

ÉPULIS FIBROSO BENIGNO DE ENCÍA EN NIÑOS

BENIGN FIBROUS EPULIS OF GUM IN CHILDREN

Vera Arce Cecilia¹, Saavedra T. Javier Moises² y Vásquez Andrade Cecilia³

Docente de la Facultad de Odontología
Universidad Autónoma Juan Misael Saracho
Tarija - Bolivia

Dirección para la correspondencia: Calle José María Villena # 15. Tarija – Bolivia
Correo electrónico: ceciliavera76.cv@gmail.com

RESUMEN

El odontólogo no solo debe vigilar, curar, mantener los dientes y el periodonto de sus pacientes, sino que también debe controlar y mantener el equilibrio de las estructuras orofaciales, en la medida que estas se manifiesten. Es fácil concentrarse tan solo en la atención odontológica del paciente y no prestar atención a alteraciones leves, o incluso no tan leves, como protuberancias, inflamaciones o alteraciones de la textura y/o color, las cuales pueden señalar la presencia de un hipercrecimiento reactivohamartomatoso de tejido como de una enfermedad benigna o maligna.

Los padres de familia con frecuencia ignoran en sus etapas tempranas el crecimiento de estos tumores y cuando lo hacen se encuentran con adelantos importantes de estas estructuras, debido a la dificultad en la masticación que se presenta, por lo que recurren al odontólogo para su tratamiento.

El épulis fibroso es una tumoración benigna de encía, que sangra con frecuencia al examinarla debido a su abundante vascularización, se presenta en mayor porcentaje en las encías, aunque también puede presentarse en los labios, la lengua, mucosa bucal y el paladar.

Cuando su tamaño excede los 3 mm es muy difícil su reabsorción por lo que se aconseja su extirpación quirúrgica, previa historia clínica, pruebas complementarias de laboratorio y radiografías, acompañadas de una preparación psicoprofiláctica del paciente infantil.

PALABRAS CLAVE

Épulis fibroso de encía, exéresis quirúrgica.

SUMMARY

The dentist should not only monitor, cure, maintain the teeth and the periodontium of his patients, but also must control and maintain the balance of orofacial structures, as they manifest themselves. It is easy to focus only on the dental care of the patient and not pay attention to slight or even not so slight alterations as protuberances, inflammations or alterations of texture and / or color, which may indicate the presence of a hamartomatous reactive hypergrowth of tissue as of a benign or malignant disease.

Parents often ignore the growth of these tumors in the early stages and when they do find important advances in these structures, due to the difficulty in mastication that occurs, which is why they turn to the dentist for treatment.

Fibrous epulis is a benign tumor of the gingiva, which bleeds frequently when examined because of its abundant vascularity, presents in a greater percentage in the gums, although it can also appear in the lips, the tongue, buccal mucosa and the palate.

When its size exceeds 3 mm is very difficult to resorb for which it is advised to remove surgical, previous medical history, complementary laboratory tests and radiographs, accompanied by a psychoprophylactic preparation of the child patient.

KEYWORDS

Fibrous epulis of gingiva, surgical excision.

INTRODUCCIÓN

Las intervenciones quirúrgicas, especialmente en pacientes odontopediátricos, deben abordar de manera integral al paciente en la rutina del tratamiento, esta actuación envuelve conocimientos multidisciplinarios e interprofesionales.

El plan de tratamiento quirúrgico incluye el diagnóstico, la oportunidad quirúrgica y el momento trans-operatorio, los niños en su mayoría, no tienen comportamientos inadecuados, pero las alteraciones en ese patrón podrían desafiar al profesional.

La fase preoperatoria requiere el diagnóstico, exámenes de laboratorio, desarrollo motor, psicológico y somático del niño. La fase trans-operatoria involucra las estrategias para superar los comportamientos inadecuados, la anestesia y el acto quirúrgico en sí. La fase postoperatoria establece los cuidados peculiares de cada intervención quirúrgica y eventuales necesidades de terapéutica medicamentosa¹.

