

CAPÍTULO 1

ASPECTOS BÁSICOS DEL RELATO DE CASO CLÍNICO

1.1. Planteamiento del problema

A la hiperplasia se la puede definir como un incremento de células en un tejido u órgano, estas lesiones pueden afectar al epitelio y al tejido conjuntivo. Por lo tanto podemos decir que este término encajaría a toda lesión causada por una irritación, que después de su eliminación quirúrgica tiende a desaparecer, siempre y cuando se controle el factor causante de la lesión (Sapp, 2005).

Dentro de las posibilidades diagnósticas están la hiperplasia por factor irritativo que normalmente o habitualmente se encaja en una contexto de causa efecto, las prótesis totales de uso prolongado provocan daños en los tejidos duros y blandos, pero hay que descartar otras lesiones tumorales benignas y malignas que puedan afectar al territorio bucal (Sapp, 2005).

En el presente caso clínico, la paciente (56 años) presenta una hiperplasia fibrosa inflamatoria en la superficie labial inferior izquierda, que se produjo por una mala adaptación protésica, deterioro de la prótesis por los años de utilización y acumulación de placa bacteriana (Sapp, 2005).

Al cabo de 15 años, la persona empezó a detectar un crecimiento anormal de tejido, de tamaño mínimo, en la región interna del labio inferior, mismo que fue evolucionando (30 años de uso), la paciente tuvo como resultado asociado a la hiperplasia la pérdida del volumen óseo (Shaffer, 2005).

En el desarrollo de nuestro caso clínico nos hemos planteado una incógnita necesaria para comprender las mejores alternativas de tratamiento.

Cuál es el tratamiento adecuado para el manejo de esta lesión?

Hemos puesto énfasis en una adecuada cirugía, pero la alternativa protésica elegida no es la más apropiada. Presentamos un caso que a pesar de ello evolucionó satisfactoriamente.

Las opciones de tratamiento para la hiperplasia fibrosa inflamatoria van desde:

- No realizar ningún procedimiento
- Solo realizar la cirugía
- Realizar solo el cambio protésico
- Las dos opciones anteriores juntas
- Tratamiento con láser, crioterapia, quimio-radioterapia (Shaffer, 2005).

Se determinó que la paciente requiere un recambio protésico, pues sus prótesis actuales se convirtieron en el irritante crónico causante o desencadenante de la hiperplasia, a su vez se realizó la exéresis quirúrgica de la lesión, considerando el tamaño de la misma (20 mm), para estar en condiciones de realizarse una prótesis total superior e inferior (Shaffer, 2005).

1.2. Justificación

Se desarrolló un plan multidisciplinario que combinó: la cirugía bucal, patología y rehabilitación, especialidades que nos permiten realizar el diagnóstico y tratamiento quirúrgico para lesiones de la cavidad bucal y su rehabilitación funcional.

Después de analizar y determinar un diagnóstico integral de la paciente, se llegó a la conclusión de que la paciente necesita la eliminación de la lesión hiperplásica, para poder realizar el tratamiento de rehabilitación protésica y proporcionar función y estética a una paciente que por largos años ha tenido una deficiencia en cuanto a su masticación, deglución, fonética, y trabajo articular, afectando de esta manera a su salud general y bucal, provocando un sinnúmero de parafunciones y desordenes musculo esqueléticos (Sapp, 2005).

Presentamos este caso porque el porcentaje (15%) y la prevalencia (25%) de los pacientes portadores de prótesis totales o parciales, presentan lesiones de este tipo en la cavidad bucal y muchas veces su atención y tratamiento están envueltos en múltiples problemas de diagnóstico y tratamiento resultando pacientes agresivamente mutilados y sin respuestas funcionales óptimas por lo que el índice de recidiva es alto o la posibilidad de recuperar las funciones masticatoria, deglutoria, fonética son malas (Sapp, 2005).

1.3. Objetivos

1.3.1.General

1. Remover la lesión presente en la cavidad bucal y estar en condiciones óptimas para su rehabilitación.

1.3.2.Específicos

1. Descartar otros diagnósticos tumorales.
2. Aplicar el tratamiento adecuado para remover la lesión.
3. Verificar mediante un estudio histopatológico el diagnóstico clínico.
4. Recuperar las funciones perdidas o detener su daño.
5. Procurar detener el proceso de atrofia ósea.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1. Tumores benignos de la cavidad bucal

Para el odontólogo estudiar los tumores de la cavidad bucal y sus estructuras vecinas constituye una fase importante para el diagnóstico y tratamiento de estas lesiones. Aunque existe una pequeña cantidad de tumores patológicos observados por el odontólogo, son de gran importancia ya que amenazan la salud del paciente, así como su supervivencia (Shaffer, 2005).

Un tumor por definición, es simplemente una hinchazón del tejido; la palabra no significa un proceso neoplásico. Muchas lesiones tumorales presentes en la cavidad bucal no guardan relación con las neoplasias verdaderas (Shaffer, 2005).

Sin embargo, todas las lesiones poseen una conducta clínica similar, pues si bien corresponden a proliferaciones celulares excesivas, jamás van a comprometer la vida del paciente, siendo entonces especialmente benignas (Lobos, 1978).

Las lesiones en boca afectan a varias zonas de la mucosa oral:

- **Queratinizada** (paladar duro y encía), esta zona tiene la capacidad de tracción disminuida, está directamente unida al corion (Gálvez, 2004).
- **revestimiento** (piso de boca, mejillas, paladar, vientre lingual), tiene epitelio plano con ausencia de queratina, el corion está bajo el epitelio. Posee gran capacidad de tracción (Gálvez, 2004).
- **especializada** (dorso lingual), en esta zona están las papilas gustativas, el corion está debajo de este epitelio (Gálvez, 2004).

La apariencia de la lesión en la mucosa bucal puede ser:

- **Nodular:** lesión con un volumen aumentado, bien delimitado, con una base de implantación amplia.
- **Pedunculado:** base estrecha de implantación, (papilomas).
- **Verrugoso:** superficie presenta un aspecto rugoso.
- **Sésil:** base amplia de implantación.
- **Abollonado:** en la superficie semejantes a los nódulos, (tumores)
- **Papilomatoso:** con proyecciones digitiformes (Gálvez, 2004).

Para hacer el estudio de estas lesiones hay que tomar en cuenta la causa, la histopatología, las características clínicas y el tratamiento (Sapp, 2005).

2.2. Clasificación de lesiones tumorales de acuerdo al tejido.

Las lesiones tumorales afectan en gran parte a la mucosa bucal estas se pueden localizar en la parte queratinizada o no queratinizada de la boca. Las más comunes son las lesiones hiperplásicas, en una etapa temprana estas lesiones pueden dejar de evolucionar, sin embargo cuando el irritante es de tiempo prolongado, forma un tejido de granulación y posteriormente este comienza hacerse fibroso (Arriaga, 2007).

A continuación presentamos un recuadro de la las lesiones tumorales con sus posibles causas y características clínicas:

	LESIONES FRECUENTES	CAUSAS	CARACTERÍSTI CAS CLÍNICAS
Tejido granulación predominante	Granuloma Piogénico	Prótesis mal ajustadas biofilm duro y blando, mal posición dentaria, retenedores(Arriaga, 2007).	<ul style="list-style-type: none"> • Son rojas, sangrante, blandas • Base sésil o pediculada • Aumento volumen • Localiza varios sitios.
Tejido fibroso predominante (relación prótesis)	Fibroma traumático	Prótesis, biofilm hábitos succión (Shaffer,2005).	Proyecciones papil. <ul style="list-style-type: none"> • Verrugosas rojas • Pacientes prótesis •Blanda o firme •Sangra ulceración. (Shaffer, 2005).
	Hiperplasia papilar inflamatoria	Adaptación prot. Biofilm con cándida albicans (Sapp, 2005).	<ul style="list-style-type: none"> •pacientes prótesis •Verrugoso • Estable o flácida, • Sangra, ulcerarse. (Sapp, 2005).
	Hiperplasia cámara succión HFI	Crea vacío entre paladar y prótesis, irrita mucosa forma tejido conectivo (Shaffer, 2005)	<ul style="list-style-type: none"> •Reemplazo prót. •Necesario cirugía (Shaffer, 2005).

Tabla: # 1Clasificación de lesiones tumorales (Cerde, 2014).

LESIONES TUMORALES MALIGNAS	OTRAS LESIONES HIPERPLÁSICAS
Carcinoma células Escamosas Melanoma Linfoma Metástasis (Arriaga, 2007).	Hiperplasia gingival por drogas. Granuloma periférico células gigantes multinucleadas. Hiperplasia tuberosidades. Fibromatosis gingival (Arriaga, 2007).

Tabla # 2: Otras lesiones tumorales (Cerde, 2014).

2.3. Hiperplasia fibrosa inflamatoria

2.3.1. Etiología

Las lesiones hiperplásicas (HFI) se denominan proliferaciones reactivas, ya que representan una proliferación auto limitada del tejido fibroblástico o una mezcla de tejido fibroso y vascular, provocado por el mordisqueo de los carrillos, el tabaco, las prótesis mal adaptadas, la gingivitis crónica, las obturaciones desbordantes, la enfermedad periodontal, mala higiene bucal (Sapp, 2005).

Otro factor a mencionar es la parte hormonal, (aumento estrógenos y progesterona, durante el embarazo) y su aparición en ciertas complicaciones sanguíneas (cambios hemostáticos, anemias). Los irritantes locales son físicos y estimulan el tejido conjuntivo sub mucoso, el ligamento periodontal o el periostio (Sapp, 2005).

La edad, el tiempo de uso de las prótesis, medicamentos, falta de limpieza, pueden desarrollar condiciones para la aparición de éstas lesiones (Nuño, 2011).

El factor principal causante de la aparición y evolución de la HFI es al momento de confeccionar las dentaduras artificiales, las prótesis desajustadas o mal adaptadas provocan pérdidas considerables y continuas del hueso, ya que esta se intruye e irrita crónicamente la mucosa del fondo de surco (Rodríguez, 2005).

La aparición de la hiperplasia fibrosa inflamatoria en boca, por lo general está asociada al síndrome de composición:

1. Se pierde el reborde maxilar en su porción anterior
2. Las tuberosidades maxilares se reducen
3. En el paladar duro se forma una hiperplasia papilar
4. Se extruyen los dientes anteriores inferiores

5. Hay pérdida ósea (Jankielewicz, 2003).

Esta asociación presenta algunos cambios principales en la cavidad bucal del paciente:

1. Se pierde la dimensión vertical
2. Plano oclusal desigual
3. Reposición anterior de la mandíbula
4. Formación de hiperplasia fibrosa inflamatoria
5. El ajuste de las prótesis no es el ideal
6. Cambios periodontales (Jankielewicz, 2003).

Los cambios mencionados anteriormente pueden relacionarse con las conductas del paciente, el paciente tiende a descuidar sus posiciones funcionales durante el acto de la masticación. Al producirse cambios en el reborde anterior maxilar, la dimensión vertical comienza a disminuir, como consecuencia del asentamiento de la base protésica. Posteriormente en este cambio baja el plano oclusal posterior. Al deslizarse la prótesis en dirección supero anterior, el extremo labial de la prótesis produce irritación de los tejidos blandos, desarrollando una lesión hiperplásica (Jankielewicz, 2003).

2.3.2. Diagnóstico diferencial de las hiperplasias

	MALFORMACION	HIPERPLASIA	TUMOR BENIGNO	TUMOR MALIGNO
PATOLOGÍA MÁS FRECUENTE	<ul style="list-style-type: none"> Angioma maduro Linfangioma 	<ul style="list-style-type: none"> Granuloma telangiectásic Hiperplasia fibrosa I. Hiperplasia papilar Fibroma I. Granuloma P. 	<ul style="list-style-type: none"> Papiloma de células escamosa Lipoma Neurofibroma 	<ul style="list-style-type: none"> Carcinoma células escamosa Melanoma Linfoma Metástasis
CARÁCTERÍSTICAS CLÍNICAS	<ul style="list-style-type: none"> Puede ser congénita o no compromete calidad vida del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> Antecedente traumático Infeccioso específico. 	<ul style="list-style-type: none"> Evolución lenta y expansiva. Puede detener su crecimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Crece rápido. Tiende metástasis Ocasiona muerte
HISTOPATOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> Tejido maduro 	<ul style="list-style-type: none"> Etapa crecimiento tejido maduro Etapa estabilización tejido maduro 	<ul style="list-style-type: none"> Similar al tejido de origen. Encapsulado 	<ul style="list-style-type: none"> Se presenta con atipias Mitosis

Tabla 3: diagnóstico diferencial de las hiperplasias (Jankielewicz, 2003).

2.3.3. Epidemiología

La HFI es la lesión oral más prevalente, aparece con mucha frecuencia en la región gingival, a nivel del surco vestibular, pero puede manifestarse en cualquier sitio a nivel intraoral, (lengua, labios, paladar, mucosa vestibular) en raras ocasiones puede aparecer en el reborde alveolar lingual y en palatino (Shaffer, 2005).

Existe predilección por la raza blanca y por las personas del sexo femenino en una proporción de 5:1. Buchner, nos dice “que el 75% de las biopsias realizadas son en mujeres. Puesto que las mujeres asisten con mayor frecuencia al odontólogo que los hombres, teniendo una mayor posibilidad de encontrar o diagnosticar la lesión” (Muñante, 2009).

Buchner además menciona que existe una deficiencia hormonal por la menopausia que provocaría una atrofia de la mucosa oral por una disminución de la secreción ovárica, en consecuencia el epitelio se vuelve delgado y más fácil de afectarse con la acción de los irritantes (Muñante, 2009).

Sapp en un estudio realizado con 60 pacientes que utilizaban prótesis, muestra que el 15 % de los pacientes tenía HFI . Hipótesis que coincide con

la de Buchner, quien obtuvo los mismos resultados en sus estudios (Sapp, 2005).

2.3.4. Características clínicas

Esta lesión tiene distintas denominaciones: *épolis fisuratum*, hiperplasia traumática, hiperplasia fibrosa inflamatoria producida por PPR y o prótesis total (Shaffer, 2005).

Expertos mencionan que el término *épolis* designa únicamente la localización de la lesión, es por eso que ellos deciden nombrar la lesión como hiperplasia fibrosa inflamatoria, sostienen que el *épolis* verdadero sería el de células gigantes, siendo el único que aparece en la encía y en el hueso alveolar (Tamarit, 2005).

La HFI no suele presentar síntomas la mayoría de veces, tiene un crecimiento lento. Con el tiempo, si el irritante crónico se mantiene, el tejido se fibrosa. Dentro de sus características podemos definirla como una lesión exoóftica definida, de consistencia firme a flácida a la palpación, su tamaño varía de 1 cm, hasta lesiones grandes que abarquen casi todo el vestíbulo. Su superficie es lisa, base sésil y pediculada, es muy común lesiones con

ulceración y eritematosas, semejantes al granuloma piogénico; presentan un crecimiento en forma de pliegues únicos o múltiples, los cuales permanecen bajo la prótesis o "cabalgando" sobre sus bordes (González, 2009).

