

Rodríguez, Fabiola Abril

**Hiperplasia en cavidad bucal
asociada a prótesis dental y
resto radicular en paciente
adulto mayor: presentación
de caso clínico**

**Trabajo final de la carrera de
Odontología**

Directora: Bonnin, Claudia

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](#)

TRABAJO INTEGRADOR



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

***HIPERPLASIA EN CAVIDAD BUCAL ASOCIADA A PRÓTESIS DENTAL Y RESTO
RADICULAR EN PACIENTE ADULTO MAYOR: PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO***

AUTOR: RODRÍGUEZ, FABIOLA ABRIL

TUTOR: DRA. MASÓ, SABRINA ELENA

TITULAR: DRA. BONNIN, CLAUDIA

CÓRDOBA, 2025

INDICE

RESUMEN.....	2
Palabras clave.....	2
Objetivo general.....	2
Objetivos específicos.....	2
Conclusiones.....	3
Abstract.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
CASO CLÍNICO.....	6
DISCUSIÓN.....	15
CONCLUSIONES.....	18
BIBLIOGRAFÍA.....	20

RESUMEN

Las hiperplasias en la cavidad bucal son lesiones reactivas que surgen como respuesta a estímulos irritativos crónicos sobre la mucosa oral. Entre los principales factores etiológicos, podemos encontrar: el uso prolongado de prótesis dentales removibles mal adaptadas, deficiente higiene oral y presencia de factores irritativos locales.

Mediante el presente trabajo, se describe el caso clínico de una paciente adulta mayor que acudió a la consulta odontológica en P.P.S, con el objetivo de renovar sus prótesis dentales. Durante el examen clínico intraoral, se observó una lesión hiperplásica localizada en el sector anterosuperior derecho, coexistiendo con un resto radicular correspondiente al elemento dentario 13. Además, se evidenció la necesidad de reemplazo de las prótesis superior e inferior debido a su antigüedad y deficiente estado de conservación.

Como tratamiento inicial, se realizó la extracción del resto radicular y cierre mediante sutura. Posteriormente, la paciente fue derivada a la Cátedra de Estomatología para evaluación, seguimiento clínico y estudio histopatológico de la lesión.

El propósito de este trabajo es determinar la prevalencia de la hiperplasia asociada al uso de la prótesis parcial removible y los demás factores presentes en la cavidad bucal de la paciente, describiendo características de la lesión y opciones de tratamiento.

Palabras clave: hiperplasia bucal, hiperplasia fibrosa inflamatoria, prótesis parcial removible, resto radicular.

Objetivo general

Analizar la aparición de una hiperplasia en la cavidad bucal asociada al uso de prótesis parcial removible desadaptada y a la presencia de un resto radicular en una paciente adulta mayor.

Objetivos específicos

- Identificar los factores etiológicos involucrados en el desarrollo de la lesión.
- Describir las características clínicas observadas.
- Analizar el tratamiento realizado y las alternativas terapéuticas disponibles.
- Destacar la importancia del control periódico, prevención y la rehabilitación protésica adecuada.

Conclusiones

La hiperplasia observada se encuentra asociada a la acción conjunta de una prótesis desadaptada, la deficiente higiene oral y la presencia del resto radicular. La eliminación de estos factores, la indicación del recambio de prótesis y la derivación a la Cátedra de Estomatología para evaluación de la lesión, resultan indispensables para confirmar el diagnóstico y establecer un correcto seguimiento clínico.

Abstract

Hyperplasias in the oral cavity are reactive lesions that arise in response to chronic irritative stimuli on the oral mucosa. Among the main etiological factors are: prolonged use of poorly fitting removable dentures, poor oral hygiene, and the presence of local irritants.

This paper describes the clinical case of an elderly female patient who visited the dental clinic in P.P.S. with the aim of replacing her dentures. During the intraoral clinical examination, a hyperplastic lesion was observed in the right anterior maxillary region, coexisting with a root fragment corresponding to tooth #13. Furthermore, the need to replace both the upper and lower dentures was evident due to their age and poor condition.