ÉPULIS

El término “épulis” fue empleado por primera vez por Virchhoff en 1864 y deriva de las palabras griegas “epi” (sobre) y “oulon”(encía)⁷. Más tarde, en 1887, Désir de Fortunet definió como épulis a todo tumor sólido localizado cerca del reborde alveolar, que no se acompaña de afectación ganglionar, sin tendencia a la ulceración y que no recidiva, generalmente, después de una ablación completa⁸. En la actualidad, el término “épulis” no es aceptado por algunos autores como Dechaume, Grinspan y Shafer, entre otros, ya que indica únicamente un crecimiento sobre la encía sin especificar la naturaleza de la lesión, considerándose imprescindible su estudio histológico para establecer un diagnóstico de certeza. Borguelli⁷ define clínicamente el épulis como un crecimiento anormal, circunscrito y de evolución crónica, localizado en la encía o cerca del reborde alveolar. Por otro lado, Donado⁹ considera el término épulis desde un punto de vista clínico y lo define como una tumoración inflamatoria crónica, granulomatosa, sobre la encía y en dependencia con el periostio o el periodonto.

El épulis se caracteriza como una lesión submucosa exofítica benigna, dentro de los epúlides es la más frecuente en niños y resulta de una reacción fibroepitelial a la placa, suele aparecer en las papilas interdentes su color varía desde el rosa al rojo y el amarillo, los amarillos están ulcerados. El nombre de granuloma piogénico es utilizado por algunos para describir las lesiones en extremo vascularizadas².

TERMINOLOGÍA ALTERNATIVA

Tumor congénito de células granulares, tumor de Neumann, épulis de células granulares, tumor gingival de células granulares, granuloma piogénico y épulis fibroso².

CLASIFICACIÓN DE LOS ÉPULIS

Los épulis suelen clasificarse dentro del grupo de los tumores benignos de la mucosa bucal. Por otro lado, hay autores, que no estando de acuerdo con esta consideración, prefieren catalogarlos como granulomas y, a su vez, diferenciarlos en subtipos según su histología¹⁰. La clasificación propuesta por Anneroth y Sigurdson¹¹ en el año 1983 divide los épulis en tres grandes grupos basándose en criterios histopatológicos: granulomatosos, fibromatosos y de células gigantes. Estos autores prefieren emplear el término de hiperplasia en vez de épulis, ya que este último sólo designa la localización topográfica de la lesión. Una hiperplasia es un aumento del número de células de un órgano o tejido¹². Este término englobaría a toda aquella lesión autolimitada provocada por un estímulo o irritación que tiende a desaparecer después de su exéresis y de la eliminación de los factores etiológicos.

Son lesiones que desde el punto de vista clínico no poseen unas características específicas. Generalmente, las lesiones hiperplásicas bucales siguen una evolución común en su formación. En primer lugar, se trata de una masa de tejido de granulación inflamado de consistencia blanda y muy roja. Posteriormente, si el factor causal se mantiene, el tejido se vuelve más fibroso con el tiempo¹³. Existen diferencias en función de la localización, consistencia y relación con los tejidos circundantes. Para Anneroth y Sigurdson¹¹, el verdadero “épulis” sería el de células gigantes, ya que es el único que aparece exclusivamente en la encía y en el

hueso alveolar. La clasificación que a continuación se propone sigue el criterio histopatológico citado anteriormente^{7,11} con algunas modificaciones:

- 1. Hiperplasia granulomatosa.** Incluye el épulis del embarazo, el granuloma piogénico, el épulis angiomatoso, el épulis telangiectásico, el hemangioma capilar y el hemangioma cavernoso. La histología de estas lesiones corresponde a un tejido de granulación poco denso, rico en vasos capilares, con una proliferación más o menos pronunciada de células endoteliales, fibroblastos inmaduros, linfocitos, células plasmáticas y polimorfonucleares. Se ha excluido la gingivitis del embarazo, ya que no corresponde a una lesión proliferativa única localizada en la encía y porque no se trata de una entidad propia^{14,15}.
- 2. Hiperplasia fibrosa.** Este término englobaría el épulis fibroso, el épulis fisurado, las lesiones fibroepiteliales y el fibroma odontogénico primitivo. Histológicamente se componen de tejido conectivo colágeno denso, con una reacción inflamatoria crónica y con ligera vascularización. Es necesario mencionar que el épulis fisurado consiste en un crecimiento pseudotumoral localizado sobre los tejidos blandos que componen el surco vestibular (fondo del vestíbulo), provocado por los bordes de una prótesis completa, que está mal adaptada y con diversos grados de hipertrofia e hiperplasia. La lesión aparece en forma de pliegues o agrandamientos alargados del tejido en la zona del surco mucovestibular al que se adapta la prótesis⁷.
- 3. Hiperplasia de células gigantes.** Estaría representada por el granuloma periférico de células gigantes. Histológicamente se caracteriza por la presencia de células gigantes que son parecidas a los osteoclastos, con actividad fagocitaria y localizadas en un estroma mesenquimal con fibroblastos. Las células gigantes suelen estar asociadas a osteoblastos y sufren una transformación metaplásica que dará lugar a un tejido osteogénico o a una trabeculación osteoide. El estroma puede evolucionar hacia un tejido rico en fibroblastos o bien en osteoblastos.