Tiene una coloración semejante a la de la mucosa adyacente a eritematosa, como mencionamos anteriormente no suele manifestar síntomas en la mayoría de los casos, pero puede existir cierta sintomatología debido a una ulceración presente por causa de la misma lesión (Shaffer, 2005).

Clínicamente se puede obtener un diagnóstico de esta lesión por la correlación entre la etiología y el resultado, muchas veces necesitamos complementar el estudio diagnóstico con exámenes histológicos y radiográficos para descartar un compromiso óseo (Muñante, 2009).

2.3.5. Características histológicas

Se observa hiperplasia del tejido conjuntivo fibroso, gran cantidad de vasos sanguíneos e infiltrado inflamatorio crónico que puede incluir linfocitos y células plasmáticas, puede haber leucocitos polimorfonucleares. El epitelio escamoso estratificado es queratinizado, alternando hiperqueratosis y paraqueratosis. Cuando hay ulceración, el epitelio puede estar poco desarrollado o ausente, con células inflamatorias crónicas y agudas. La capa espinosa es

acantónica y puede ser normal o atrófica. El tejido conjuntivo es granuloso e inmaduro en lesiones jóvenes y en lesiones antiguas el tejido es denso y fibroso (Cutright, 2012). (Figura # 1).

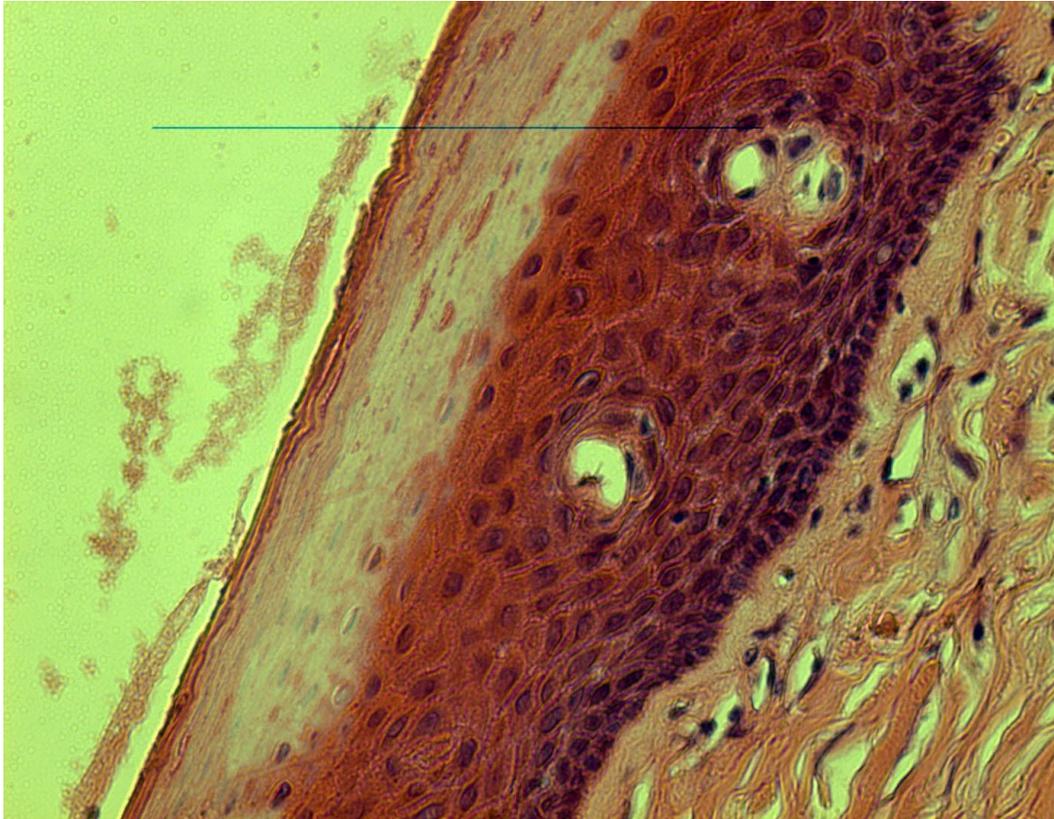


Figura 1. Corte histológico de lesión hiperplásica inflamatoria (Cerde, 2014).

Es difícil distinguir a la (HFI) del fibroma verdadero. La diferencia reside en su origen, ya que la (HFI) o Seudofibroma posee siempre un factor etiológico identificable. La mayoría de las (HFI) presentan áreas de infiltración inflamatoria y los fibromas son colagenizados (Muñante, 2009).

En un estudio realizado por Garrafa y Rosa en 211 pacientes que padecían de cáncer oral, se determinó que en 22 personas las lesiones empezaron por causa de la irritación crónica de las prótesis hacia los tejidos. No se ha logrado determinar con certeza hasta el momento si existe una relación directa entre la hiperplasia fibrosa inflamatoria y el desarrollo del cáncer bucal (Nuño, 2011).

2.3.6. Tratamiento

Al momento de decidir un tratamiento óptimo para la (HFI), patólogos bucales plantean varias soluciones: Sapp en su texto de “Patología oral y maxilofacial contemporánea” explica que el tratamiento a la (HFI) frente a la irritación por prótesis dentales no se resuelve de manera integral por sí sola, aunque se corrija la irritación o se retire la prótesis, las lesiones suelen disminuir de tamaño al retirar o modificar la prótesis, debido a la reducción de la inflamación, pero el componente fibroso se mantendrá, produciendo una zona irregular de tejido blando. Para que una nueva prótesis resulte satisfactoria debe extirparse por completo toda masa fibrosa residual sin importar el tamaño de la misma, antes de la fabricación protésica (Sapp, 2005).

Expertos aseguran que la severidad de la lesión y la cantidad de tejido afectado son los factores a tomarse en cuenta al momento de decidir el tratamiento más adecuado. Las lesiones de pequeño tamaño pueden disminuir por la presión que produce la prótesis en boca, pero si tenemos lesiones de gran tamaño y con un tiempo de evolución considerable necesitarán de una cirugía. Previo a la cirugía, se recomienda el retiro de la prótesis como una forma de hacer diagnóstico, aunque no desaparezca totalmente la lesión, va a disminuir la inflamación, teniendo un mejor control de la lesión al momento de la cirugía (Muñante, 2009).

Después de haber realizado la exéresis quirúrgica de la lesión, debemos enviar la muestra obtenida, para un análisis histopatológico, de esta manera lograremos confirmar el diagnóstico definitivo de la lesión, además descartaremos otro tipos de lesiones las cuales podrían confundirnos. (Blanco, 1991).

Al momento de realizar el tratamiento quirúrgico se tiene que mantener la profundidad del surco o aumentar el fondo del vestíbulo, mediante una cirugía combinada. En cualquiera de los tratamientos a realizar, ya sea quirúrgico o conservador, es de suma importancia realizar unas nuevas prótesis totalmente adaptadas, o realizar un rebase adecuado en las prótesis anteriores, eliminando de esta forma el irritante crónico causante de la lesión,

sin embargo existe riesgo de recidiva cuando al tratamiento quirúrgico se le acompaña con la elaboración de nuevas prótesis (Blanco, 1991).

La solución definitiva al problema recidivante es mediante un tratamiento con prótesis fija sobre implantes, sin embargo se tomó en cuenta algunos factores como el económico, que es un principio indispensable en el ámbito odontológico, el cual nos permitirá tomar decisiones o alternativas de tratamientos de acuerdo a los costos de los mismos y a la situación económica en que se encuentre el paciente. Una vez explicadas las alternativas de tratamiento, la preferencia de la paciente por el tratamiento de su elección, es otro factor a mencionar en el desarrollo de este caso clínico. Es por eso que se decidió realizar el tratamiento convencional protésico, es decir la elaboración de las prótesis mucosoportadas posterior al tratamiento quirúrgico (Sapp, 2005).

El bisturí frío, el bisturí eléctrico, el láser de CO2 y el láser de Erbio YAG, se encuentran como las alternativas principales para realizar el procedimiento quirúrgico de eliminación de la hiperplasia (Tamarit, 2005).

2.4. Tipos de biopsia

2.4.1. Biopsia incisional

Es aquella en que sólo una parte de la lesión es removida. Se utiliza para obtener una muestra parcial de una afectación que es difícil de extirpar en su totalidad debido a su tamaño o a su localización (Santana, 1885).

2.4.2. Biopsia excisional

Es la remoción total de una lesión para su estudio microscópico. Se utiliza para lesiones superficiales, accesibles y pequeñas, también está indicada en casos en que no se puede realizar una biopsia incisional, (melanomas) (Santana, 1885). (Como se muestra en la figura # 2)

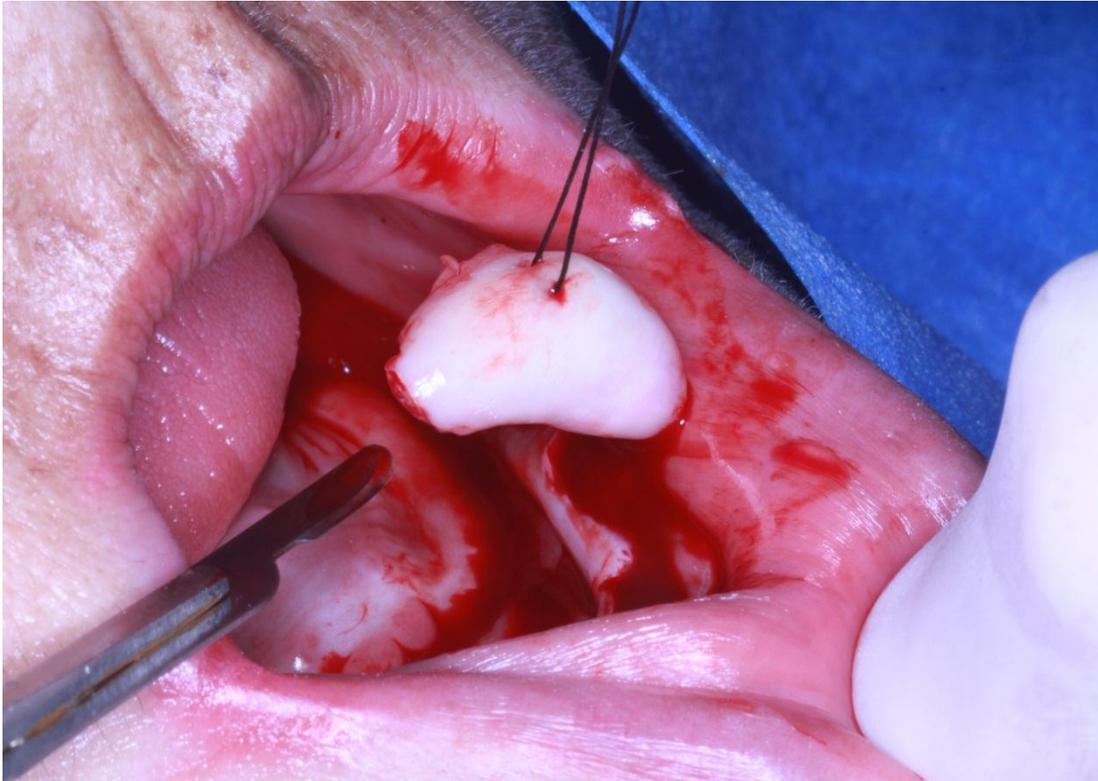


Figura #2. Biopsia excisional con bisturí frío, para estudio histopatológico (Cerde, 2014).

2.4.3. Biopsia con electrocauterio

Es el método de elección para biopsias de neoplasias que se sospechan malignas, basadas en la suposición de que previenen el riesgo de metástasis iatrogénica, produce coagulación en los márgenes de la biopsia, el uso de este procedimiento, favorece a la hemostasia, ya que el electro bisturí cohibe

la hemorragia. El riesgo es no tener la definición histológica de los bordes de la lesión (Santana, 1885).

2.4.4. Indicaciones de la biopsia

- Establecer un diagnóstico definitivo, obtener un plan de tratamiento y saber cuál es el pronóstico de una enfermedad.
- Lesiones crónicas que no sanen dentro de 7 a 10 días.
- Lesiones de crecimiento rápido o que aceleren su crecimiento con el tiempo.
- Lesiones de etiología poco clara al examen clínico.
- Lesiones recurrentes (Santana, 1885).

2.4.5. Contraindicaciones de la biopsia

- La posibilidad de observar microscópicamente una lesión no puede tener contraindicación.
- Lesiones patognomónicas. (Lengua geográfica, glositis romboidal).
- Lesiones relacionadas con irritantes locales.

- Inflamaciones visibles que responden al tratamiento (Santana, 1885).

2.5. Tipos de rehabilitación para desdentados totales

Rehabilitar a un paciente desdentado total se ha convertido en un desafío para el doctor. Con la tecnología y los estudios científicos que en estos tiempos tienen un avance acelerado, cada día existen mejorías en cuanto a la rehabilitación protésica, cuyo propósito es devolver la función masticatoria, estética y confort al paciente (Martínez, 2011).

Los pacientes portadores de prótesis totales, no se manifiestan satisfechos con sus tratamientos y buscan distintas soluciones o alternativas, para mejorar sus problemas funcionales, psicológicos y estéticos (Martínez, 2011).

Una prótesis es un aparato que tiene la función de sustituir las piezas dentales perdidas, brindarle un confort adecuado al paciente y la funcionalidad es lo más importante conjuntamente con el factor estético (Martínez, 2011).

Dentro de la clasificación de las prótesis totales tenemos:

- mucosoportadas
- dentosoportadas

- dentomucosoportadas
- implantoportadas
- dentoimplantoportadas
- mucoimplantoportadas (Martínez, 2011).

El tratamiento que se seleccionó para este caso clínico, tomando en cuenta los factores económicos, funcionales, y criterio profesional, fue el de realizar la rehabilitación de la paciente posterior al tratamiento quirúrgico con las prótesis mucosoportadas, logrando de esta manera una rehabilitación de calidad para la paciente (Martínez, 2011).

2.5.1. Prótesis mucosoportadas

Este tipo de prótesis se realiza en aquellos pacientes que carecen de dientes en su totalidad, en este tratamiento se reponen artificialmente todos los dientes de la arcada dental, se coloca 14 piezas por arcada, muchas veces según las características de las estructuras bucales se debe reducir el número de dientes a 12, dependiendo el caso que tengamos (Rahn, 2011).

El soporte de la prótesis en la cavidad bucal, está dada por el contacto directo con la mucosa de la boca, la humedad de la mucosa y de la base de la prótesis, crea una fuerza de fijación que conjuntamente con la extensión

de la prótesis, la tensión superficial de la saliva, logran mantener sujeta a la prótesis en boca (Rahn, 2011).

La comodidad y la funcionalidad que brinda la prótesis en boca, no lo consiguen todos los pacientes, ya que estas dependen de algunos factores importantes que son:

- Morfología de las arcadas dentarias, mientras mejor es el estado del hueso tenemos mejor adaptación de la prótesis.
- Inserciones musculares y la musculatura: en ocasiones las fuerzas musculares hace expulsiva a la prótesis.
- Factores psicológicos: los pacientes tienen muchos inconvenientes al momento de utilizar las prótesis, ellos no toleran usar un aparato removible que necesite de sumo cuidado.
- Prótesis desequilibrada: se da cuando los contactos oclusales no son los ideales, la falla se produce en la fabricación de las mismas.
- Enfermedades de la boca: patologías que afecten a la cavidad bucal produciendo resequedad. (síndrome de boca ardiente), alergias a los materiales de la prótesis (Koeck, 2007).

