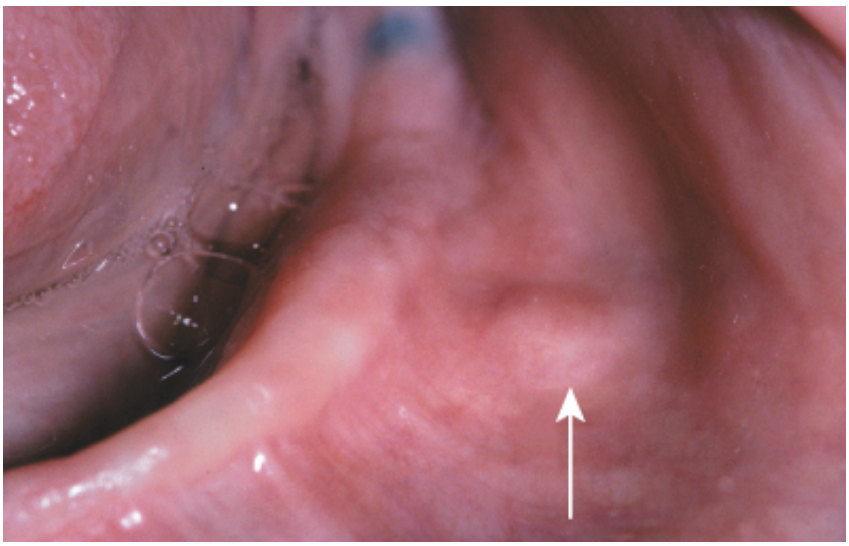

Fig 19

Características histopatológicas

- Proliferación al azar de haces nerviosos maduros, mielinizados y no mielinizados, dentro de un estroma de tejido conectivo fibroso denso en fibras colágenas.
- Se puede presentar un leve infiltrado inflamatorio crónico. Los neuromas traumáticos con inflamación son más probables que duelan en comparación a aquellos sin inflamación.

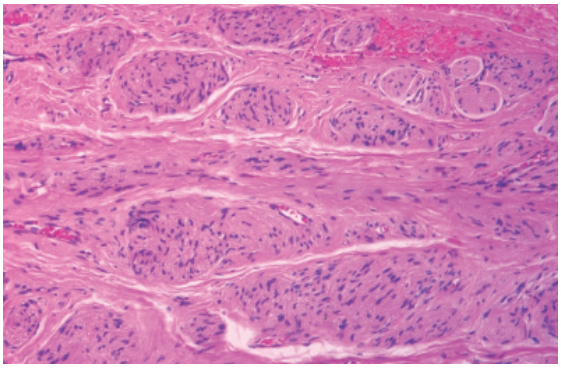

Fig 20 Examen microscópico que muestra la disposición desordenada de haces nerviosos dentro de un tejido conectivo fibroso denso rico en fibras colágenas.

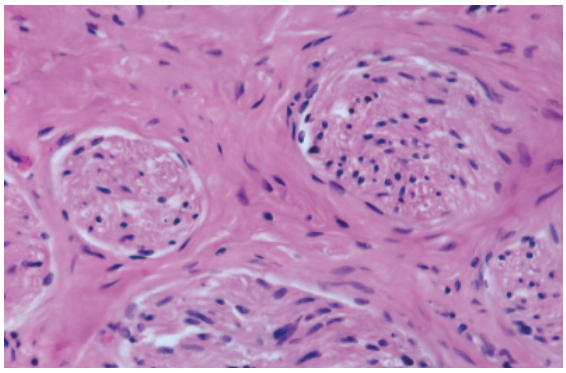

Fig 21 Examen microscópico que muestra haces nerviosos de sección transversal dentro de un tejido conectivo fibroso denso.

Tratamiento y pronóstico

El tratamiento es la excisión quirúrgica, incluyendo la remoción de una pequeña porción de la fibra nerviosa proximal involucrada. La mayoría de las lesiones no recurren, sin embargo, en algunos casos el dolor persiste o vuelve posteriormente.

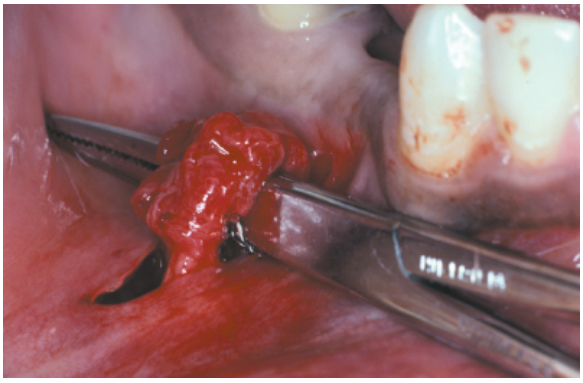

Fig 22 Excisión qurúrgica de neuroma traumático que destaca la presencia de una proliferación nodular irregular asociada al nervio mentoniano.

