



FOTO
CLÍNICA



Puente Fernández, Silvia
Residente del Máster de Cirugía Bucal e Implantología del Hospital Virgen de la Paloma.

Barona Dorado, Cristina
Subdirectora del Máster de Cirugía Bucal e Implantología del Hospital Virgen de la Paloma.

Martínez González, José María
Director del Máster de Cirugía Bucal e Implantología del Hospital Virgen de la Paloma.

Indexada en / Indexed in:

- IME
- IBECs
- LATINDEX
- GOOGLE ACADÉMICO

correspondencia:

Silvia Puente Fernández
C/Marina Usera nº9 1º C
28026 Madrid
silvia_hm9@outlook.com
Tel.: 653 095 992

Fecha de recepción: 14 de abril de 2015.
Fecha de aceptación para su publicación:
22 de junio de 2015.

ÉPULIS FISSURATUM. A PROPÓSITO DE UN CASO

Puente Fernández, S., Barona Dorado, C., Martínez González, J. M.
Épulis fissuratum. A propósito de un caso. Cient. Dent. 2015; 12; 2: 127-128.

Paciente mujer de 68 años que acudió al Servicio de Cirugía Bucal del Hospital Virgen de la Paloma con una tumoración en la mucosa yugal izquierda (Figura 1). No presentó antecedentes familiares ni personales relevantes. En la exploración intraoral se apreció una lesión pediculada de 3x4 cm, con una consistencia fibrosa y de color ligeramente blanquecino con superficie ulcerada. Tras el consentimiento informado, se procedió a la anestesia de la región con una técnica local infiltrativa supraperióstica y perilesional y posterior escisión de la lesión mediante bisturí frío. Se realizó la sutura pertinente (Figura 2) y se remitió para su análisis histopatológico, informando los resultados de presencia de una hiperplasia fibrosa (Figura 3), se encontró un tejido conjuntivo denso, con relativamente pocos fibroblastos y escasos vasos sanguíneos. El epitelio estratificado que lo recubre es acantósico y ligeramente hiperqueratósico. Aparecieron cambios reactivos en las células escamosas e hiperplasia pseudoepiteliomatosa sin signos de malignidad. Se recomendó realizar un ajuste inmediato de la prótesis, mediante un rebase con un acondicionador de tejidos blandos (Viscogel®), para así evitar una mayor pérdida en la profundidad del vestíbulo¹². Se hicieron controles a los 7, 15 y 30 días postcirugía para comprobar la cicatrización y evolución de la herida y a los 3, 6 y 12 meses para verificar la ausencia de recidiva.

COMENTARIO

La hiperplasia fibrosa inflamatoria (HFI), también conocida como épulis fissuratum (EP), es la lesión de tejidos blandos más común en la cavidad oral.

Se trata de una lesión hiperplásica reactiva

y exofítica que posee un mayor número de células inflamatorias crónicas y más tendencia a la ulceración de la superficie del epitelio^{1,2} que cualquier otra lesión traumática común.

Su formación se debe principalmente a una inadecuada adaptación protésica causada por la reabsorción del reborde alveolar de asiento que provoca un trauma crónico de baja intensidad en la mucosa que lo recubre^{3,4}. Se trata de un crecimiento pseudotumoral localizado en los tejidos blandos del surco vestibular o los rebordes alveolares, siendo las regiones anteriores más afectadas que las posteriores⁵⁻⁷.

Se presenta como una lesión elevada, sésil o pediculada, en forma de pliegues, con una superficie lisa y una coloración similar a la de la mucosa normal. El tamaño de la lesión está en relación directa a la superficie implicada por el agente traumático, variando de unos milímetros a varios centímetros²⁻⁴.

Cursa con una leve irritación mecánica, mantenida en la zona que sufre la agresión, que evoluciona hacia un proceso inflamatorio crónico y posterior formación de tejido fibroso asintomático⁸⁻¹⁰.

Esta última característica es la responsable de que los pacientes sigan haciendo uso de prótesis desajustadas sin sufrir aparente daño alguno. Esta situación cambia cuando se produce ulceración de la lesión, asociándose a incomodidad y dolor.

Las recidivas son raras mientras se eliminen los factores desencadenantes^{4,11}, se proporcione una adecuada educación al paciente y se realicen revisiones regulares^{11,12}.



Figura 1. Imagen clínica preoperatoria. Presentación inicial de épulis fissuratum.