2.5.2. Prótesis removibles (sobre dentaduras)

La rehabilitación mediante prótesis sobre implantes osteointegrados, se ha convertido actualmente en una de las mejores soluciones que podemos dar a nuestro paciente desdentado total. Una sobre dentadura es una prótesis removible, parcial o total, caracterizada por recubrir fibromucosa y raíces, dientes o implantes (Telles, 2011).

Estas prótesis están indicadas en pacientes con restricciones anatómicas (reabsorción de hueso), que produce una retracción del labio (pérdida del soporte labial), pero que aún permita la instalación de implantes (Telles, 2011).

La indicación más común es en pacientes desdentados totales de largo tiempo, portadores de prótesis removibles convencionales, desajustadas, móviles e incómodas con gran disminución de la función oral y masticatoria (Telles, 2011).

Dentro de los sistemas de retención para una sobre dentadura encontramos:

- ✓ Barras
- ✓ Esferas o Bolas
- ✓ Sistemas Magnéticos o Imanes (Koeck, 2007).

2.5.2.1. Ventajas de una prótesis total sobre implantes

- Mejor función masticatoria, mayor eficiencia masticatoria
- Mayor seguridad, comodidad y estética
- Mejor autoestima y calidad de vida
- Fonéticas: Al no existir troneras, no permite escapar los silbidos.
- Higiénicas: Para aquellos pacientes de edad avanzada con problemas de motricidad.
- Disminución total de la fricción y el movimiento de la prótesis mucosoportada y por lo tanto una mejor respuesta o eliminación del riesgo de HFI (Koeck, 2007).

2.5.2.2. Desventajas de una prótesis sobre implantes

- Se requiere conocimiento profundo del tema.
- Costos elevados
- Nivel cultural amplio o alto para entender el sistema (Koeck, 2007).

CAPÍTULO III:

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

3.1. Historia clínica

Paciente de 56 años de edad, de sexo femenino acude a la clínica de Especialidades Odontológicas de la Universidad Internacional del Ecuador, el día 21 de enero del 2014 debido a que requiere un cambio de sus prótesis totales.

Se abrió la Historia clínica, tomando en cuenta los datos personales de la paciente como son:

3.1.1. Datos de Identificación

Nombre: O S

Edad: 56 AÑOS

Género: FEMENINO

Ocupación: COMERCIANTE

Dirección: EL TINGO

Teléfono: 099968_ _ _



Figura 3. Paciente toma frontal (Cerde, 2014).



Figura 4. Paciente toma lateral (Cerde, 2014).

3.1.2. Motivo De Consulta

La paciente refiere: "EL DESEO DE CAMBIARSE LAS PROTESIS".

(Figura # 5, figura 6-7, figura 8-9)



Figura 5. Vista frontal de las prótesis totales (Cerde, 2014).

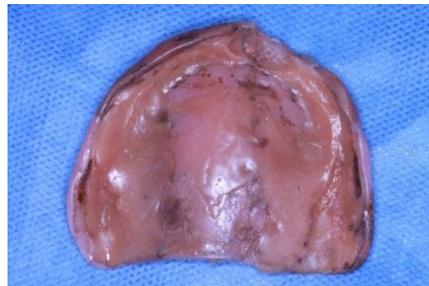


Figura 6 y 7. Prótesis superior, vista externa e interna (Cerde, 2014).



Figura 8 y 9. Prótesis inferior, vista externa e interna (Cerde,

3.1.3. Enfermedad o Problema Actual

La paciente (56 años) manifiesta que las prótesis totales no le permiten realizar sus funciones bucales con normalidad, al examen clínico presenta una lesión exoóptica definida, de consistencia entre firme a flácida (Sapp, 2005).

Esta lesión localizada en la superficie vestibular inferior izquierda, de aspecto tumoral, de un volumen alargado de 5 a 7 mm de alto, de base pediculada que coincide con la línea de inserción de la prótesis total inferior. Descansa sobre el flanco protésico, presenta episodios aislados de irritación y dolor. La lesión ha venido creciendo durante los últimos 15 años, además se debe recalcar que la prótesis no tiene referentes anatómicos, mucho menos estabilidad, por lo cual no le ofrecía una adhesión sobre las mucosas, no tiene relación oclusal, tampoco respeta los límites anatómicos y su aspecto es de múltiples reparaciones y deterioro por el cambio de coloración y manchas existentes, certifica tener además un foco séptico seguro.

Se debe mencionar que la paciente no fue correctamente atendida por un odontólogo, sino que acudió a un mecánico dental quien no tomó en cuenta los requisitos protésicos básicos. Una vez instalada las prótesis a la paciente,

al cabo de 15 años, la persona empezó a detectar un crecimiento anormal de tejido, de tamaño mínimo, mismo que fue evolucionando debido a la irritación crónica, causado por el desajuste de la prótesis y la pérdida de soporte óseo, adquiriendo un tamaño de 20mm. Como se puede observar en la (figura #10)



Figura 10. Lesión presente en la cavidad bucal (5-7mm alto y 20mm de extensión) (Cerde, 2014).

3.1.4. Antecedentes Patológicos personales y familiares

En los antecedentes sistémicos patológicos personales de importancia la paciente manifiesta no presentar ningún historial.

En los antecedentes patológicos familiares manifiesta diabetes y osteoporosis en su madre por lo cual la paciente es predisponente a padecer estas patologías sistémicas.

3.1.5. Antecedentes Odontológicos

Como antecedentes odontológicos la paciente refiere exodoncias realizadas por motivos cariosos. Sin manifestar detalles de esta atención dental por el prolongado tiempo transcurrido.

Recibió atención odontológica hace 30 años, por un técnico dental, el cual le fabricó sus prótesis totales superior e inferior pero posterior a la fabricación de sus prótesis no recibió una atención dental adecuada por parte de un profesional de la salud.

3.1.6. Signos Vitales

Temperatura: 37,5°c

Respiración p/m: 26

Frecuencia cardiaca: 45 latidos.

Presión arterial: 110 / 70 mm hg

3.7.1.Examen Del Sistema Estomatognático

3.7.1.1. Examen extraoral.

Paciente presenta un tipo craneal braquiocefálico, musculatura masticatoria regular, asimetría facial, grado de apertura bucal adecuado, la ATM presenta excursiones laterales en apertura y cierre, labios secos con presencia de queilitis angular, ángulos y surcos faciales muy marcados, carrillos normales y pérdida de dimensión vertical acentuada. (Figura #11)



Figura 11. Examen extraoral (características externas) (Cerde, 2014).

3.7.1.2. Examen intraoral

A nivel del maxilar superior la paciente presenta un reborde gingival disminuido en forma plana, tipo de mucosa flácida, inserción de frenillos alto y paladar plano. (Figura # 12)

A nivel del maxilar inferior se observa un reborde gingival mínimo, tipo de mucosa fibrosa, inserción de frenillos baja, a nivel del borde inferior izquierdo del labio se observa la presencia de una hiperplasia fibrosa inflamatoria, no existe presencia de torus. (Figura #13)



Figura 12. Examen intraoral del maxilar superior (Cerda, 2014).



Figura 13. Examen intraoral del maxilar inferior (Cerda, 2014).

3.1.8. Odontograma

La paciente no presenta estructuras dentales en la cavidad bucal y requiere de un recambio protésico. (Como se muestra en la figura #14)

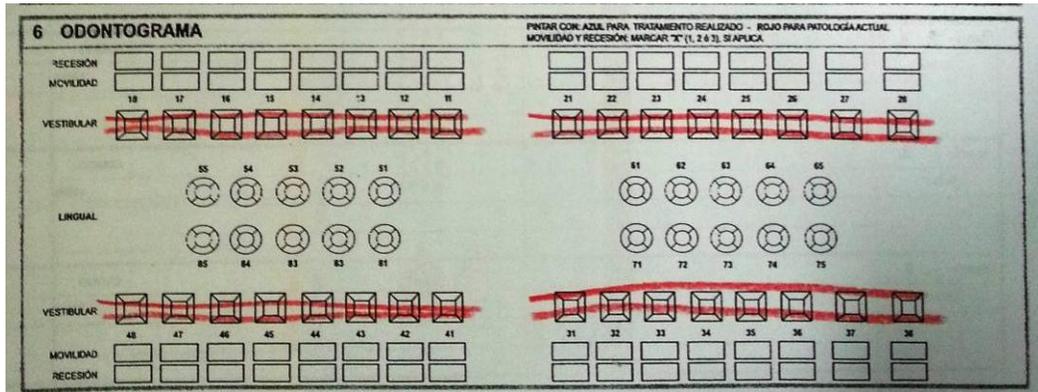


Figura 14. Odontograma ausencia de dientes y el recambio protésico (Cerde, 2014).

3.1.9. Indicadores De Salud Bucal

La paciente no presenta indicadores de salud bucal debido a que no hay presencia de piezas dentales en boca. (Figura # 15)

Sus prótesis totales se encontraban en mal estado, (acumulo de biofilm) debido a la falta de higiene y al tiempo de utilización de las mismas.

(Figura #16)

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL						8 ÍNDICES CPO-ceo						
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA			ENFERMEDAD PERIODONTAL		MAL OCLUSIÓN		FLUOROSIS					
PIEZAS DENTALES			PLACA	CÁLCULO	GINGIVITIS	LEVE	ANGLE I	LEVE				
			0-1-2-3-4	0-1-2-3	0-1	MODERADA	ANGLE II	MODERADA				
						SEVERA	ANGLE III	SEVERA				
16	17	55										
11	21	51										
26	27	65										
36	37	75										
31	41	71										
46	47	85										
TOTALES												

8 ÍNDICES CPO-ceo				
D	c	P	O	TOTAL
	0	28	0	28
d	c	e	o	TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA					
* _{rojo}	SELLANTE NECESARIO	⊗	PERDIDA (OTRA CAUSA)	=	PRÓTESIS TOTAL
* _{azul}	SELLANTE REALIZADO	△	ENDODONCIA	☐	CORONA
X _{rojo}	EXTRACCIÓN INDICADA	○	PRÓTESIS FIJA	○ _{azul}	OBTURADO
X _{azul}	PERDIDA POR CARIES	—	PRÓTESIS REMOVIBLE	○ _{rojo}	CANAL

Figura 15. Indicadores de salud bucal (Cerde, 2014).



Figura 16. Estado de las prótesis totales (Cerde, 2014).

3.1.10. Exámenes Complementarios

3.1.10.1. RX. Panorámica

Se descarta el compromiso óseo de la lesión presente en la cavidad bucal, además se determina la escasa-nula altura ósea (de soporte) para la adaptación de las nuevas prótesis dentales. (Figura #17)

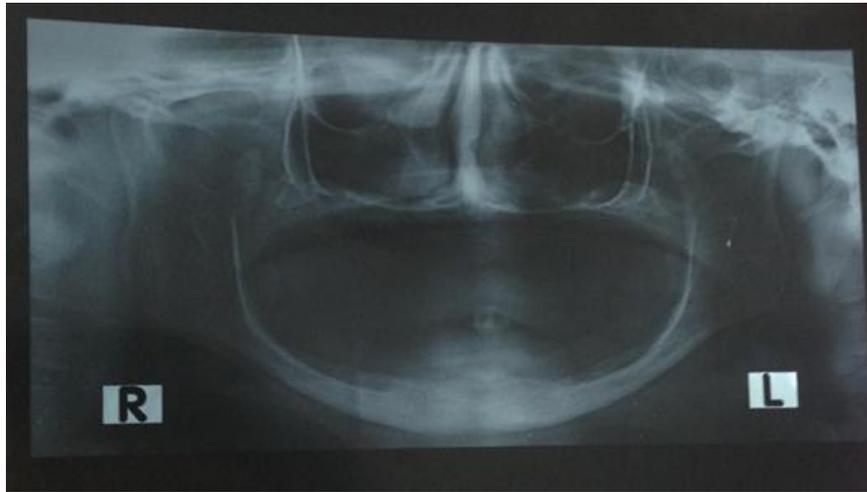


Figura 17. Radiografía panorámica (Cerde, 2014).

3.2. Diagnóstico

3.2.1. Diagnóstico Presuntivo

La paciente presenta una lesión exofítica definida de 20mm, en la región vestibular inferior izquierda, la cual presenta una consistencia entre firme a flácida, como se muestra en la figura # 18, esta lesión es compatible con (Sapp, 2005).

- **Hiperplasia fibrosa inflamatoria**
- Fibroma irritativo
- Hiperplasia por cámara de succión

- Granuloma piógeno
- Granuloma periférico c. multinucleadas
- Granuloma Telangiectásico
- Hiperplasia papilar inflamatoria (Arriaga, 2011).



**Figura 18. Crecimiento hiperplásico en la región vestibular inferior izquierda (20mm)
(Cerde, 2014).**

3.2.2. Diagnóstico Definitivo

Paciente desdentada total (superior e inferior), portadora de prótesis total desde hace 30 años, presenta hiperplasia fibrosa inflamatoria en la zona

vestibular inferior izquierda de 5 a 7mm de alto y 20mm de extensión aproximadamente. (Figura #19)



Figura 19. Lesión de 20 mm, enviada a estudio histopatológico, (HFI) (Cerde, 2014).

3.3. Pronóstico

A nivel quirúrgico: Favorable después del procedimiento quirúrgico a realizar. Sin embargo las posibilidades de recidiva de la lesión están son innatas.

A nivel protésico: Desfavorable en maxilar superior e inferior por pérdida ósea existente a nivel reborde alveolar.

3.4. Plan De Tratamiento

3.4.1. Quirúrgico: biopsia

El tiempo de evolución de la lesión, las características fibrosas y el tamaño considerado del mismo (20 mm) son factores determinantes que nos orientan a realizar un proceso quirúrgico necesario, previo a la planificación del tratamiento rehabilitador. Tomando en cuenta los factores antes mencionados se decidió realizar la extirpación total de la lesión, (biopsia excisional), la cual fue enviada inmediatamente al Patólogo para que realice su estudio respectivo. A los 8 días de transcurrida la cirugía recibimos el reporte del estudio histopatológico de la muestra enviada, en la cual se determinó que la lesión era de tipo hiperplásica, coincidiendo con nuestro diagnóstico presuntivo inicial. Esperamos un tiempo prudente (40 días), hasta tener una cicatrización adecuada y que el proceso inflamatorio disminuya, para realizar un rebase protésico provisional de las prótesis totales antiguas, evitando así que el irritante crónico siga afectando al tejido bucal.

Una vez que la paciente se coloca adecuadamente en el sillón odontológico procedemos a realizar los siguientes procedimientos:

3.5. Consentimiento informado del plan tratamiento y fotos para caso clínico

Una vez realizada la anamnesis la paciente nos dio la autorización de presentar un Consentimiento Informado escrito en el que se indica que los procedimientos a realizar serán respaldados con documentos, fotografías, imágenes y exámenes complementarios, los mismos que constatarán las actividades esenciales a realizar para el diagnóstico y tratamiento clínico quirúrgico de sus problemas bucales. (Figura 20)

Se le explicó a la paciente las causas de sus problemas y las posibilidades de solución. La paciente entiende y logra razonar cada paso a ejecutarse, por lo que estando de acuerdo autoriza su tratamiento.