As initial treatment, the root fragment was extracted and the incision was closed with sutures. Subsequently, the patient was referred to the Department of Stomatology for evaluation, clinical follow-up, and histopathological study of the lesion.

The purpose of this study is to determine the prevalence of hyperplasia associated with the use of removable partial dentures and other factors present in the patient's oral cavity, describing the characteristics of the lesion and treatment options.

Keywords: oral hyperplasia, inflammatory fibrous hyperplasia, removable partial denture, root remnant.

General Objective

To analyze the development of hyperplasia in the oral cavity associated with the use of an ill-fitting removable partial denture and the presence of a root remnant in an elderly patient.

Specific Objectives

- Identify the etiological factors involved in the development of the lesion.
- Describe the observed clinical characteristics.
- Analyze the treatment performed and the available therapeutic alternatives.
- Highlight the importance of regular checkups, prevention, and appropriate prosthetic rehabilitation.

Conclusions

The observed hyperplasia is associated with the combined effect of an ill-fitting prosthesis, poor oral hygiene, and the presence of a root remnant. Eliminating these factors, indicating prosthesis replacement, and referring the patient to the Department of Stomatology for lesion evaluation are essential to confirm the diagnosis and establish proper clinical follow-up.

INTRODUCCIÓN

La mucosa oral se encuentra expuesta de manera constante a diferentes estímulos químicos, mecánicos y biológicos, lo que la hace susceptible al desarrollo de lesiones reactivas. La rehabilitación oral de pacientes parcial o totalmente desdentados conlleva ciertos riesgos, en especial cuando los aparatos protésicos no cumplen de manera correcta el criterio de convivir de manera adecuada y armónica con las diferentes estructuras anatómicas presentes en la cavidad bucal en relación con dicha aparatología.

Las prótesis dentales se encargan de devolver de la manera más completa posible las diferentes funciones y características que se perdieron, sin embargo la mayoría de los pacientes adultos mayores que son portadores de prótesis dentales, presentan atrofia alveolar producto del desajuste protésico, lo cual conlleva a una irritación mecánica de la mucosa que, a su vez, desencadena un proceso inflamatorio crónico que termina en la formación de tejido fibroso hiperplásico asintomático en las zonas de agresión, lo que puede denominarse como hiperplasia inflamatoria fibrosa o HIF. (Valdivia Silva, 2013)

Dentro de las lesiones reactivas, las hiperplasias de origen inflamatorio representan un grupo frecuente en la práctica estomatológica, en especial en pacientes portadores de prótesis de la sexta y séptima década, en su mayoría mujeres, esto pudiéndose asociar a cuestiones estéticas, localizadas con mayor frecuencia en el maxilar superior (Coelho et al., 2000), asociadas principalmente a la acción persistente de factores irritativos locales.

La hiperplasia inflamatoria, también denominada epulis fissuratum, constituye una lesión benigna caracterizada por la proliferación del tejido conectivo en respuesta a traumatismos crónicos, siendo el uso de las prótesis dentales desadaptadas, uno de los factores etiológicos más relevantes. (Muñantes et al., 2009) Como se mencionó previamente, esto se observa con mayor frecuencia en pacientes adultos mayores portadores de prótesis removibles, en quienes además influyen condiciones como la deficiente higiene oral o falta de cuidado de las prótesis, el uso prolongado de estas y la falta de controles de manera periódica.

La presencia de otros elementos adicionales, como lo son los restos radiculares, pueden intensificar la irritación, favoreciendo a la inflamación y la formación de lesiones hiperplásicas en zonas específicas de la mucosa oral.