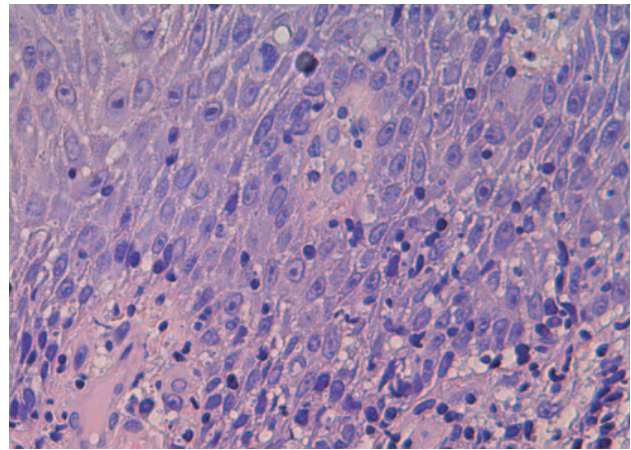


Figura 3. Vista microscópica del épulis fissuratum. Inflamación crónica y cambios reactivos en las células epiteliales.

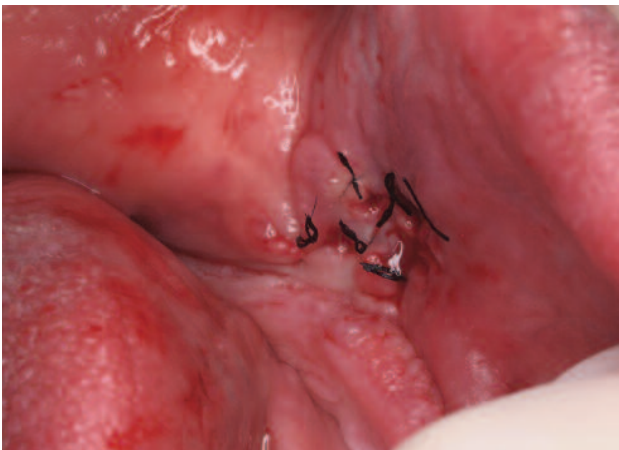


Figura 2. Imagen clínica postoperatoria tras la exéresis de la lesión.



BIBLIOGRAFÍA

1. Jamal N, Ryyadh O. The incidence of oral lesions induced by chronic irritations among patients attending Oral Diagnosis Clinic. *J Bagh Coll Dentistry* 2006; 18 (3): 39-42.
2. Silva L, Mouzinho J, Martins MA. Treatment of Denture Induced Fibrous Hyperplasia with Carbon Dioxide Laser. *J Oral Maxillofac Surg Med Pathol* 2012; 3 (1): 34-7.
3. Ayesh D, Alawneh A. The effect of age and gender on the prevalence of denture fissuratum among complete denture wearers in the northern Jordanian population – A prospective study. *Pakistan Oral Dent J* 2012; 32 (2): 344-7.
4. Noushin N, Nosratollah E, Hora E. Reactive lesions of the oral cavity: A retrospective study on 2068 cases. *Dent Res J* 2012; 9 (3): 251-5.
5. Monteiro LS, Mouzinho J, Azevedo A, Cámara MI, Martins MA, La Fuente JM. Treatment of Epulis Fissuratum with Carbon Dioxide laser in a Patient with Antithrombotic Medication. *Braz Dent J* 2012; 23 (1): 77-81.
6. Janosi K, Popsor S, Ormenisan A, Martha K. Comparative study of hyperplastic lesions of the oral mucosa. *Eur Sci J* 2013; 9 (30): 7-15.
7. Muñante-Cárdenas JL, Jaimes M, Olate S et al. Consideraciones actuales en hiperplasia fibrosa inflamatoria. *Acta Odontol Venez* 2009; 47 (2): 1-6.
8. Agrawal A, Mahajan M, Mahajan A et al. Application of diode laser for excision of non-inflammatory vascular épulis fissuratum. *Int J Case Rep Images* 2012; 3 (9): 42-5.
9. Tamarit Borràs M, Delgado Molina E et al. Exéresis de las lesiones hiperplásicas de la cavidad bucal. Estudio retrospectivo de 128 casos. *Med Oral Pat Oral Cir Bucal* 2005; 10: 151-62.
10. Rezvan B, Mahmoudhashemi H. Comparative Survey on Carbon Dioxide Laser and Surgical Scalpel Removal of Epulis Fissuratum. *J Oral Laser Appl* 2007; 7 (3): 187-90.
11. Rodríguez AF, Sacsquispe SJ. Hiperplasia fibrosa inflamatoria y posibles factores asociados en adultos mayores. *Rev Estomatol Herediana* 2005; 15 (2): 139-44.
12. Sousa ME, Muniz WR, Da Silva JC. Surgical therapy of fibrous inflammatory hyperplasia: A case report. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Facial* 2004; 4 (4): 241-5.