AUTORIZACIÓN

FECHA: 21/01/14

YO: Olga Sotian con CI N° 170579328-1

En conocimiento que la Clínica de especialidades Odontológicas de la Universidad Internacional del Ecuador "Servicio Docente" su tratamiento lo realiza especialistas y estudiantes.

Se me ha explicado adecuadamente las actividades esenciales que se realizarán sobre el tratamiento de mis problemas bucales.

AUTORIZO a que se me realice procedimiento de diagnóstico y tratamiento clínico quirúrgico con el estudiante asignado, comprometiéndome a cancelar los valores correspondientes previo el tratamiento indicado.

NOMBRE PACIENTE: Olga Sotian

FIRMA PACIENTE

ESTUDIANTE: Mario Cerda

FIRMA TUTOR

TUTOR: Dra. Gabriela Bolarezo

FIRMA TUTOR

Figura 20. Consentimiento Informado, firmado por la paciente (Cerda, 2014).

3.6. Antisepsia

- a) Limpiar la cavidad externa con una gasa empapada de alcohol de adentro hacia afuera en forma circular. Como se indica en la (figura#21)



Figura 21. Antisepsia del campo operatorio en forma circular (Cerde, 2014).

3.6.1. Técnica Anestésica

Infiltrativa local

- a) Se eligió la técnica anestésica infiltrativa local debido a que la lesión es superficial. (Figura 22)
- b) Se coloca la anestesia en el fondo del vestíbulo, empleamos 2/4 de cartucho de solución anestésica con vasoconstrictor. (Figura 23)

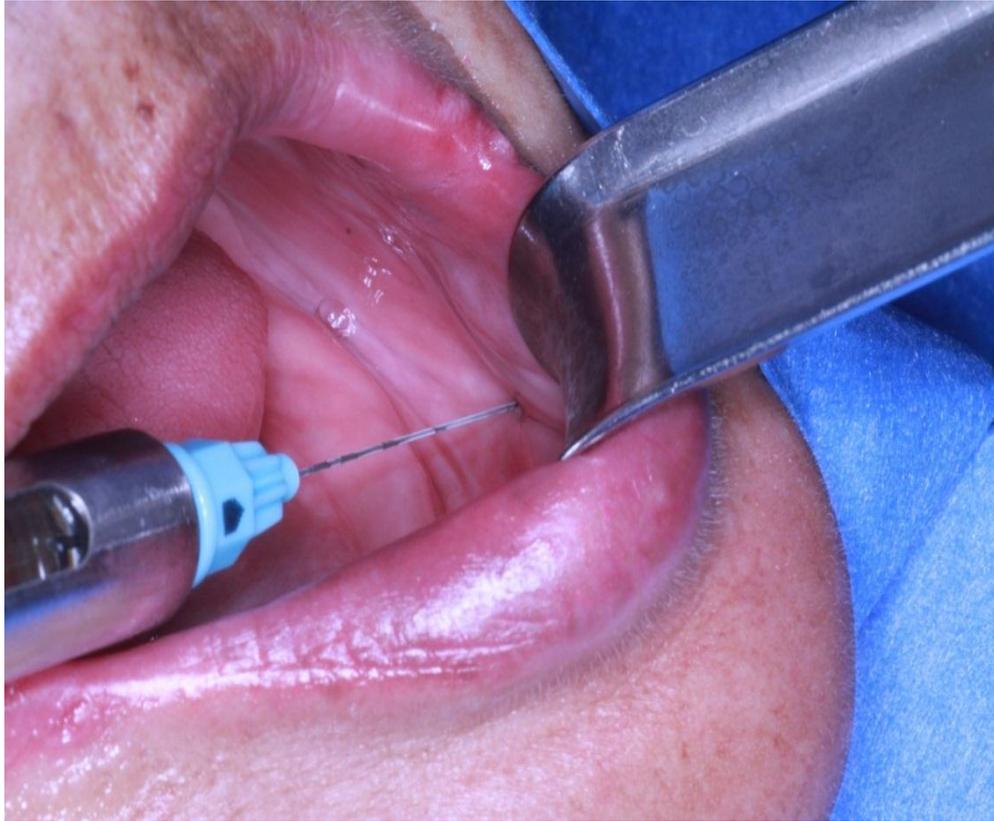


Figura 22. Técnica anestésica infiltrativa local (Cerde, 2014).

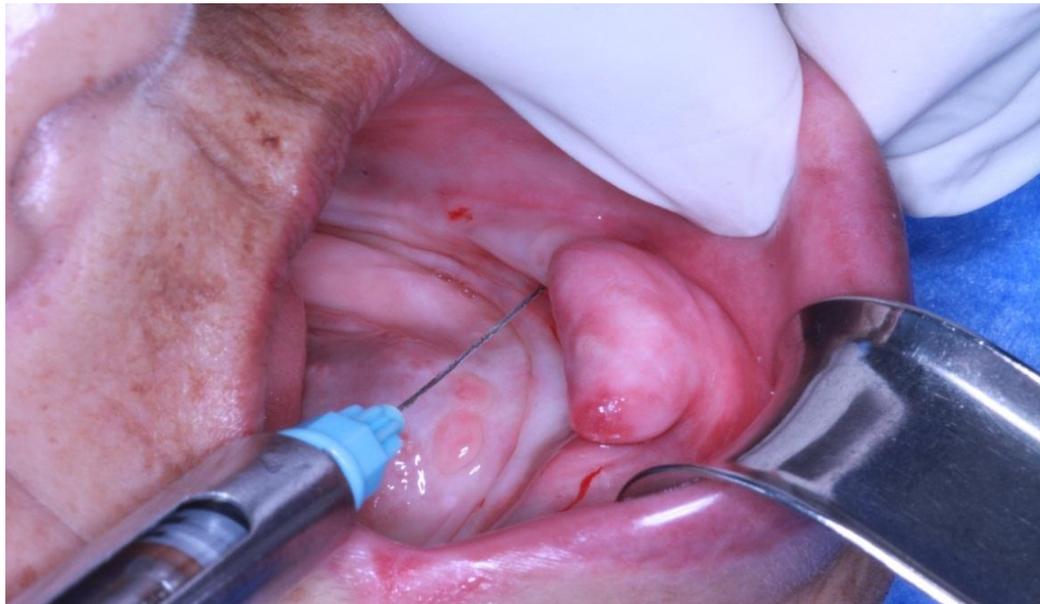


Figura 23. Técnica anestésica infiltrativa local en fondo del vestíbulo (Cerde, 2014).

3.6.2.Incisión

a) Debido a que la lesión está localizada en el vestíbulo anterior, para un mejor manejo quirúrgico, se sujeta la lesión mediante una aguja e hilo de sutura, los mismos que son insertados, como un método de apoyo para obtener un mejor resultado en el corte. (figura #24)

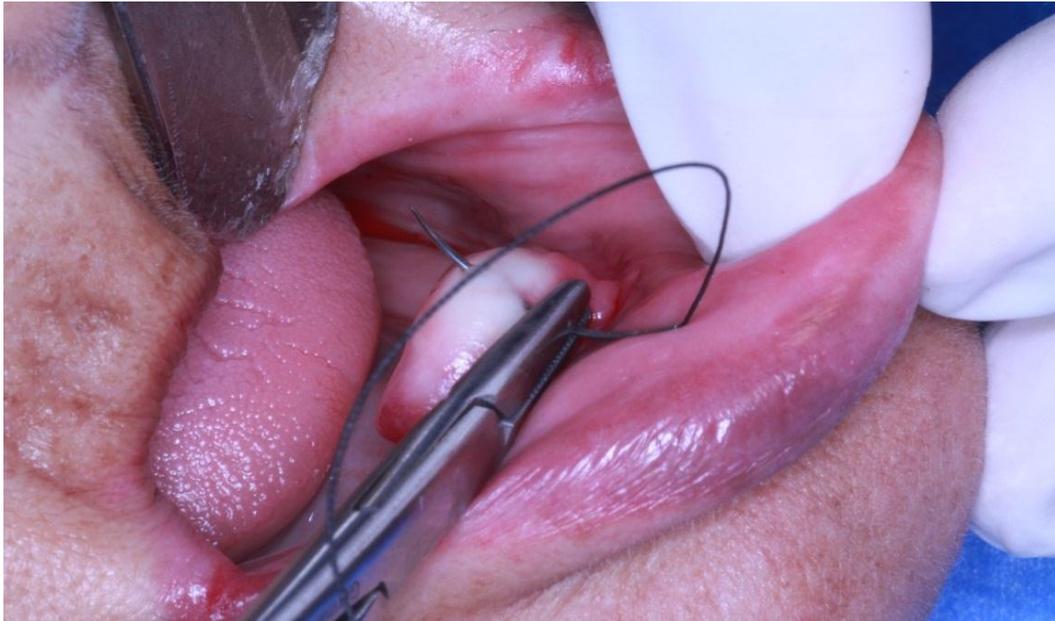


Figura 24. Procedimiento de inserción de aguja e hilo de sutura (Cerde, 2014).

b) Traccionar la lesión suavemente y con el bisturí frío (hoja número 15), realizamos la incisión en lozanjo, es decir que se corta linealmente por los dos lados de la base de la lesión, obteniendo así un margen de seguridad al momento de retirarla, evitando así posibles recidivas. (Figuras # 25,26)

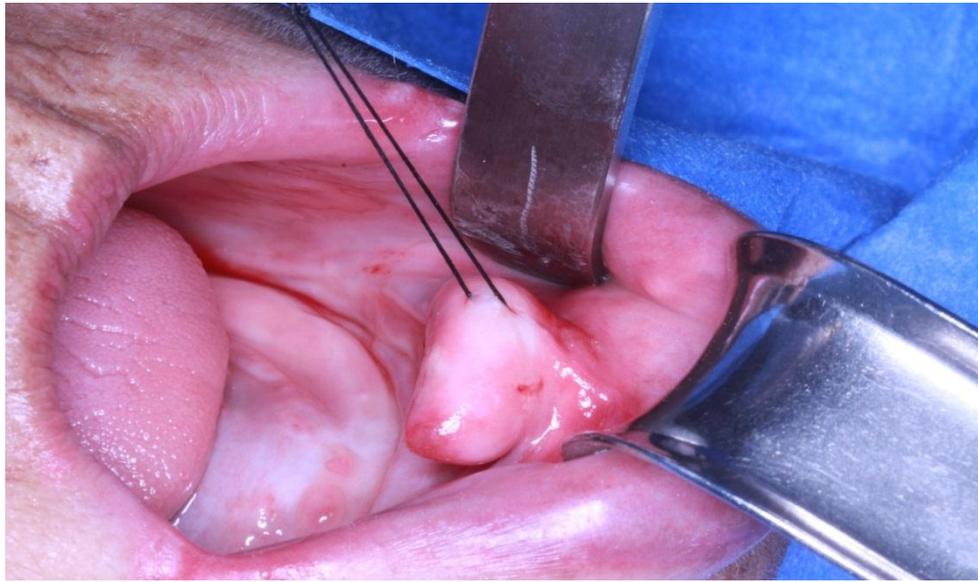


Figura 25. Lesión sujeta como método de apoyo para incisión (Cerde, 2014).

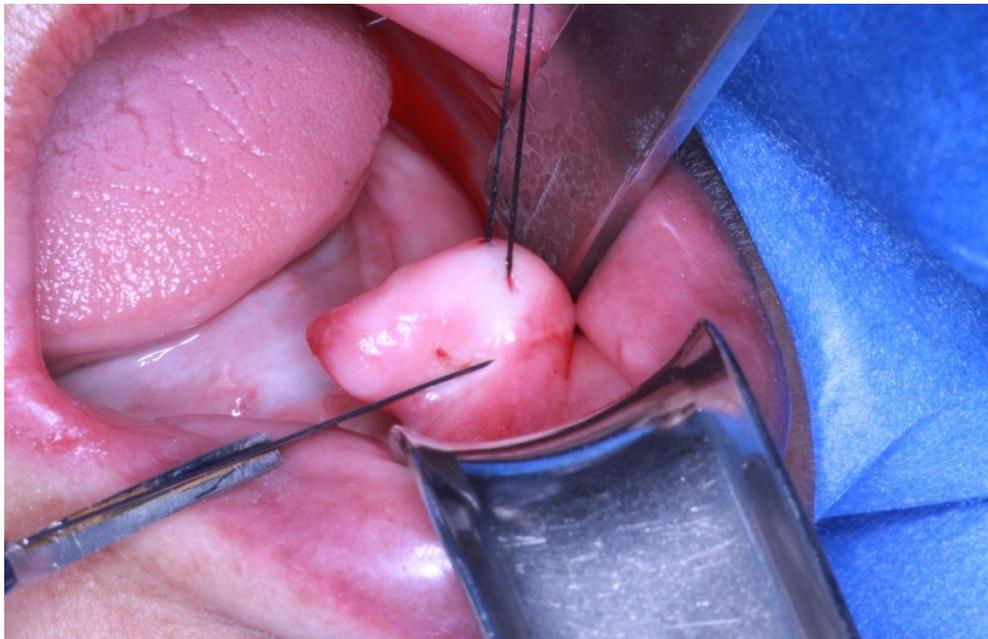


Figura 26. Incisión en lozanjo con hoja de bisturí # 15 (Cerde, 2014).

En el presente caso clínico, al emplear el bisturí frío se logró un corte más eficaz y menos lesivo, y al combinarlo con electrocauterio se aseguró un mejor control del sangrado intra operatorio. (Figuras # 27, 28)



Figura 27. Corte de la lesión incluyendo una parte de tejido sano (Cerde, 2014).



Figura 28. Remoción quirúrgica con márgenes de seguridad (Cerde, 2014).

3.6.3. Cauterización y sutura

a) Se realiza la cauterización con el electro cauterio a 600 watts de potencia, teniendo así un campo operatorio nítido, una mejor cicatrización, y un postoperatorio mejorado. (Figura # 29, 30, 31)

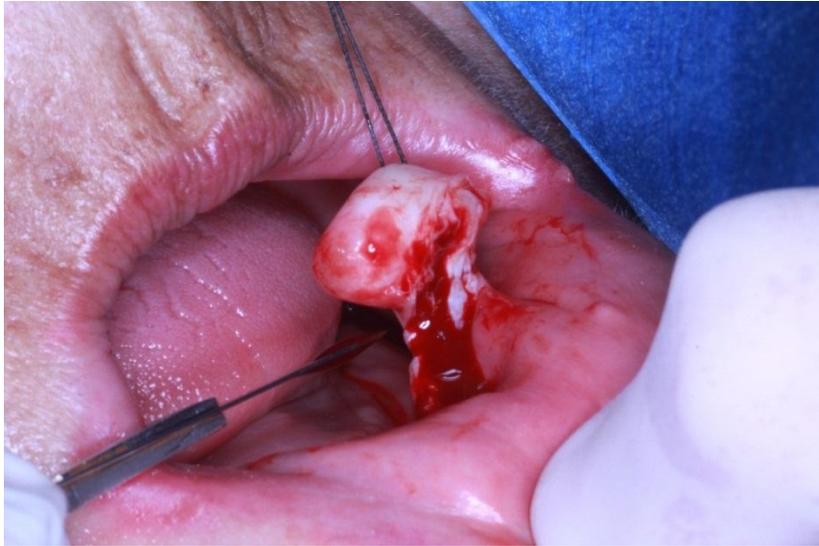


Figura 29. Cauterización a 600 watts de potencia (Cerda, 2014).