CASO CLÍNICO

El presente caso clínico se desarrolla en relación a una paciente femenina, de 74 años de edad, jubilada, que se presenta sin acompañante a la consulta en la Clínica Odontológica de la Facultad de Ciencias de la Salud en la Cátedra de Práctica Profesional Supervisada de la Universidad Católica de Córdoba, con el objetivo principal de renovar sus prótesis dentales removibles. La paciente relata que utiliza las prótesis actuales desde hace varios años, siendo estas sometidas a múltiples “reparaciones” y ajustes previos, motivo por el cual manifiesta insatisfacción con las prótesis actuales debido a su deterioro, desadaptación y pérdida de estabilidad, lo que genera incomodidad durante su utilización y limita su función masticatoria, por lo que solicita su reemplazo.

Durante la anamnesis, no se registraron antecedentes médicos sistémicos de relevancia ni patologías que contraindiquen la atención odontológica. Al examen general, la paciente se mostró colaboradora, con una movilidad reducida moderada, requiriendo uso de andador para su desplazamiento.

Al examen clínico intraoral, con las prótesis en boca, se observó el desgaste y deterioro de ambas prótesis, así como deficiencias en su higiene y mantenimiento. Lo que particularmente atrajo la atención, fue la presencia de una lesión de aspecto hiperplásico localizada en el sector anterosuperior derecho, asociada al borde de la prótesis parcial removible. (Imagen N°1) (Imagen N°2)

Posteriormente, se solicitó a la paciente retirar las prótesis superior e inferior para realizar una evaluación detallada de los tejidos bucales y estructurales remanentes. Una vez removidas, se constata la presencia de una lesión exofítica de base sésil ubicada en la mucosa vestibular en relación al elemento dental 13. De igual manera, se pudo observar un resto radicular correspondiente a dicho elemento, en estrecha relación anatómica con la lesión. (Imagen N°3)

El examen clínico también reveló la presencia de las piezas dentarias 13 (resto radicular), 17 (restauración de amalgama por oclusal) y 27 (restauración de amalgama por oclusal) en maxilar superior y los elementos 31, 32, 33, 34, 41, 42, 43 y 44 en maxilar inferior. (Imagen N°4) Se puede observar que presenta una deficiente higiene oral, caracterizada por acumulación de placa y cálculo dental. Las características clínicas observadas permiten establecer como diagnóstico presuntivo un hiperplasia paraprotética asociada a irritación crónica producida por una prótesis parcial removible desadaptada y agravada por la presencia del resto radicular del elemento dentario 13.



Imagen N°1. Fotografía de la paciente con las prótesis.



Imagen N°2. Se observa la presencia de la lesión.