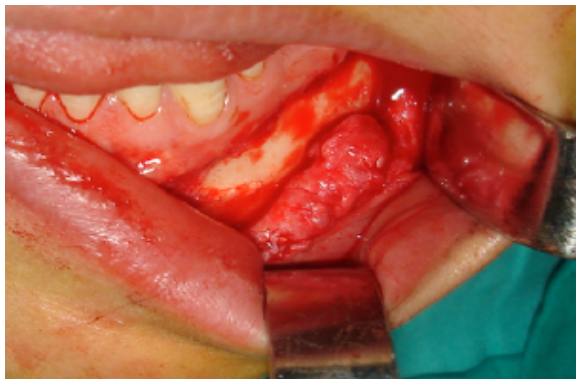

Fig 23 Imagen intraoperatoria que muestra neuroma traumático ubicado en el foramen mentoniano, en íntima relación con el nervio mentoniano.

4.- Hiperplasia Gingival Espongiótica Juvenil Localizada

Patología gingival que fue descrita inicialmente el año 2007. Aunque el desorden es idiopático, se ha sugerido que representa una exteriorización del epitelio de unión o del surco gingivodentario, que puede ser alterado secundariamente por factores locales, tales como la respiración bucal.

Inicialmente fue descrita como "gingivitis de la pubertad", sin embargo, este termino es discutido. Existen numerosos reportes en niños prepuberales y, en contraste a la gingivitis, estas lesiones no parecen estar asociadas a placa y no responden favorablemente con la terapia periodontal. Adicionalmente, se han documentado una ausencia de receptores de estrógeno y progesterona en las lesiones, lo cual descarta su asociación con cambios endocrinos propios de la pubertad.

Aunque la lesión se ha diagnosticado en adultos, la mayoría de los casos se han presentado en individuos menores a 20 años, con una mediana de edad de 12 años. Se ha demostrado una predilección por el sexo femenino.

Características clínicas

- Pequeña alteración papilar de color rojo brillante aterciopelado que sangra fácilmente con la examinación.
- Generalmente tiene de base sésil, algunos casos pueden ser pediculados con una extensión al interior del surco gingivodentario.
- La encía vestibular adyacente a la raíz de un diente es el sitio más afectado, pero también puede involucrar áreas interproximales.
- Esta alteración muestra una fuerte predilección por la encía maxilar vestibular. Aunque también se han reportados casos multifocales.
- La historia natural de la lesión es difícil de determinar, pero diversos reportes de casos han indicado 2-3 años de evolución previos a la excisión quirúrgica.

Fig 24

Fig 25

Tratamiento y pronóstico

La mayoría de los reportes se han removido quirúrgicamente, con una recurrencia que varía del 6 al 16.7%. Aunque la lesión puede persistir por años, la posibilidad de resolución espontánea es probable debido a que se ha reportado que esta condición es infrecuente en adultos.

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Conclusiones

- Las lesiones reaccionales representan el grupo de patologías más prevalentes de la mucosa oral.
- Es importante considerar los exámenes imagenológicos para determinar si estamos frente a lesiones periféricas o exteriorizaciones de lesiones centrales.
- La biopsia es fundamental para establecer el diagnóstico definitivo y puede ser parte importante del tratamiento.
- Determinar el factor irritante o traumático que esta generando la lesión y removerlo debe ser parte del tratamiento para evitar recidivas.
- Pueden ser clínicamente semejantes a otras lesiones graves.

Autores

- Dr. Gabriel Rojas Zúñiga
- Dr. Nayib Hussein Rojas
- Dra. Andrea Maturana Ramirez

Bibliografía

1. Abu Gharbyah AZ, Assaf M. Management of a Peripheral Giant Cell Granuloma in the esthetic area of upper jaw: A case report. Int J Surg Case Rep. 2014;5(11):779-82.

2. Deng W, Chen SL, Huang DY. Traumatic neuroma of mental nerve following chin augmentation. Int J Oral Maxillofac Surg. 2009;38(12):1324-6.

3. Neville B, Damn D, Allen C, Chi A. Oral and Maxillofacial Pathology. Fourth Edition. Elsevier. 2016.

4. Kalogirou EM, Chatzidimitriou K, Tosios KI, Piperi EP, Sklavounou A. Localized Juvenile Spongiotic Gingival Hyperplasia: Report of Two Cases. J Clin Pediatr Dent. 2017;41(3):228-31.

5. Maturana-Ramírez A, Adorno-Farías D, Reyes-Rojas M, Farías-Vergara M, Aitken-Saavedra J. A retrospective analysis of reactive hyperplastic lesions of the oral cavity: study of 1149 cases diagnosed between 2000 and 2011, Chile. Acta Odontol Latinoam. 2015;28(2):103-7.

6. Nogueira VK, Fernandes D, Navarro CM, Giro EM, de Almeida LY, Leon JE, et al. Cryotherapy for localized juvenile spongiotic gingival hyperplasia: preliminary findings on two cases. Int J Paediatr Dent. 2017;27(3):231-5.

7. Tiwari S, Neelakanti A, Sathyanarayana S. An innovative and less invasive management of recurrent pyogenic granuloma in the esthetic zone: A case report with 18-month follow-up. J Indian Soc Periodontol. 2017;21(3):241-4.