La prevalencia de estas lesiones es relativamente elevada en la población, sobretudo en la geriátri-

ca. Mallo y cols.¹⁶ obtuvieron una prevalencia del 12.7% en los pacientes ancianos no portadores de prótesis y el 8.2% en los portadores de prótesis.

La etiología de los épulis es multifactorial. Deben destacarse factores irritativos como la gingivitis crónica, la enfermedad periodontal, las obturaciones desbordantes, las prótesis mal adaptadas, una mala higiene bucal o el tabaco. También se menciona una influencia hormonal (durante el embarazo debido a un aumento de los estrógenos y la progesterona) y su observación en algunas discrasias sanguíneas (anemias o alteraciones de la hemostasia)⁹.

El tratamiento de estas lesiones va encaminado a la eliminación de los agentes etiológicos y a su exéresis quirúrgica.

En el presente artículo nos dedicaremos más al estudio del épulis fibroso que es una lesión que sobresale, sécil o pediculada, de superficie lisa, lobulada, verrugosa y eritematosa con una textura de que varía de blanda a consistente, que se asienta en la encía del maxilar superior o inferior⁵.

ETIOLOGÍA

Existen varias teorías que explican su origen: la odontogénica, la neurogénica, la fibroblástica, la miogénica, la histiocitaria, como derivación de células mesenquimáticas indiferenciadas, etc. Hasta el momento ninguna de ellas pudo explicar su origen con claridad.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Se manifiesta como un tumor pediculado o sécil, unilobular o multilobular, que se asienta en la mucosa gingival de las apófisis alveolares de ambos maxilares. La mucosa que lo cubre es de color rosado, cuya intensidad varía según su contenido vascular³. El tamaño es variable y puede alcanzar desde unos pocos milímetros hasta más de 7 cm de diámetro, presenta una superficie lisa y su consistencia es firme y elástica⁴.

Sangra con facilidad y molesta en la masticación habitual dependiendo de su localización.

Diagnóstico Diferencial

- Hiperplasias inflamatorias
 - Épulis fibroso / granuloma piógeno
 - Épulis de células gigantes
- Épulis congénito del recién nacido
- Papiloma escamoso / verrugas viricas
- Condiloma acuminado
- Quiste / Hematoma de erupción
- Tumor neuroectodérmicomelanótico de la infancia
- Esclerosis tuberosa
- Linfangioma²

TRATAMIENTO

El tratamiento más habitual consiste en la extirpación quirúrgica simple, cuidando de no interferir con el proceso de dentición⁴.

En pacientes sin alteraciones funcionales se espera la involución espontánea del tumor. En los que presentan trastornos en la respiración o la deglución está indicada la exéresis quirúrgica limitada. No se informaron casos de recidiva, incluso en recesiones parciales³.

MATERIAL Y MÉTODOS

Después de realizar la historia clínica, radiografía periapical de la zona y exámenes de laboratorio, se programó la cirugía.

El día de la cirugía se procedió a calmar la ansiedad del paciente y los padres informándoles a cerca del procedimiento quirúrgico, con palabras sencillas y positivas.

Posteriormente se hizo firmar al padre el consentimiento informado.

Se procedió a desinfectar el campo operatorio con clorhexidina, la lesión fue extirpada con anestesia troncular para el nervio dentario inferior. Las soluciones anestésicas empleadas fueron Lidocaína al 2% con epinefrina 1:80.000. Una vez anestesiada la zona a intervenir se procedió a la exéresis con tijera recta y curva, evitando el bisturí debido a la presencia del germen del premolar.

Debido a la hemorragia que se controló adecuadamente, se protegió la mucosa con cemento quirúrgico.