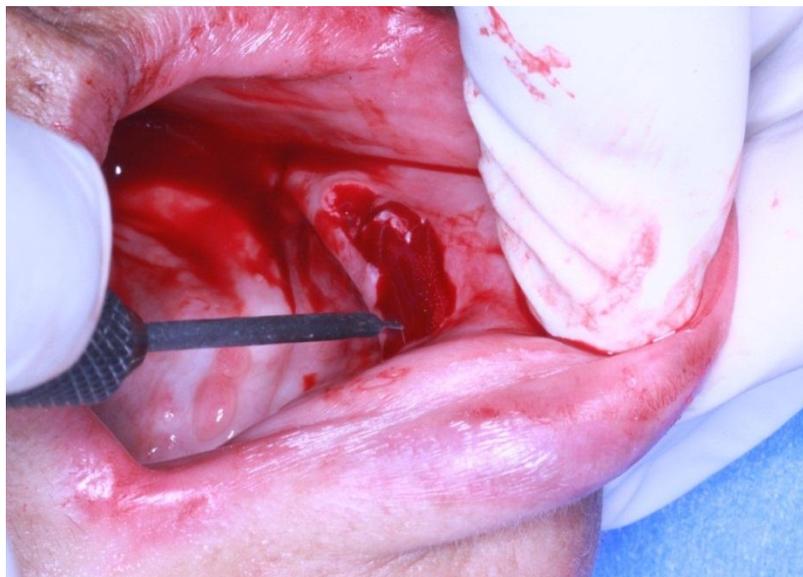


Figura 30. Cauterización de vasos sanguíneos (Cerda, 2014).

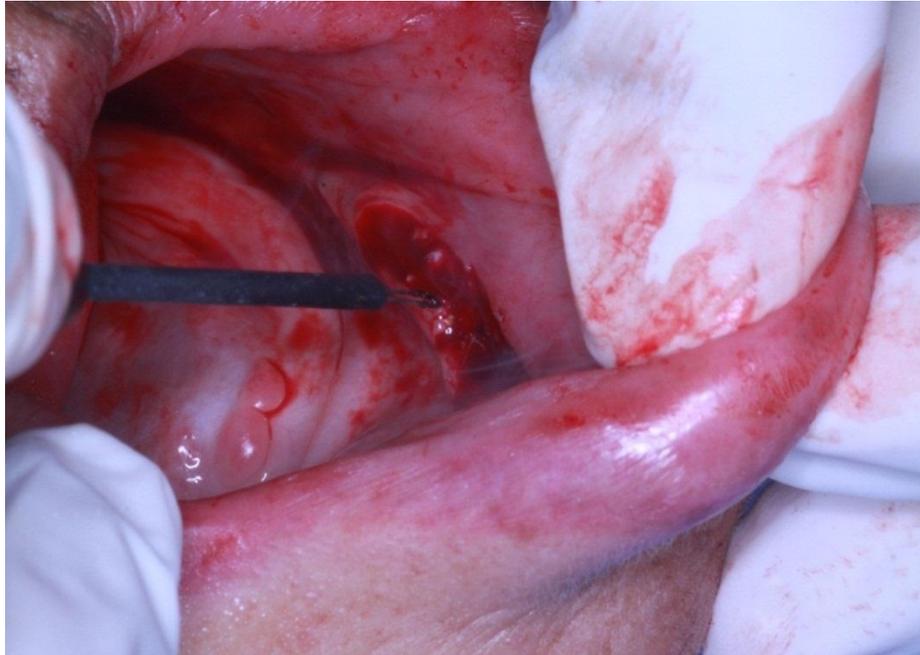


Figura 31. Uso de electro cauterio para mejorar cicatrización (Cerde, 2014).

b) Se realiza puntos de sutura continuos debido a que la incisión fue extensa. (Figuras # 32, 33, 34)

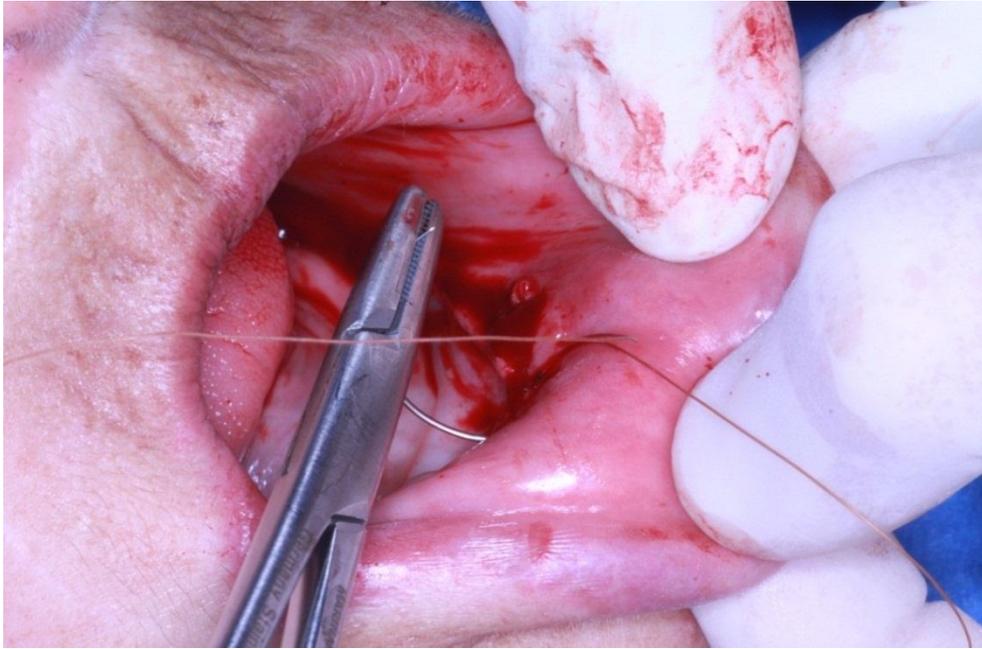


Figura 32. Inicio de la sutura con pinza porta agujas e hilo de sutura (Cerde, 2014).

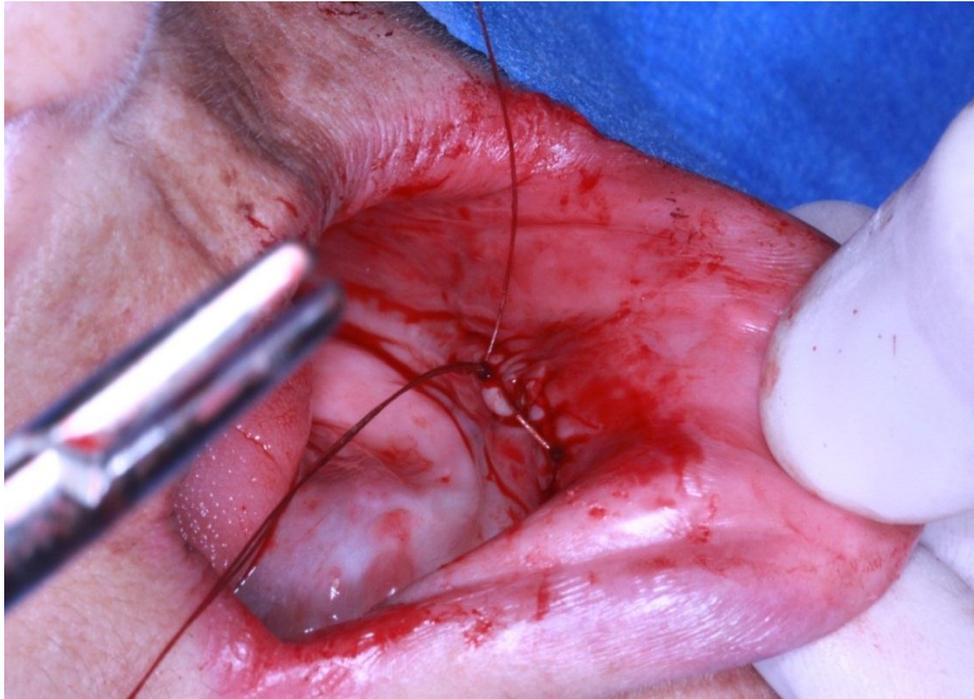


Figura 33. Puntos de sutura continuos (Cerde, 2014).

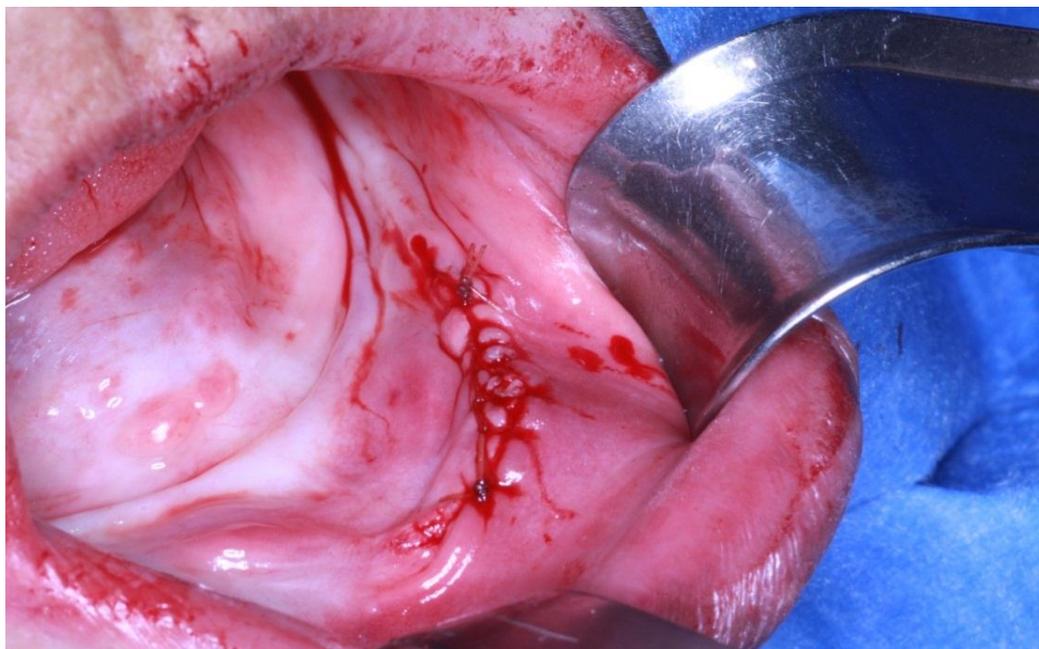


Figura 34. Sutura terminada, unión de tejidos blandos (Cerde, 2014).

3.6.4. Obtención de la muestra (biopsia excisional)

Al culminar el procedimiento quirúrgico como se mencionó anteriormente se logró obtener la muestra de la biopsia excisional realizada, la cual presenta ciertas características, es una lesión exoóftica definida de 20 mm de extensión y de 5 a 7 mm de alto, tiene una consistencia entre firme a flácida (figura # 35), pudiendo ser cualquiera de las lesiones hiperplásicas que suelen presentarse en la cavidad bucal por factor irritativo, por este motivo la muestra fue enviada al centro de estudio histopatológico, para obtener un diagnóstico definitivo de la lesión extirpada y poder continuar con nuestro plan de tratamiento planteado.



Figura 35. Lesión obtenida con una medida de 20 mm (Cerde, 2014).

3.6.5. Fijación, cuidado y transporte de la muestra

Se coloca la lesión extirpada en líquido fijador (formol al 10 por ciento) calculando una medida 10 veces más grande que la lesión, en un recipiente transparente y amplio para evitar daños de la muestra por presión. Es importante verificar el buen sellado de la tapa del recipiente, para evitar que ésta se evapore y provoque autólisis del tejido (Santana, 1885).

En el recipiente debe ir rotulado, el nombre del odontólogo que practicó la biopsia, el nombre del paciente y la fecha. Se adjuntó un formulario con los datos relevantes del paciente, historia clínica, datos clínicos y diagnóstico

presuntivo, se debe indicar la ubicación y extensión de la lesión con la ayuda de diagramas. Así se reducen las posibilidades de error de diagnóstico. Como se muestra en la figura# 36 (Santana, 1885).

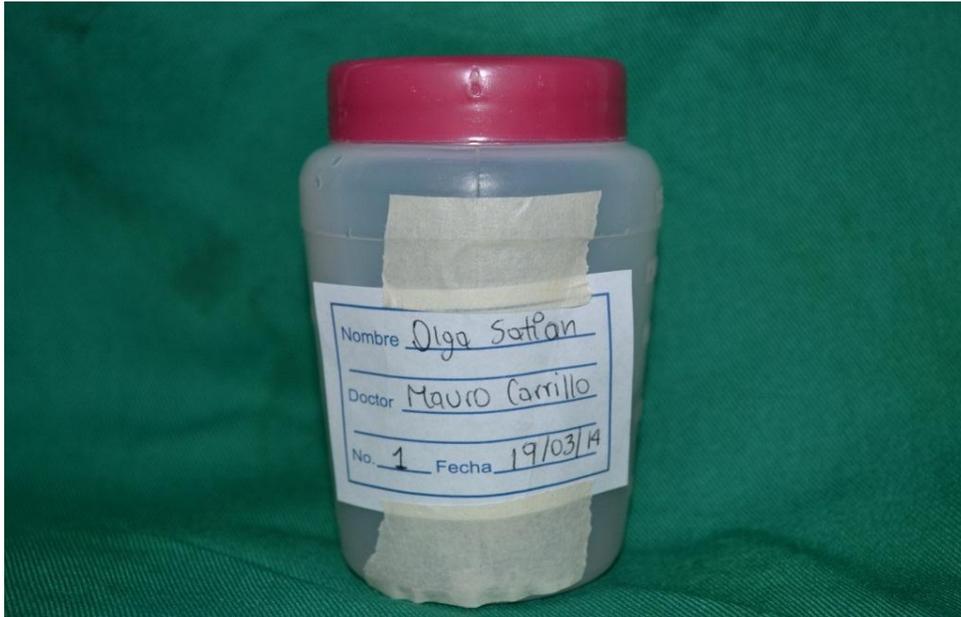


Figura 36. Biopsia en el frasco con solución fijadora y datos relevantes del paciente (Cerde, 2014).

3.6.6. Estudio histopatológico

Es un procedimiento quirúrgico que abarca la remoción y examen de un tejido u otro material desde un cuerpo vivo con la finalidad de realizar su análisis microscópico para determinar un diagnóstico definitivo (Santana, 1985).

La técnica para obtener dicho tejido debe ser cuidadosa y precisa, en orden a preservar los detalles celulares que permitan realizar un estudio histológico dinámico e interpretación correcta (Santana, 1885).

