



**FIGURA 9-3**  
**Hiperplasia fibrosa focal.** En otras zonas de la mucosa las lesiones se conocen como fibroma por irritación.

## ETIOLOGÍA

Hiperplasia del tejido conjuntivo fibroso que surge como respuesta a una irritación crónica y en la que se observa abundante elaboración de colágeno, por lo que asemeja a tejido cicatricial, no es una verdadera neoplasia fibroblástica, sino una reacción exuberante ante una lesión crónica, en la que predomina la producción de haces maduros de colágenos

El mordisqueo de carrillos y labios, junto con la irritación por prótesis, son los principales factores, denominada fibroma por irritación y es la tumefacción más frecuente de la cavidad oral

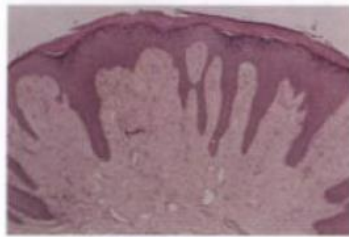


**FIGURA 9-2**  
**Hiperplasia fibrosa focal.** Cuando se localizan en la encía fija, las lesiones se denominan fibroma periférico.

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Su aspecto es una masa cupuliforme con superficie lisa y coloración normal. La lesión puede mantener su tamaño por años, y disminuir su tamaño si se elimina el factor irritante. Cuando ésta se localiza en la zona del surco gingival o de la papila interdental se le denomina fibroma periférico.

Se ubican con mayor frecuencia en encía, labios, mucosa bucal y bordes de la lengua.



**FIGURA 9-4**  
**Hiperplasia fibrosa focal.** Imagen microscópica consistente en haces densos de colágeno. La lesión suele sufrir irritación constante, por lo que suele presentar hiperortoqueratosis en la superficie epitelial.

## HISTOLOGÍA

El epitelio superficial puede estar intacto, presenta hiperortoqueratosis o mostrar focos de ulceración. Este epitelio recubre una masa de tejido conjuntivo fibroso denso, formado por abundante colágeno maduro, similar al de las cicatrices. Una variante llamada fibroma de células gigantes se basa en la presencia de fibroblastos binucleados y trinucleados que tienden a situarse muy próximos al epitelio.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Condiloma acuminado, papilomatosis oral florida, síndrome de Cowden o enfermedad de Crohn.

## TRATAMIENTO

Extirpación local y pocas veces reaparece

# HIPERPLASIA FIBROSA FOCAL

# HIPERPLASIA PAPILAR INFLAMATORIA

## ETIOLOGÍA

Nódulos pequeños múltiples consistentes en una proliferación de tejido conjuntivo fibroso con inflamación crónica asociada, situados bajo prótesis dentales mal ajustadas

Algunas prótesis de maxilares mal ajustadas desencadenarían una respuesta hiperplásica del tejido en la bóveda palatina. Ésta responde produciendo numerosas y pequeñas áreas de hiperplasia fibrosa focal eritematosa cuya superficie recuerda a la de un papiloma

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Sólo afecta a la bóveda del paladar y raramente progresa hacia la cresta alveolar. Los nódulos hiperplásicos tienen habitualmente un diámetro de 3 a 4 mm, formando un patrón en empedrado que recuerda a un campo de hongos rojizos confluentes. Al explorar se observa que cada pólipo se inserta por separado



## HISTOLOGÍA

Aspecto polipoide, con múltiples nódulos redondeados y lisos, recubiertos por epitelio plano. En una zona de confluencia de las bases de dos proyecciones papilares, el epitelio suele mostrar intensa hiperplasia y acantosis con crestas interpapilares elongadas y anastomosadas. Las células epiteliales no muestran rasgos citológicos atípicos

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Papiloma

## TRATAMIENTO

Extirpación del tejido hiperplásico y posteriormente realizar una nueva prótesis maxilar parcial o total

Puede extirparse con bisturí

Fresa montada sobre un instrumento rotatorio

electrocoagulación o cirugía con láser

# FIBROMA OSIFICANTE PERIFÉRICO

## ETIOLOGÍA

Nódulo gingival consistente en una hiperplasia reactiva del tejido conjuntivo que contiene áreas de hueso.

Proliferación fibrosa reactiva, originada probablemente a partir de periostio o ligamento periodontal

FIGURA 9-5

**Fibroma osificante periférico.** Las lesiones suelen hacerse muy grandes y llegan a interferir con la masticación.

Dado que el periostio y el ligamento periodontal contienen células que sintetizan hueso y cemento, dicha proliferación incluye células con potencial osteógeno.