Las muestra enviada fue fijada con formol al 10%, procesada y teñida con hematoxilina-eosina. Se prescribió antibiótico, analgésicos antiinflamatorios. Y se recomendó el uso de clorhexidina en colutorio, insistiendo en el mantenimiento de una buena higiene bucal postoperatoria por parte del paciente.

Se hicieron controles a los 7 y 15 días para comprobar la cicatrización y la evolución de la herida.

CASO CLÍNICO

Se presenta el paciente de 8 años de edad, con una lesión hiperplásica de aspecto de epuliforme en el sector IV de la cavidad bucal, refiriendo molestias y sangrado al masticar, a la observación clínica tiene un color rosa con matices rojizos y que sangra fácilmente al contacto con el espejo bucal, la lesión es móvil y de base sésil a nivel vestibular del proceso alveolar a la altura de la pieza^{3,4}.



Fig. 1: Paciente de 8 años, que se presenta con una hiperplasia en el sector IV, color rosa – rojizo de base sésil, sangrante al contacto.



Fig. 2: Debajo de la lesión en la radiografía periapical se observa el primer premolar en erupción, el segundo molar deciduo con rizólisis completa y caries profunda y el germen del segundo molar permanente.

Fig. 3: Resultados de laboratorio.

HEMOGRAMA

Eritrocitos M 4,2-5,6 F 4,2-5,4 X 10 ⁶ mm ³	Hemoglobina 12-13 g/dl	Hematocrito 35-38 %	VCM 80-95 u ³	HCM 27-31 uu ³	CHCM 32-33 %	Leucocitos 7-13 X 10 ³ mm ³
3,960	12,2	36	92,3	31,3	33,9	4,700

FORMULA LEUCOCITARIA

Monocitos 4-5%	Linfocitos 38-59%	Neutrófilos 34-46%	Cayados 5-11%	Eosinófilos 2-3%	Basófilos 0-0,5%	Erit.sed. 1 Hora Hasta 10 mm.
2	49	43	2	4	0	26 mm

Valores estandarizados para edades de 2 a 10 años.

PRUEBAS DE COAGULACIÓN

T. Sangría 1-3 min	T. Coagulación 5-12 min	Tiempo de Protrombina Paciente 11-13 Seg	Tiempo de Protrombina Control	Actividad de Protrombina 70-100%	INR 1,0-1,5
1 min. 50 seg.	7 min. 20 seg.	13 seg.	12 seg.	86,3%	1,12

RECuento PLAQUETAS

Examen	Resultado	Rango
Recuento de plaquetas	237 mil/mm ³	150-450



Fig. 4: Durante la exéresis se debe tener cuidado con el pre-molar en erupción.



Fig. 5: Remoción de la lesión de base sésil.



Fig. 6: En boca después de la remoción quirúrgica.



Fig. 7: Épulis fibroso de encía.



Fig. 8: Extracción de la pieza 75.



Fig. 9: Pieza 75 con rizólisis casi completa.



Fig. 10: Cemento quirúrgico para protegerlo durante las siguientes horas.



Fig. 11: Posoperatorio a las 24 horas.

Posteriormente de realizada la cirugía se da las indicaciones al paciente pertinentes a una extracción dentaria y se le realiza el tratamiento farmacológico.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Amoxidal duo 250 mg. Suspensión. 5 ml cada 8 horas por 7 días.

Ibuprofeno 100 mg. Suspensión. 7,5 ml cada 8 horas durante 2 días.

Clorhexidina 0,12% buchadas (60 seg) después del cepillado, 2 veces al día durante 10 días.

La lesión es enviada para su examen histopatológico con el diagnóstico presuntivo de fibroma de base sésil.

Los resultados del examen histopatológico (Consultorio de Anatomía Patológica y Citopatología Dr. Hugo Galarza Subelza) refieren a la:

DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA

Se recibe tejido que mide 1,8 x 1 cm. Consistencia firme aspecto nodular, caras de sección desflecada.

DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA

Las secciones histológicas muestran que se tratan de lesión que muestra proliferación de tejido fibroconectivo, proliferación vascular con la presencia de células gigantes tipo cuerpo extraño, hacia la profundidad se observa tejido óseo, por fuera y

revistiendo la lesión se observa epitelio plano poliestratificado proliferado con maduración conservada. No se observa malignidad.