Al realizar este estudio comprobamos que la lesión presente en la cavidad bucal, coincidió con el diagnóstico presuntivo inicial (hiperplasia fibrosa inflamatoria) (como se muestra en las figuras # 37, 38, 39).

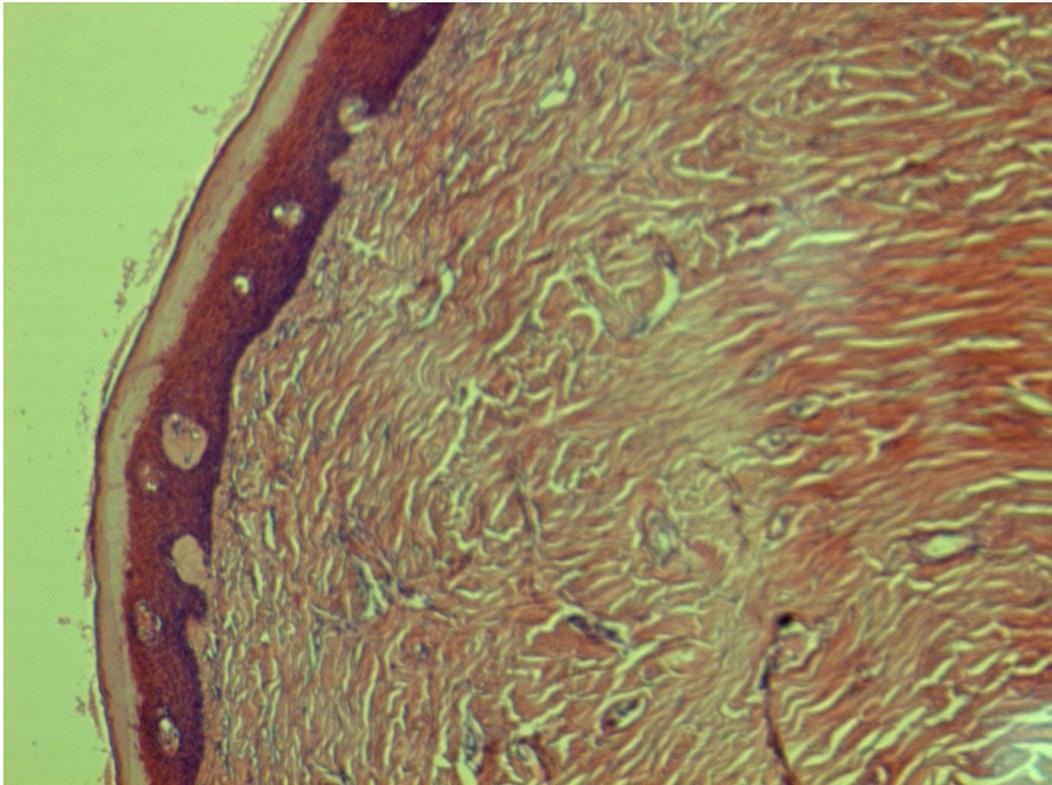


Figura 37. Corte histológico mostrando tejido epitelial normal y el tejido conjuntivo afectado (Cerde 2014).

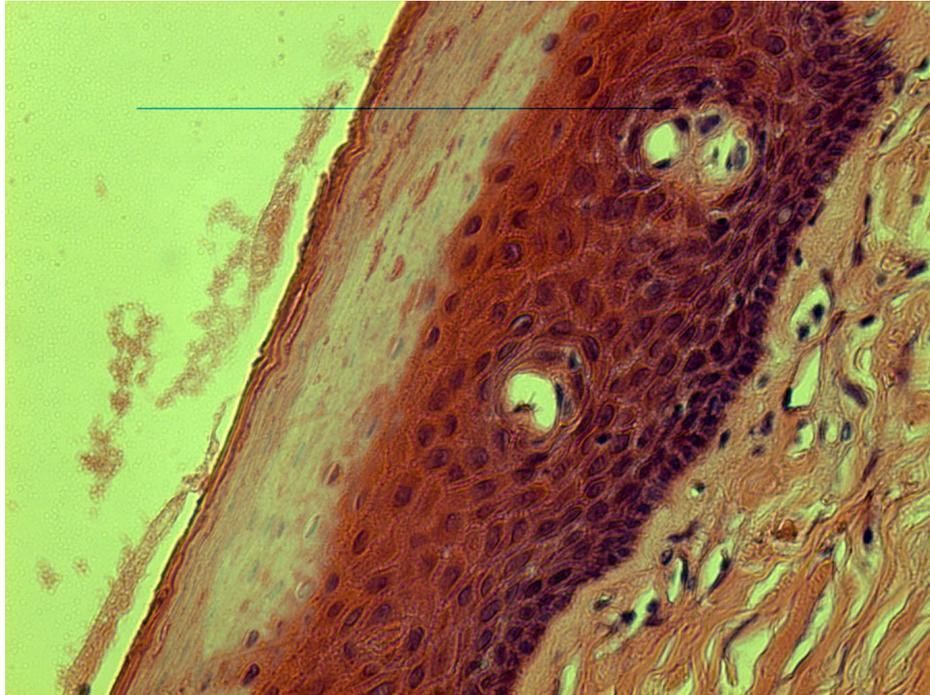


Figura 38. Corte histológico muestra tejido epitelial sin afectación (Cerde, 2014).

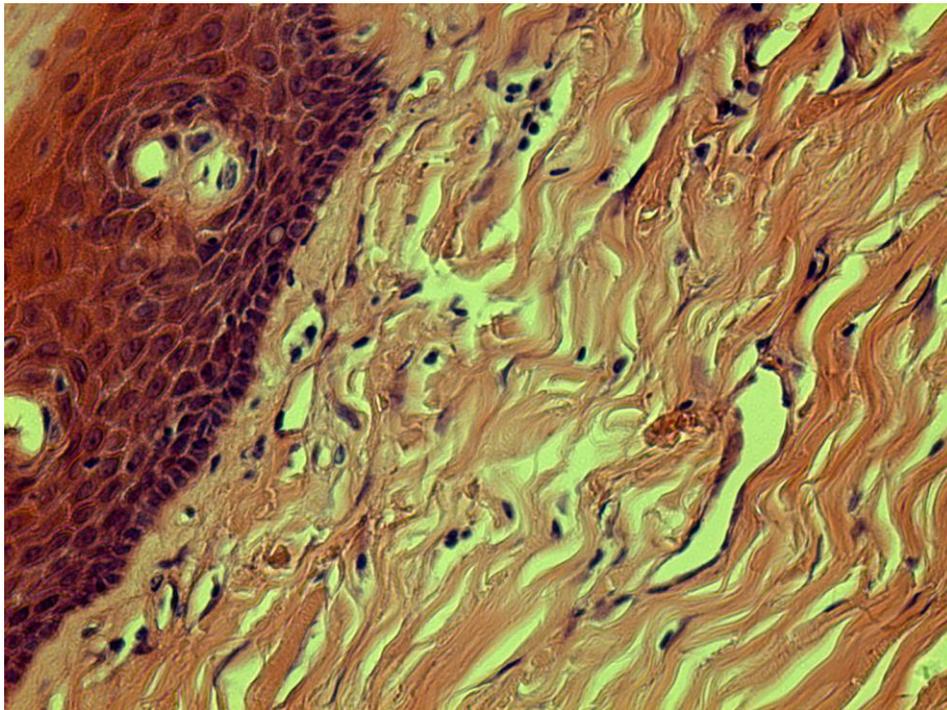


Figura 39. Corte histológico que muestra la presencia de fibroblastos, tejido colagenizado, escaso número de células (Cerde, 2014).

3.6.7. Informe del patólogo

Los diagnósticos anatómicos patológicos tienen grados de dificultad; definir entre normal y patológico, o inflamatorio y tumoral, conlleva a una certeza de casi el 100%. Pero aclarar entre benigno y maligno crea un mayor margen de error (Santana, 1885).

El informe recibido a los 8 días de haber realizado la cirugía (biopsia excisional), consta de varios puntos detallados por parte del patólogo. (Figura# 40)

- **Descripción macroscópica**

Se recibió un fragmento de tejido blando color blanquecino, consistencia esclerótica, firme de 2x1 cm.

- **Descripción microscópica**

Espécimen muestra un tejido conjuntivo fibroso fuertemente colagenizado, con haces gruesos de colágeno, poco celular, ocupando casi la totalidad de la lesión, todo esto cubierto por un epitelio estratificado, queratinizado, con clavos epiteliales atrofiados.

- **Diagnostico**

Hiperplasia fibrosa inflamatoria (épulis fissuratum)

ESTUDIO HISTOPATOLOGICO

ESTUDIO No	696-2014
NOMBRE DEL PACIENTE:	Olga Santian
EDAD.	56 años
MUESTRA TOMADA DE:	Zona vestibular – maxilar inferior
SOLICITADO POR:	Mario Cerda - UIDE
FECHA DE RECEPCIÓN:	19-03-2014

DESCRIPCION MACROSCOPICA.-

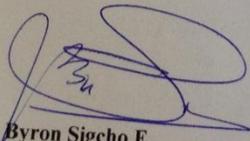
Se reciben un fragmento de tejido blando, color blanquecino, consistencia esclerótica, firme, de 2x1cm

DESCRIPCION MICROSCOPICA.-

Espécimen muestra un tejido conjuntivo fibroso fuertemente colagenizado, con haces gruesos de colágeno, poco celular, ocupando la casi la totalidad de la lesión, todo esto cubierto por un epitelio, estratificado, queratinizado, con clavos epiteliales atrofiados.

DIAGNOSTICO

Hiperplasia fibrosa por prótesis
EPULIS FISURATUM



Dr. Byron Sigcho E
Patólogo Bucal

DENTAL CEDYTE
Dr. Byron Sigcho E.
ODONTOLOGO PATOLOGO BUCAL
Registro M.S.P. Libro III Folio 42 N° 124

Figura 40. Informe del estudio histopatológico (Cerda, 2014).

3.6.8. Post operatorio

En esta etapa se controla la cirugía realizada, se verifica que los puntos de sutura se encuentren aproximando los tejidos blandos, se observa que el proceso de inflamación lleve su curso normal, sin alteraciones, ni posibilidades

de infección, los controles postoperatorios se realizaron (a los 8 días, 15 días, 30 días y 60 días). Como podemos observar en las siguientes figuras (41, 42, 43,44).



Figura 41. Control post quirúrgico a los 8 días (Cerde, 2014).



Figura 42. A los 15 días de realizada la exéresis de la lesión (Cerde, 2014).

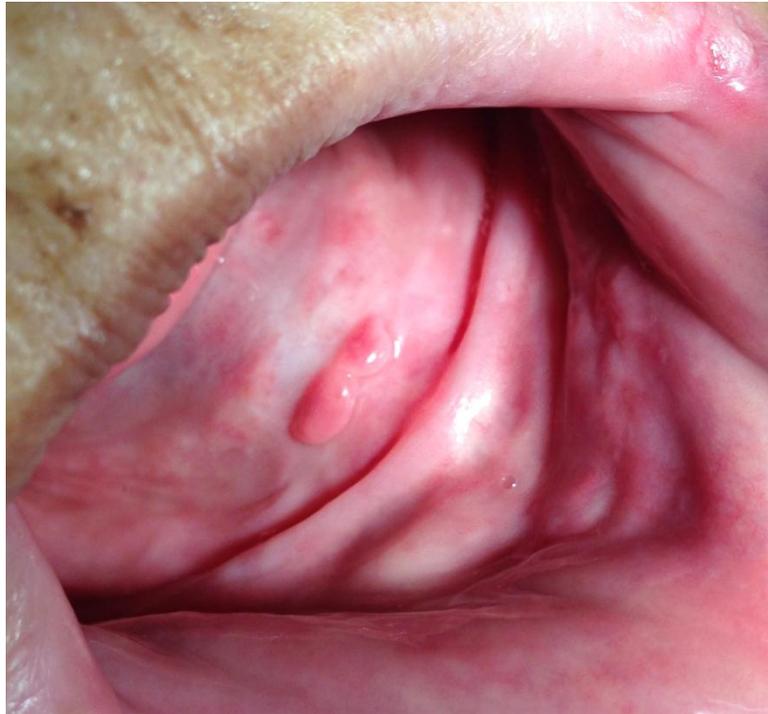


Figura 43. Control postquirúrgico (30 días) (Cerde, 2014).



Figura 44. Control post quirúrgico (a los 60 días) (Cerde, 2014).

3.6.9. Rebase protésico provisorio

A los 40 días de haber realizado el procedimiento quirúrgico, una vez controlada la inflamación y teniendo una cicatrización adecuada del tejido, se procede a realizar un rebase protésico de las prótesis anteriores de la paciente, como una medida o alternativa de tratamiento provisorio, el cual evita que el irritante crónico vuelva afectar al tejido bucal que se encontraba en contacto directo con la prótesis, por el problema severo de desadaptación existente.

El procedimiento protésico provisional (rebase de la prótesis), consta de varios pasos que mencionaremos a continuación:

- Se realiza la limpieza de las prótesis totales con la ayuda de un motor de baja velocidad y una fresa de grano grueso de pulido (pimpollo), de esta manera se elimina el biofilm acumulado, presente por la higiene defectuosa de la prótesis, y las irregularidades protésicas existentes, ocasionadas por los años de utilización, las cuales son indudablemente irritantes crónicos de la mucosa oral. (Figura # 45)



Figura 45. Limpieza y eliminación biofilm acumulado(Cerda,2014).

- Luego se emplea un material acondicionante de tejidos blandos (Ufi gel), se realiza la mezcla respectiva en una loseta de vidrio y con la ayuda de una espátula. (Figura # 46)



Figura 46. Utilización de material acondicionante de tejidos blandos (Cerda, 2014).

- Se coloca el material mezclado anteriormente en las prótesis de la paciente y se realiza la toma de impresión superior e inferior, de este modo se corrige la guía de adaptación o la desadaptación de las prótesis en el reborde alveolar y mucoso de la boca, eliminando así el irritante crónico causante de la lesión hiperplásica. (Figura # 47)



Figura 47. Colocación del material acondicionante en las prótesis (Cerde, 2014).

- Posterior a la toma de impresión, se coloca las prótesis en boca, con el rebase provisional realizado. (Figuras # 48, 49)



Figura 48. Prótesis provisional con rebase (Cerde, 2014).

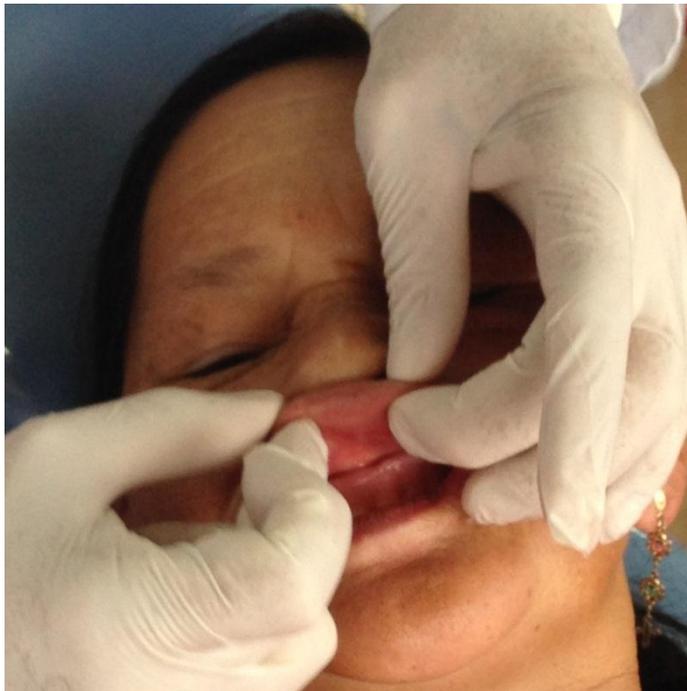


Figura 49. Colocación de la prótesis provisional con el rebase (Cerde, 2014).