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Frecuente en mujeres y se produce durante la edad fértil, en la tercera y cuarta década de vida. Es un épulis que nace de las papilas interdentales, aunque a veces se ha observado que nace de la encía adherida. Se origina a partir del ligamento periodontal, donde se cree que un irritante estimula los fibroblastos del ligamento periodontal, que también poseen potencial osteógeno y cementógeno

La mucosa que recubre puede ser lisa y de coloración normal o presentar focos de ulceración superficial. Difíciles de palpar y se hallan fijados a los tejidos subyacentes

## HISTOLOGÍA

Dentro del tejido conjuntivo existen láminas difusas de fibroblastos con núcleos monomorfos redondeados. No posee cápsula verdadera. En algunas áreas focales se pueden identificar depósitos osteoides y aunque algunos pueden contener lagunas con núcleos osteocitarios, otros son acelulares.



## RX

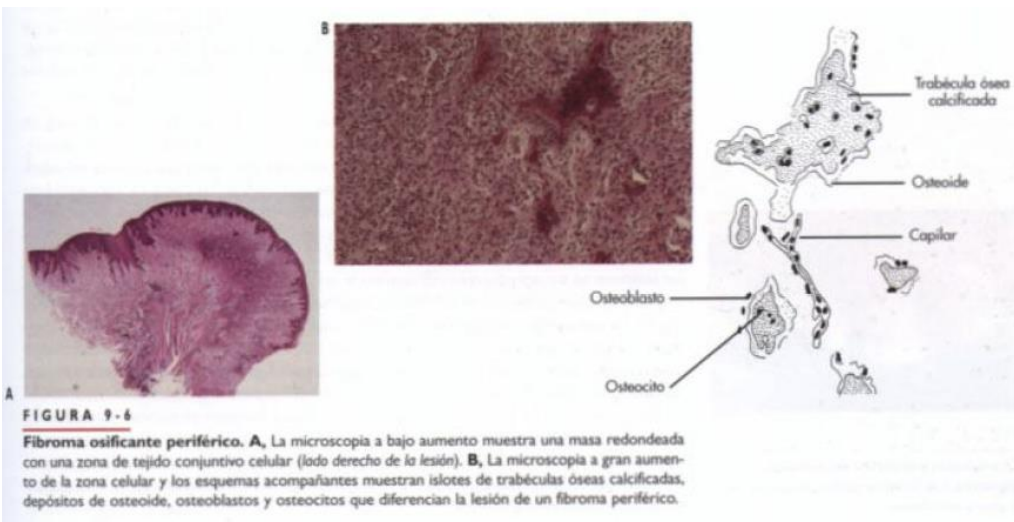
Radioopacidades dentro de la tumoración de partes blandas

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Displasia fibrosa, el osteoma osteoide, el osteoblastoma, el osteosarcoma de bajo grado, el cementoblastoma, la displasia cemento-ósea periapical y focal, el fibroma cemento-osificante juvenil, osteomielitis crónica y la osteomielitis esclerosante de Garré.

## TRATAMIENTO

Extirpación quirúrgica, incluyendo el periodontal. Se recomienda alisado radicular meticuloso para eliminar irritantes atrapados en el surco



# GRANULOMA PIÓGENO

## ETIOLOGÍA

Lesión reactiva la cual se le considera de naturaleza no neoplásica.  
No se encuentra una etiología establecida.

Se considera lesion reactiva ya que surge en respuesta de varios estímulos como son:

Irritación crónica de bajo grado, lesión traumática, factores hormonales, ciertos tipos de medicamentos (es decir, retinoides, antirretrovirales, agentes oncológicos) y estimulaciones iatrogénicas en la práctica dental (regeneración tisular guiada)

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Lesión exofítica lisa o lobulada que se manifiesta como un pequeño crecimiento eritematoso sobre una base pediculada o, en ocasiones, sésil. Son extremadamente vasculares

Se ubican con mayor frecuencia en la papila interdental, también aparecen en zonas menos frecuentes como lengua, labios y mucosa bucal. Llegan a medir hasta 1-2 cm de diámetro de 5-7 días

## HISTOLOGÍA

Muestra un epitelio superficial ulcerado que recubre un tejido conectivo que contiene numerosos canales revestidos de endotelio, pequeños y grandes, que están llenos de células sanguíneas.



Figura 17. Vista frontal de la lesión gingival, ubicada a nivel de piezas 2.3 y 2.4.

## RX

Generalmente no hay evidencia de compromiso óseo, pero en algunos casos se puede ver una ligera erosión ósea superficial.

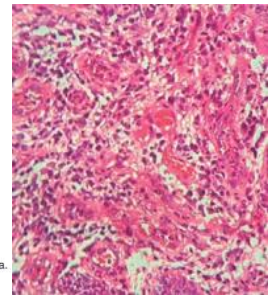
En el 3% de los casos se observa una gran pérdida de hueso alveolar y movilidad de los dientes

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Fibroma, fibroma odontogénico periférico, hemangioma, angiomatosis, angiosarcoma, linfoma no Hodgkin de tejido de granulación convencional, inflamación gingival hiperplásica, granuloma periférico de células gigantes, fibroma osificante periférico y sarcoma de Kaposi



Figura 18. Radiografía periapical: no presenta pérdida ósea.