DIAGNÓSTICO

Épulis fibroso benigno de encía.

DISCUSIÓN

Existe en la bibliografía actual el uso de diferentes términos para nombrar a los épulis de encía que los relacionan con la época de su aparición, etiología o composición histológica, lo que causa confusión al momento de nombrarlos.

El término de “hiperplasia” es más apropiado ya que se refiere a un crecimiento tisular, probablemente debido a un aumento en el número de células.

Además del término “hiperplasia” es necesario añadir el tipo de células o de tejido predominante en la lesión. Es entonces cuando será importante realizar una descripción clínica detallada de la lesión, así como la determinación de su tiempo de evolución y de los factores etiológicos, ya que la mayor o menor cronicidad de la patología favorecerán un mayor componente de tejido fibroso o vascular.

Siempre debe descartarse su malignidad y es de rutina un informe histopatológico para realizar un diagnóstico definitivo ya que este solo puede confirmarse con su estudio.

En algunas ocasiones, el odontólogo podrá ser el primer facultativo que detecte una lesión bucal relacionada con una enfermedad sistémica. Antes de efectuar cualquier maniobra terapéutica será necesario realizar pruebas complementarias como una ortopantomografía, una radiografía oclusal o radiografías periapicales que verifiquen la extensión e implicación de los tejidos duros adyacentes a la lesión.

CONCLUSIÓN

El épulis fibroso de encía es una de las lesiones más vascularizadas que existen por lo que su exéresis debe realizarse en forma cuidadosa, para no dejar restos de tejido de la lesión; aunque no se han reportado recidivas de épulis aun dejando tejido residual sin extirpar.

La elaboración de un plan de tratamiento individualizado con los procedimientos quirúrgicos es un requisito para una rehabilitación exitosa.

La preparación psicológica al niño y sus padres o acompañantes es de vital importancia para la colaboración en el acto quirúrgico.

Los controles posoperatorios son de vital importancia para el seguimiento del paciente y evolución posoperatoria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pires Correa, MS (2009) Odontopediatría en la Primera Infancia. Editorial. Santos. Brasil.
2. Cameron, A & Widmer, R (2010) Manual de Odontología Pediátrica. Editorial Elsevier-Mosby. España.
3. Biondi, A & Cortese, S (2010) Odontopediatría, Fundamentos y Prácticas para la Atención Integral Personalizada. Editorial Alfaomega. Argentina.
4. Mc Donald, R (2002) Odontología Pediátrica y del Adolescente. Editorial Mosby – Doyma Libros. España.
5. Instituto de Salud Sanitas Srl. (2017) <http://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/salud-dental/extirpación-épulis.html>.
6. Gaceta Dental Chimenos Eduardo (2009) <https://www.gacetadental.com/2009/03/lesiones-tumorales-y-pseudotumorales-benignas-de-la-cavidad-oral-31306/>
7. Ceballos A. (1993) Medicina Bucal. Editorial : Gráficas Anel. Granada.
8. Dechaume M, Grellet M, Laundenbach P, Payen J, eds. (1981) Estomatología. Editorial Toray-Masson. Barcelona.
9. Donado M. (1998) Introducción a las lesiones tumorales bucomaxilofaciales. In: Donado M, ed. Cirugía Bucal. Patología y Técnica. Editorial Masson. Madrid.
10. Margiotta V, Franco V, Giuliana G. (1991) Epulide: aspetti istopatologici ed epidemio-

- logici. Editorial Minerva. Francia.
11. Meritxell Tamarit Borràs (2005) http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-44472005000200009.
 12. García-Pola MJ, García JM. (1995) Lesiones elementales de la mucosa oral. Editorial Masson. Barcelona.
 13. Wood NK, Goaz PW. (1998) Lesiones exofíticas orales periféricas. Editorial Harcourt-Brace. Madrid.
 14. Tumini V, Di Placido G, D'Archivio D, Del Giglio AM. (1998) Lesión gengival hiperplástica en gravidez. Editorial Minerva. Francia.
 15. Daley TD, Nartey NO, Wysocki GP. (1991) Pregnancy tumor: an analysis. Editorial Oral Surg. EEUU.
 16. Mallo L, Rodríguez G, Goiriena FJ, Lafuente P. (2000) Patología de la mucosa oral en los ancianos institucionalizados españoles. Editorial Medicina Oral. España.