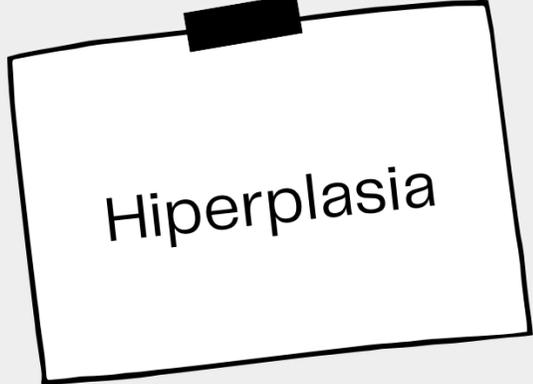


Epulis fissuratum



Hiperplasia

Epulis fissuratum

Introducción

El Épulis Fissuratum también llamado hiperplasia inducida por prótesis total, es una lesión hiperplásica fibrosa reactiva, cuyo factor etiológico es una respuesta inflamatoria localizada sobre los tejidos blandos del surco vestibular causado por la irritación crónica de baja intensidad de una prótesis desajustada o parafunción y en raras ocasiones puede ser congénito.

Vyasarayani menciona que una prótesis con un mal ajuste puede desencadenar una gran cantidad de problemas, en particular el Épulis fissuratum, resorción ósea y ulceraciones. Además, Mubarak, Vyasarayani y otros autores señalan que el traumatismo crónico de la mucosa oral es un factor de riesgo para el desarrollo de carcinoma oral. Por ende el estado y el ajuste

de las dentaduras deben ser considerados como un tema de importancia y seriedad para evitar futuras complicaciones.



El Épulis fissuratum también llamado hiperplasia fibrosa reactiva, o hiperplasias fibrosas inducidas por prótesis dentales. Se define como una hiperplasia benigna de tejido conectivo fibroso, su etiología se cree que es multifactorial y se debe a una irritación crónica, de hecho se ha encontrado una fuerte asociación a varios factores irritantes como la mala higiene bucal y el trauma de una prótesis mal ajustada, aunque en raras ocasiones puede ser de origen congénito.

Se presenta con igual frecuencia en ambos sexos en individuos mayores de 60 años. Sin embargo Mubarak y col. al evaluar 210 pacientes portadores de prótesis encontraron lesiones tipo épulis en 36 de ellos con una prevalencia del 17,14 % en hombres y 3,3 % en mujeres.

Se reportan algunos factores de riesgo como los señala Bilhan quien sostiene que la pérdida de altura de las crestas residuales ocasiona que los bordes de la prótesis se introduzcan en el tejido blando subyacente siendo este un importante factor de riesgo para la aparición de épulis fissuratum, que puede llegar a traumatizarse y generar un área de ulceración, además Zegarra y col. encontraron una relación significativa entre la presencia de épulis con un mal control de placa bacteriana, malas prácticas de higiene de las prótesis y un inadecuado cuidado de la salud oral y concluyeron que el compromiso sistémico y el estado nutricional no son condiciones determinantes para el desarrollo de esta lesión.

Diagnóstico

El diagnóstico de Épulis fissuratum se basa en la observación clínica e identificación de hallazgos objetivos tales como:

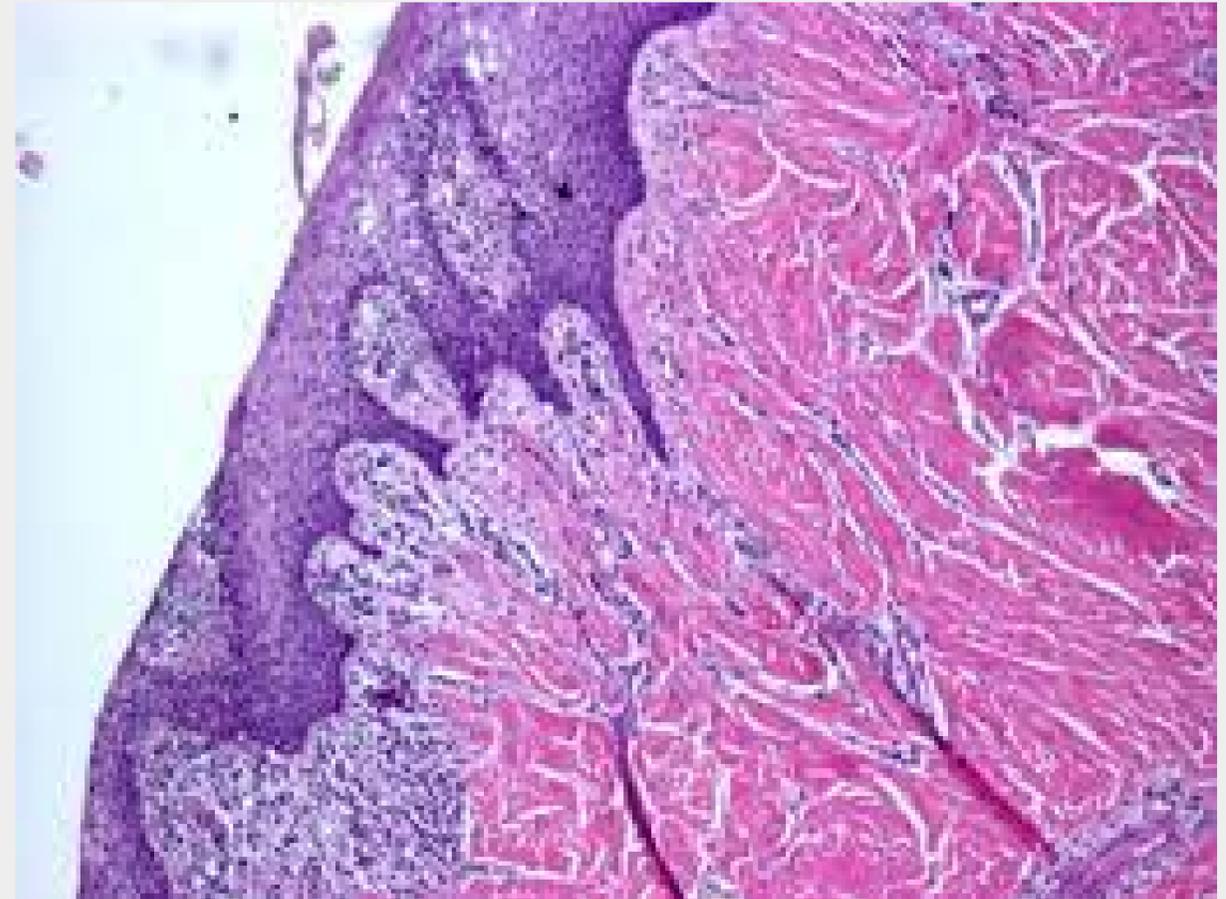
1. Tejido hiperplásico localizado sobre los tejidos blandos del surco vestibular.
2. Uno o varios pliegues en el vestíbulo alveolar
3. Lesión asociada a una prótesis desajustada
4. Algunas lesiones aparecen eritematosas y ulceradas
5. El tejido redundante suele ser firme y fibroso.
6. Puede estar presente en maxilar o mand



Histología

El diagnóstico clínico de la lesión es muy importante. Sin embargo, no permite establecer un diagnóstico diferencial. Por ello un análisis histológico de la lesión nos permitirá corroborar nuestro diagnóstico presuntivo de *épulis fissuratum*.

En el caso de *épulis fissuratum* histológicamente se describe como un “tejido revestido de epitelio plano, soportado por estroma de tejido fibroconectivo colagenizado y tejido de granulación constituido por abundante fibroblastos maduros y jóvenes e infiltrado inflamatorio crónico (linfoplasmocitario).



Tratamiento

Existen varias alternativas terapéuticas para manejo del épulis fissuratum como son la escisión quirúrgica convencional, la criocirugía, la terapia con láser y el manejo protésico.

1. **Criocirugía:** Estrada y col. realizaron un estudio descriptivo y transversal para evaluar los resultados de la criocirugía con nitrógeno líquido en el tratamiento de épulis fissuratum en 25 pacientes de ambos sexos. Los resultados fueron un adecuado proceso de reparación tisular, sin huellas visibles de cicatrices. Finalmente los autores concluyen que esta alternativa terapéutica consigue la reparación y reepitelización tisular en un tiempo de entre 7 y 14 días. En un reporte de un caso de 2012 Vyasarayani y col., trataron a un paciente de 71 años con un crecimiento fibroso a 2cm de la línea media en la zona vestibular de la mandíbula utilizando nitrógeno líquido. Los resultados fueron una adecuada cicatrización y ausencia de recidiva a un seguimiento de 2 meses.



Tratamiento

2. **Terapia LASER:** Cennet y col. removieron un total de 44 lesiones con diagnóstico de épulis fissuratum en 30 pacientes sin comPromiso sistémico. En este trabajo compararon la remoción quirúrgica con bisturí y el láser de erbio, cromo: itrioescandio-galio-granate (Er, Cr: YSGG). Los resultados sugieren que el láser Er, Cr: YSGG proporciona un adecuado proceso de cicatrización en menor tiempo comparándolo con el uso del bisturí.

3. **Terapia quirúrgica convencional:** El uso de bisturí para el tratamiento de épulis fissuratum está muy bien documentado y existen muchos reportes de casos en los cuales los resultados fueron satisfactorios. Los casos de recidiva no están muy bien documentados ya que muchas veces no se realiza un seguimiento post tratamiento quirúrgico y/o protésico. Sin embargo existen estudios en los que se hace referencia a casos de recidiva posterior al manejo quirúrgico con bisturí.