CAPÍTULO IV:

DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Discusiones

En el presente trabajo se hizo énfasis en la importancia de las lesiones existentes en la cavidad bucal: el odontólogo debe distinguir clínicamente las lesiones presentes en la boca, así como conocer el protocolo a seguir frente a una lesión de tipo hiperplásica; deberá confirmar el diagnóstico presuntivo inicial mediante un examen histopatológico complementario, mismo que determinará la naturaleza de la lesión, posibles causas y el tratamiento a seguir. Del mismo modo debemos estar lo suficientemente capacitado para evaluar y tratar de rehabilitar al paciente bajo las normas y condiciones que deben cumplir las prótesis como: soporte, retención, estabilidad y restablecer la funciones: masticatoria, fonética y estética; de ser así, estaríamos previniendo el desarrollo de este tipo de lesiones (Díaz, 2007).

El reemplazar los dientes por aparatos protésicos siempre tiene sus riesgos, las personas que utilizan dentaduras artificiales tienen como consecuencia a

largo plazo la pérdida de hueso alveolar de soporte, la cual es causada por el desajuste de la prótesis, provocando irritación en la mucosa, predisponiendo de esta manera a la formación de una hiperplasia fibrosa inflamatoria, misma que tiene localización en el vestíbulo del maxilar o mandibular anterior (Rodríguez, 2005).

La edad, el trauma, medicamentos y falta de limpieza de las prótesis pueden desarrollar condiciones para la aparición de éstas lesiones (Rodríguez, 2005).

Marchini et al. Realizaron un estudio en que relacionan la higiene oral de las prótesis y la condición de los tejidos bucales, encontrándose una relación significativa entre la presencia de HFI, presencia de placa bacteriana y las prácticas de higiene de las prótesis (Rodríguez, 2005).

Otro aspecto que se atribuye a la aparición de esta lesión fue, que algunos sujetos fueron atendidos por técnicos dentales quienes sólo confeccionan prótesis y no toman en cuenta los requisitos protésicos básicos como son, retención, soporte, estabilidad y función (Díaz, 2007).

Sin embargo después de haber mencionado posibles factores o desencadenantes de la lesión hiperplásica, el factor principal causante de la aparición y evolución de la HFI es el uso de prótesis dental, que se

encuentran mal ajustada y que debido a la reabsorción alveolar ésta se intruye e irrita crónicamente la mucosa del fondo de surco (Rodríguez, 2005).

Antes de empezar con un tratamiento odontológico se realizó una anamnesis minuciosa del paciente en la cual no se encontró ninguna patología sistémica personal de importancia, se determinaron problemas sistémicos familiares que indican que la paciente podría padecer de estas enfermedades en lo posterior, sin embargo dicho resultado no afecta el tratamiento dental a realizar (Rodríguez, 2005).

Se debe indicar al paciente su diagnóstico presuntivo inicial, mismo que responde a la confianza depositada al doctor para que atienda su molestia y así crear una relación adecuada con el paciente, se le explica con claridad el procedimiento quirúrgico y protésico a realizar, evitando así posibles dudas o complicaciones a lo largo del tratamiento (Rodríguez, 2005).

Al momento de decidir un tratamiento óptimo para la (HFI), patólogos bucales plantean varias soluciones: Sapp en su texto de “Patología oral y maxilofacial contemporánea” explica que el tratamiento a la (HFI) frente a la irritación por prótesis dentales no se resuelve de manera integral por sí sola, aunque se corrija la irritación o se retire la prótesis, las lesiones suelen disminuir de

tamaño al retirar o modificar la prótesis, debido a la reducción de la inflamación, pero el componente fibroso se mantendrá, produciendo una zona irregular de tejido blando. Para que una nueva prótesis resulte satisfactoria debe extirparse por completo toda masa fibrosa residual sin importar el tamaño de la misma, antes de la fabricación protésica (Sapp, 2005).

Por otra parte otros importantes autores mencionan que el tratamiento va a depender principalmente de la complejidad de la lesión y de la cantidad de tejido afectado. Las lesiones pequeñas pueden disminuir por la presión ejercida por la adaptación de nuevas prótesis, pero las lesiones de gran extensión y con un periodo prolongado de evolución requerirán de un tratamiento quirúrgico (Muñante, 2009).

A partir de estos criterios sobre el manejo y tratamiento de una lesión hiperplásica se pudo definir y evaluar el mejor tratamiento a realizar en el presente caso clínico: Primero, se identificaron las características de la lesión: tiene un tamaño de 20mm, su tiempo de evolución: 15 años aproximadamente, y la cantidad de tejido afectado. Segundo, se determinó el tratamiento quirúrgico a realizar: optamos por realizar la exéresis de la lesión presente en la cavidad bucal, seguido de un estudio histopatológico para certificar el diagnóstico presuntivo inicial, y de esta manera estar en

condiciones óptimas para realizar un tratamiento rehabilitador adecuado (prótesis totales) (Muñante, 2009).

Se motivó a la paciente sobre la importancia y cuidado que tiene la higiene de las prótesis totales, además se recalcó el valor de mantener en óptimo estado la adaptación protésica, por eso se le manifestó que debe acudir a sus controles periódicos para realizar ajustes en su oclusión, determinando de esta manera el éxito y la preservación de la rehabilitación oral realizada así como de los tejidos duros y blandos, evitando así la recidiva de lesiones irritativas (Koeck, 2007).

4.2. Conclusiones

1. El diagnóstico final de la lesión hiperplásica solo se la puede determinar mediante un estudio histopatológico, si bien sabemos que esta lesión posee ciertas características clínicas evidentes, se debe descartar cualquier potencial de alteraciones displásicas.

2. El tratamiento ideal a seguir dependiendo de diversos factores, consiste en la separación del irritante crónico, exéresis quirúrgica y la obtención del diagnóstico definitivo, mediante un estudio histopatológico.

3. En la consulta diaria el dolor no se ha convertido en la principal queja del paciente, pues en muchas ocasiones los pacientes no se den cuenta que poseen una lesión hiperplásica a causa de sus prótesis.

4. La HFI se presenta comúnmente y en su mayoría en mujeres, ocurre por lo general en pacientes con prótesis removible o total desadaptada, su ubicación más habitual es en la parte anterior, mientras mayor sea el tiempo de uso de una prótesis, mayor es la posibilidad de que la lesión aparezca.

5. Se debe examinar a los pacientes que poseen este tipo de rehabilitaciones, (prótesis totales o parciales removibles), con el propósito de controlar el estado del aparato protésico y evitar que esta provoque una irritación de los tejidos reincidente.

4.3. Recomendaciones

1. Es de gran importancia que los pacientes portadores de prótesis parciales o totales, tengan un control adecuado por parte del profesional verificando el estado de adaptación protésica que estos tengan, ya que la irritación constante hacia los tejidos es un factor desencadenante para provocar una lesión de tipo hiperplásica.
2. La preparación de una prótesis ya sea parcial o total en boca requiere de una serie de requisitos protésicos indispensables, el desarrollo adecuado de la rehabilitación protésica se debe realizar con un profesional odontólogo capacitado, quien deberá llevar un control minucioso del tratamiento evitando así, la presencia de lesiones de tipo irritativas en la cavidad bucal.
3. Para un diagnóstico definitivo de la lesión presente, es de suma importancia realizar un examen histológico complementario, el cual nos asegura el diagnóstico clínico presuntivo planteado al inicio de nuestro caso clínico.
4. Al momento de escoger el mejor plan de tratamiento para la lesión hiperplásica, es indispensable como factor principal evaluar clínicamente la lesión, determinando su tamaño, periodo de evolución, características propias, factores desencadenantes, entre otros y en lo posterior decidir la mejor opción terapéutica.

5. Los odontólogos debemos estar capacitados para determinar y diferenciar las lesiones que se puedan encontrar en la cavidad bucal, de esta manera seguir con el protocolo correspondiente para el tipo de lesión, eligiendo el tratamiento más adecuado.

6. El consentimiento informado debe ser utilizado no solo como protección legal y ética, sino que debe ser aprovechado para que sea el momento adecuado para informar al paciente sobre todos sus problemas y las soluciones a sus problemas, en ventajas y desventajas de cada propuesta planteada y para manifestar las preferencias de la paciente en cuanto a su elección de tratamiento.

7. Procurar realizar en los pacientes las prótesis sobre implantes, ya que es una forma de mantener las prótesis fijas sobre el reborde, precautelando la atrofia ósea y la aparición de lesiones como la HFI.

Bibliografía

1. Alpizar, B., Rodríguez, M., & Castillo, E. (2005). PRÓTESIS DENTALES Y LESIONES MUCOSAS EN EL ADULTO MAYOR. Recuperado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727897X2010000100008&script=sci_arttext
2. Blanco, B. (1991). Cirugía Pre protética de Tejidos Blandos. Recuperado de:
http://www.radiodent.cl/cirugia_oral/cirugia_preprotetica_tejidos_blandos.pdf
3. Duane, E. (2012). LOS HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS EN 583 CASOS DE ÉPULIS FISURADO. ESTADOS UNIDOS
División de Patología Oral, Instituto Militar de Investigación Dental, Walter Reed Army Medical Center, Washington, DC.
4. Frías, L., Soto, P., & Díaz, Y. (2009). LESIONES BUCALES FRECUENTEMENTE ASOCIADAS A LA PRÓTESIS DENTAL EN PACIENTES DEL POLICLÍNICO. Recuperado de:
<http://www.16deabril.sld.cu/rev/230/articulo6.html>

5. Gálvez, C., & Hurtado, F. (2004). Clase N° 18. Recuperado de:
http://www.radiodent.cl/patologia_oral/hiperplasias_de_la_mucosa_oral.pdf

6. Guiteras, G., Yensi, D., & Domingo, Z. (2007). AFECCIONES DE LA MUCOSA ORAL ENCONTRADAS EN PACIENTES GERIÁTRICOS PORTADORES DE PRÓTESIS ESTOMATOLÓGICAS. Revista cubana de estomatología, volumen 44 (3), pp-pp. Recuperado de:
http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_3_07/est02307.html

7. Hupp, J. (2009). Cirugía oral y maxilofacial contemporánea, 5a ed. Recuperado de:
http://books.google.com.ec/books?id=rajAKO-_1hoC&pg=PA229&lpg=PA229&dq=tejido+hiperm%C3%B3vil+sin+soporte%2Bprotesis+dental+completa&source=bl&ots=5JrvGebIPs&sig=6vXLpJglTH4jOfEYfj2vBwx7Umw&hl=es&ei=N6coTdnhNM2r8AaPmrzHAQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=4&ved=0CCcQ6AEwAw#v=onepage&q&f=false

8. Koeck, B. (2007). Prótesis Completas. Práctica de la odontología. Barcelona, España: Elsevier Mason.

9. Lemus, C., Triana, K., Del Valle, O., Fuertes, R., & León, C. (2009).
“REPERCUSION DE LA CALIDAD DE LA PROTESIS EN LA
APARICION DE LESIONES BUCALES EN EL ADULTO MAYOR”.
Revista HANAN. CIENC. MÉD. La Habana, Volumen VIII (No. 1), pp-
pp. Recuperado de:

http://www.ucmh.sld.cu/rhab/rhcm_vol_8num_1/rhcm15108.htm

10. Labady, J., Villarroel, M., Lazarde, J., & Rivera, H. (2000). “FIBROMA
TRAUMÁTICO”. Acta odontológica Venezuela, 38-1.

11. Lobos, N. (1978). PATOLOGIA DE LA MUCOSA ORAL. Chile. Editorial
Mediterráneo.

12. Lobos, N. (1978). Valor de la biopsia y citología en el diagnóstico del
cáncer oral. Revista. Odontológica de Chile; 26(119): 43-4.

13. Marimon, T. (2008). Medicina Bucal 1. La Habana- Editorial Ciencias
Médicas.

14. Muñante, J., Jaimes, M., Olate, S., & Albergaria, J. (2009).
Consideraciones actuales en hiperplasia fibrosa inflamatoria (*es/efl*):
Acta Odontológica Venezolana, 47 (2), Recuperado de:

<http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/2/art21.asp>

- 15.** Nuño, B., López, S., Somacarrera, Luís., Moreno, L., Rodríguez, M. (2011). LESIONES EN LA MUCOSA ORAL ORIGINADAS POR PRÓTESIS

- 16.** Rahn, A., Ivanhoe, J., & Plummer, K. (2011). Prótesis Dental Completa. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

- 17.** Regezi, S. (2003). LESIONES PSEUDOTUMORALES DE LA MUCOSA ORAL. México: Editorial McGraw-Hill Interamericana.

- 18.** Rodríguez, A., & Sacsquispe, S. (2005). Hiperplasia fibrosa inflamatoria y posibles factores asociados en adultos mayores. Revista Estomatológica Herediana, 15 (2), 139-144. Recuperado de: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552005000200008&lng=es&nrm=iso

- 19.** SANTANA, J.C. (1885). Atlas de Patología del Complejo Bucal, La Habana: Ed. Científico-Técnica.

- 20.**Sapp, F. (2005). Patología oral y maxilofacial contemporánea. Barcelona, España. Editorial: Elsevier.
- 21.**Shaffer, Hine, & Levy. (2005). Tratado de patología bucal. México: Nueva Editorial Interamericana. 4ª. ed.
- 22.**Schiele, M., Pingarrón, M., & Pérez, C., (2008). LESIONES POR PRÓTESIS DENTALES; 4 ÚLTIMO AÑOS. Recuperado de: <http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:2jPPuZg6qEkJ:biopat.cs.urjc.es/conganat/files/2008-2009.pdf>.
- 23.**Stern, D. (2005). Epulis Fisuratum. Recuperado de: <http://www.emedicine.com/derm/topic654.htm>
- 24.** Tamarit, B., Delgado, E., Berini, L., & Gay, E. (2005). Exéresis de las lesiones hiperplásicas de la cavidad bucal. Estudio retrospectivo de 128 casos. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-44472005000200009
- 25.**Telles, D. (2011). Prótesis Total. Convencional y sobre implantes. Sao Paulo: Livraria Santos Editorial.

ANEXOS

3.6.8. Tratamiento Protésico definitivo

A los 60 días de haber realizado el procedimiento quirúrgico, una vez que se verificó la cicatrización adecuada del tejido, se decidió empezar el tratamiento protésico definitivo el cual consistió en el recambio de las prótesis totales, ya que estas no tenían una adaptación adecuada en el reborde alveolar, debido al tiempo prolongado de uso, además eran los irritantes crónicos causantes de la formación de la hiperplasia. Pese al riesgo de recidiva de la lesión, se realizó prótesis mucosoportadas.