## TRATAMIENTO

La escisión quirúrgica es la terapéutica de elección.  
Recidiva rara

Debe realizarse con márgenes de 2 mm en su periferia y a una distancia hacia adentro del periostio o del agente etiológico

En las lesiones gingivales, se recomienda el legrado del tejido subyacente

El tejido subyacente debe ser legrado a fondo y debe hacerse alisado radicular

# GRANULOMA PERIFÉRICO DE CÉLULAS PERIFÉRICAS

## ETIOLOGÍA

Nódulos extraóseo compuesto por una proliferación de células gigantes mononucleadas y multinucleadas asociado a abundante vascularización y localizado en la encía o en la cresta alveolar

Los factores que inician las lesiones son desconocidos. En otras partes del organismo aparecen lesiones que contienen un tejido de células gigantes similar, pero sobre todo se localiza dentro de los huesos.

FIGURA 9-7

Granuloma periférico de células gigantes. Las lesiones suelen localizarse en la papila interdental.

Reacción hiperplásica del tejido conjuntivo gingival en el que predominan los componentes celulares histiocíticos y endoteliales

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Comienzan como una tumefacción cupuliforme, rojiza o amoratada, en la papila interdental o la cresta alveolar. En pacientes no edéntulos suelen ser rojizas, debido a las ulceraciones que se producen en el fino epitelio de la masa extruida al masticar los alimentos. Las lesiones más grandes suelen rodear uno o más dientes, afectando el ligamento periodontal y vértice de las raíces

Estas lesiones provocan movilidad y desplazamiento de los dientes. En las áreas edéntulas las lesiones son cupuliformes, amoratadas y su superficie suele estar intacta

## HISTOLOGÍA

Zona nodular de tejido de células gigantes delimitado por tabiques fibroso. El tejido de células gigantes corresponden a una mezcla de células gigantes mononucleares y multinucleadas sobre un fondo de eritrocitos extravasados. El estroma fibroso, puede ser laxo o denso y contiene grandes estructuras vasculares de pared fina. Con frecuencia existen depósitos densos de hemosiderina en el tejido de células gigantes y en el componente fibroso circundante

## RX

Suele mostrar pérdida aplanada de hueso cortical, conservándose indemne habitualmente la zona más central

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Tumor de células gigantes, fibroma no-osificante, granuloma piógeno, condroblastoma, párulis, hemangioma cavernoso, émulis fisurado

## TRATAMIENTO

Extirpación quirúrgica. Debe incluir todo el tejido de células gigantes, ya que la recidivas son frecuentes. En paciente no edéntulo, la extirpación de uno o más dientes y el legrado del alvéolo

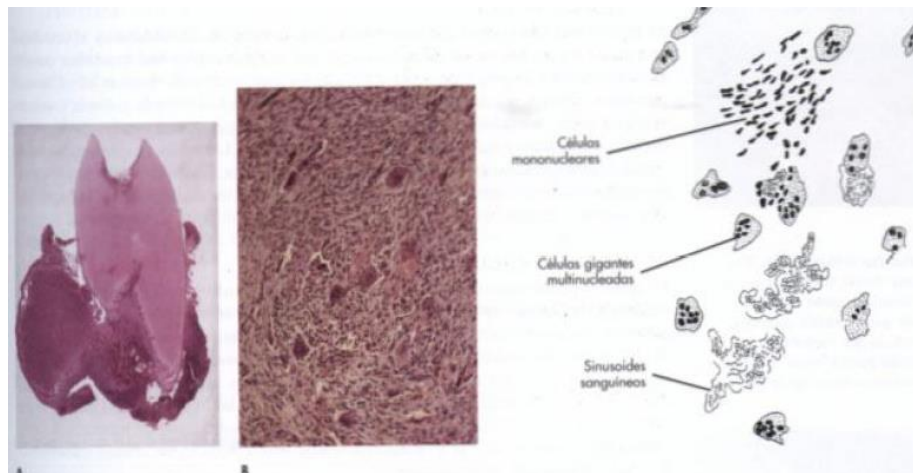


FIGURA 9-8

Granuloma periférico de células gigantes. A, Imagen microscópica a bajo aumento que muestra un tejido de células gigantes dentro de la membrana periodontal y rodeando a la pieza dental. B, Imagen microscópica a gran aumento y esquema del tejido de células gigantes que muestra las células gigantes mono y multinucleadas y los espacios sinusoidales de forma irregular.



## REFERENCIA

**J. Philip Sapp, Patología oral y maxilofacial contemporánea, segunda edición, ELSEVIER MOSBY, Capítulo 9 pp:277-287**

Carla Gadea Rosa, Diagnóstico y tratamiento del granuloma piógeno oral: serie de casos, Revista Odontológica Mexicana, Vol. 21, Núm. 4 Octubre-Diciembre 2017, pp 253-261

<https://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2017/uo174f.pdf>