A continuación se detalla el tratamiento realizado con el número de citas y el procedimiento respectivo en cada una de ellas.

1era cita:

- Impresiones anatómicas
- Modelos de estudio
- Delimitación terreno protésico

2da cita:

- Cubetas individuales superior e inferior
- Recorte muscular
- Sellado periférico
- Impresiones funcionales
- Modelos definitivos

3ra cita:

- Rodetes de altura superior e inferior
- Plano orientación
- Montaje en articulador modelo superior

4ta cita:

- Dimensión vertical
- Relación céntrica
- Montaje del modelo inferior.

5ta cita:

- Enfilado de dientes superiores e inferiores
- Ajuste oclusal
- Prueba en cera de prótesis

6ta cita:

- Acrilado
- Colocación definitiva.

7ma cita:

- Controles posteriores

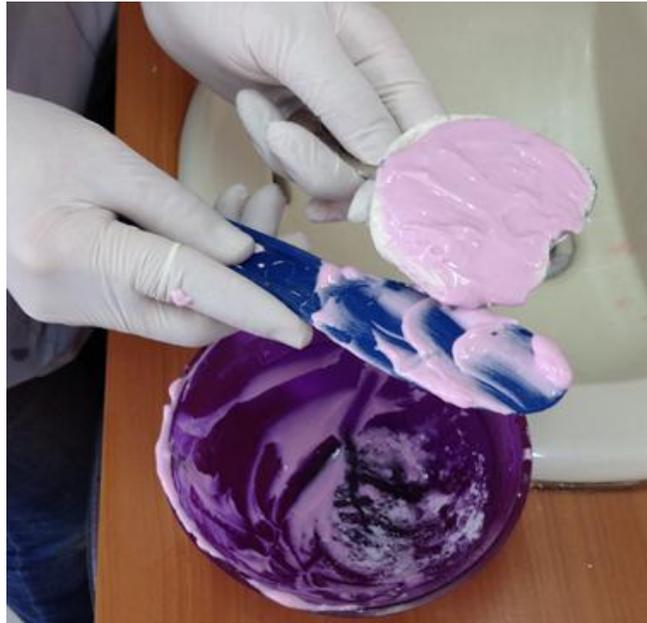


Figura 1, 2. Mezcla del alginato para impresión preliminar (Cerde, 2014).



Figura 3. Toma de impresión preliminar superior (Cerde, 2014).



Figura 4. Toma de impresión preliminar inferior (Cerde, 2014).



Figura 5. Modelos de alginato (Cerde, 2014).



Figura 6. Modelos de hieso obtenidos y cubetas individuales (Cerde, 2014).

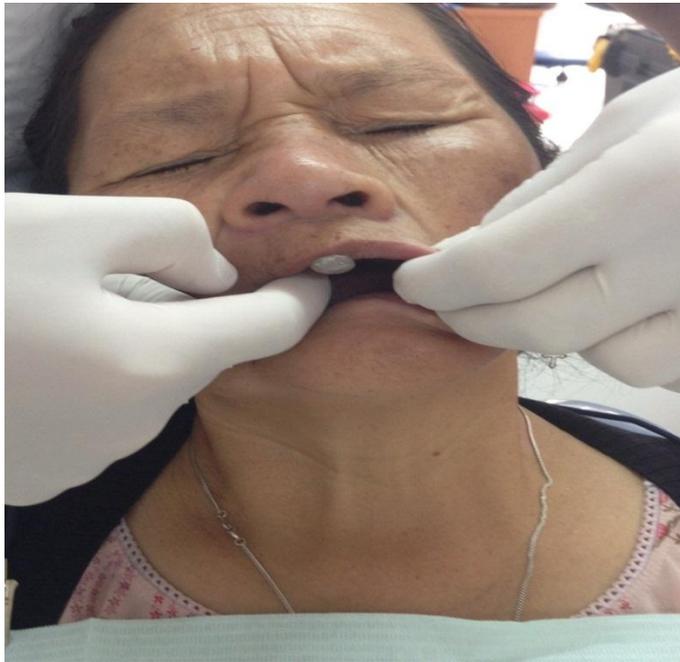


Figura 7. Prueba en boca de cubetas individuales (Cerde, 2014).



Figura 8. Alivios y adaptación adecuada de las cubetas individuales (Cerde, 2014).



Figura 9. Adaptación adecuada de las cubetas individuales (Cerde, 2014).



Figura 10. Sellado periférico (Cerde, 2014).



Figura 11. Sellado periférico (Cerda, 2014).

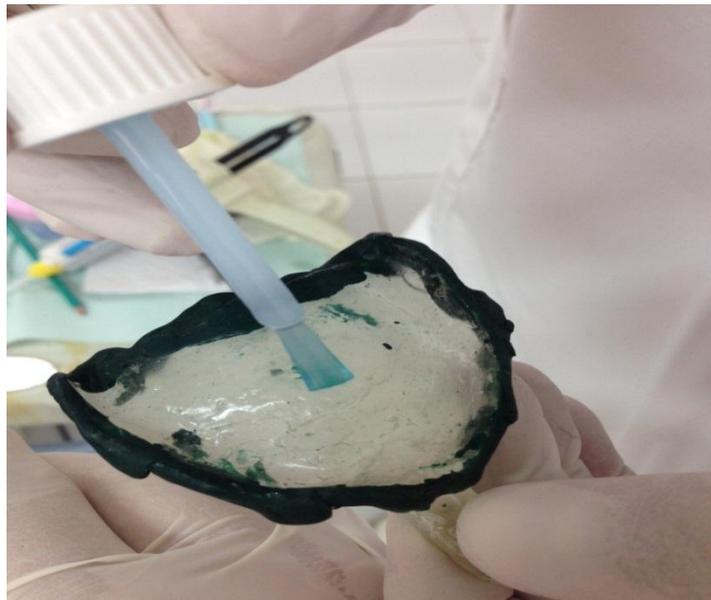


Figura 12. Colocación de adhesivo para impresión definitiva (Cerda, 2014).

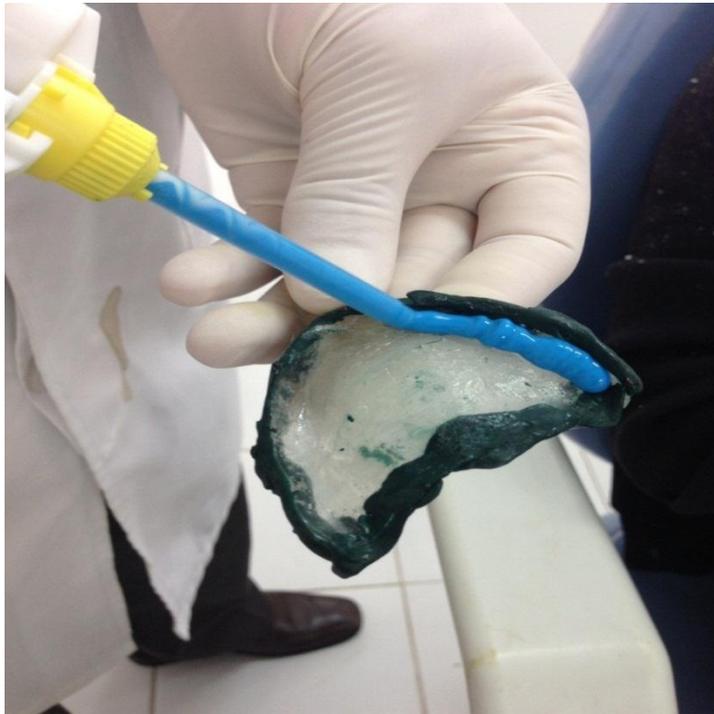


Figura 13. Colocación del material de impresión (Cerde, 2014).

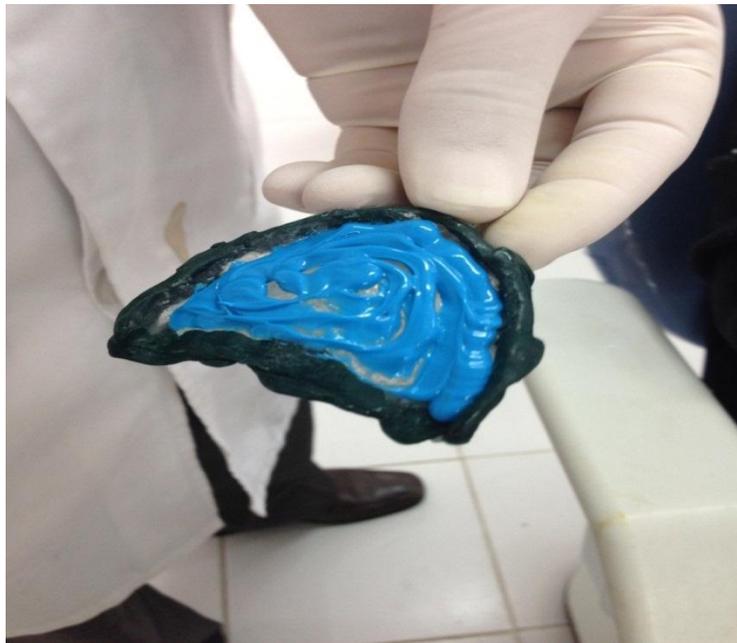


Figura 14. Colocación del material de impresión (Cerde, 2014).



Figura 15. Cubetas individuales con impresión definitiva (Cerde, 2014).



Figura 16. Fabricación de rodetes de altura superior e inferior (Cerde, 2014).



Figura 17. Prueba de rodetes en boca (Cerda, 2014).

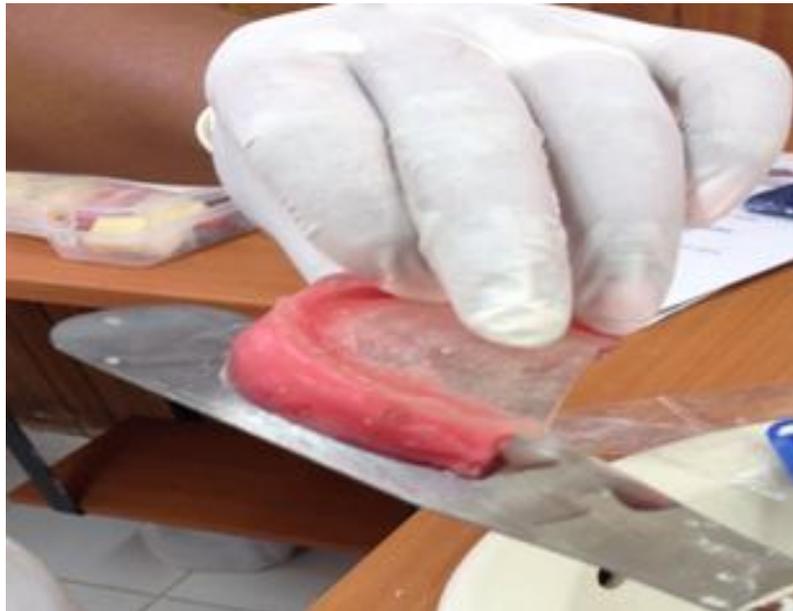


Figura 18. Regularización y modelado de rodetes de altura (Cerda, 2014).



Figura 19. Conformación del plano oclusal (Cerda, 2014).



Figura 20. Conformación del plano oclusal (Cerda, 2014).



Figura 21. Enfilado de las prótesis totales (Cerde, 2014).



Figura 22. Enfilado de las prótesis totales (Cerde, 2014).



Figura 23. Prueba de las prótesis en boca (Cerde, 2014).



Figura 24. Determinación del largo incisal y estético (Cerde, 2014).

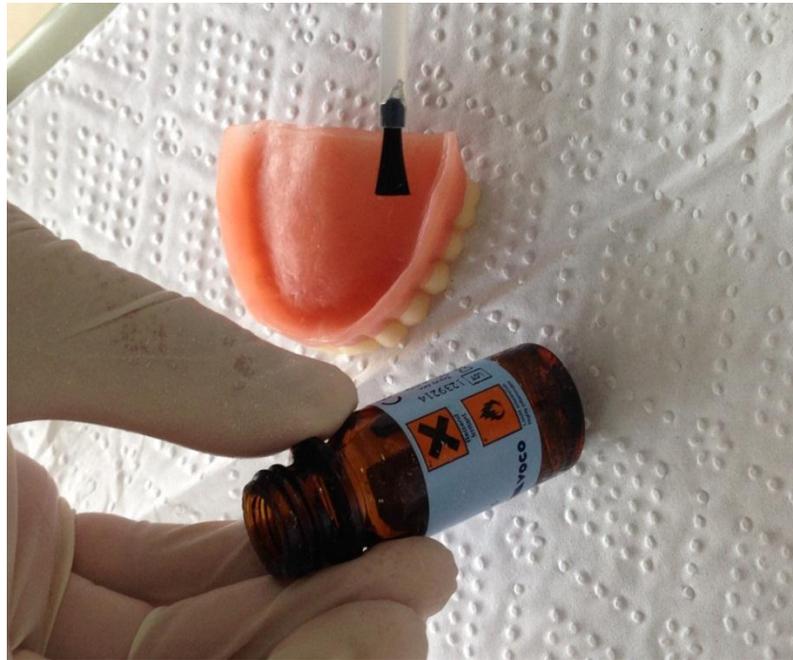


Figura 25. Colocación de adhesivo, para posterior rebase (Cerde, 2014).



Figura 26. Mezcla homogénea del acondicionador de tejidos blandos (Cerde, 2014).

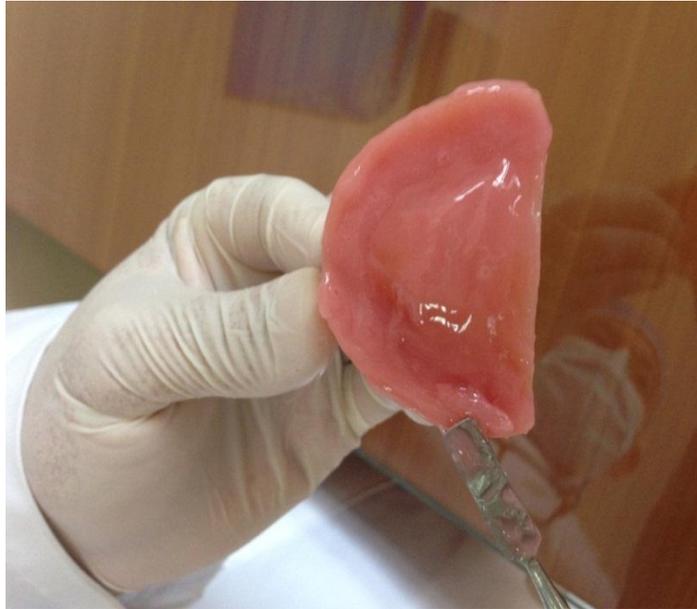


Figura 27. Prótesis totales con pasta acondicionadora de tejidos (Cerde, 2014).



Figura 28. Realización del rebase protésico en boca (Cerde, 2014).



Figura 29. Paciente satisfecha con sus prótesis instaladas en boca (Cerde, 2014).