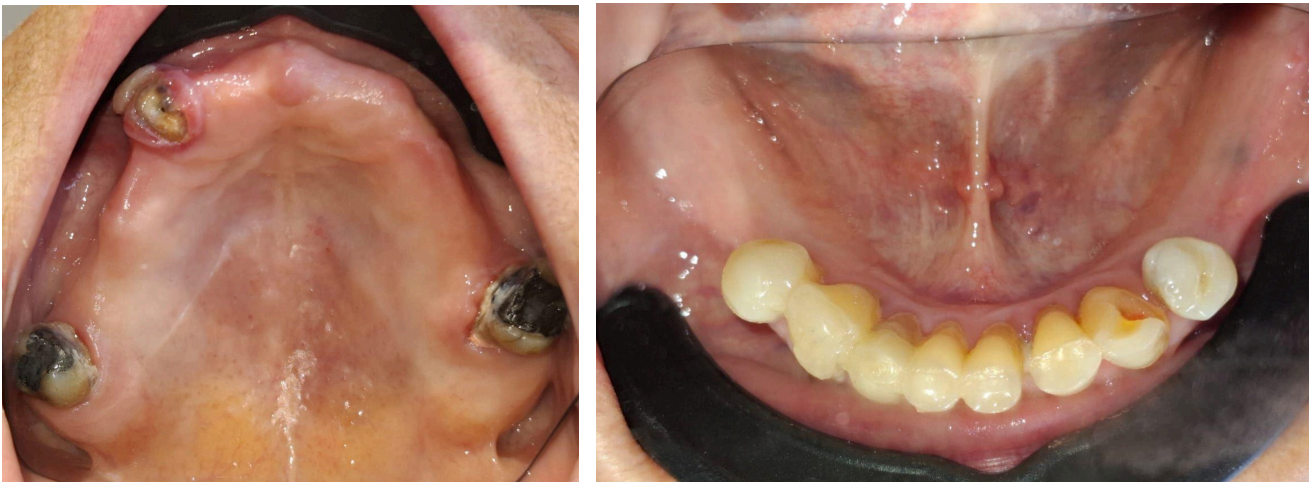


Imagen N°3. Fotografías oclusal superior e inferior sin prótesis.

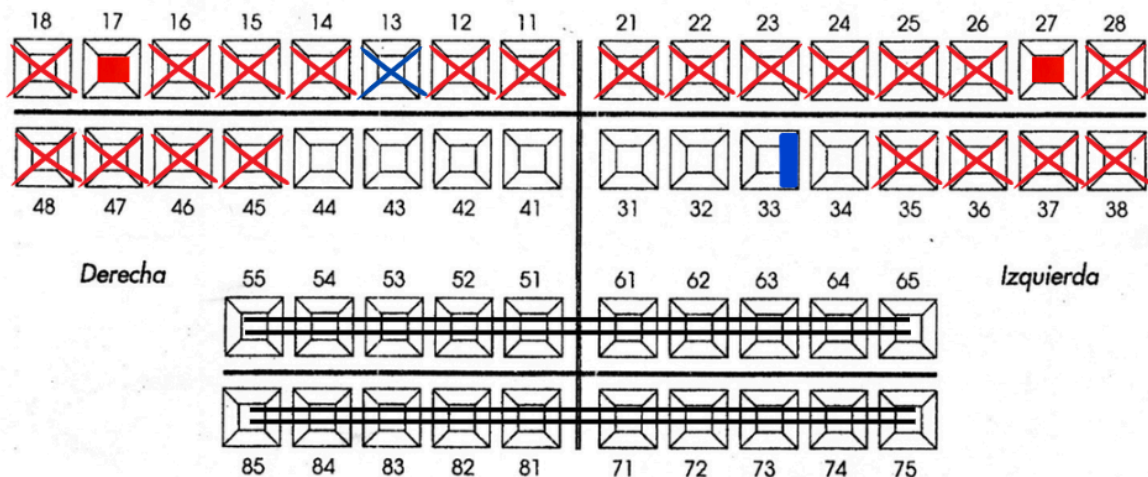


Imagen N° 4. Odontograma.

Con el objetivo de establecer un diagnóstico y elaborar un plan de tratamiento adecuado, se procedió a la confección de la historia clínica y al registro del odontograma, permitiendo identificar el estado general de los elementos dentarios presentes, la necesidad de restauraciones operatorias y las condiciones protésicas de la paciente. También se realizó el registro fotográfico intraoral, documentando el estado general de los tejidos blandos, la presencia de la lesión hiperplasia y las condiciones de las prótesis removibles parciales utilizadas por el paciente.

Como complemento a la evaluación clínica, se le realizó una radiografía periapical de la región correspondiente al elemento dentario 13, con el propósito de valorar las características del resto radicular observado clínicamente y determinar la conducta terapéutica más adecuada. Los hallazgos clínicos y radiográficos permiten confirmar la necesidad de incluir la extracción del remanente radicular dentro del plan de tratamiento, observándose que el mismo presenta material radiopaco compatible con un tratamiento endodóntico previo. (Imagen N°7)

La permanencia del remanente radicular tratado endodónticamente, sin posibilidades de rehabilitación protésica o restauradora, representa un potencial foco de retención de biofilm y un factor coadyuvante en la irritación crónica de los tejidos circundantes, por lo que se indicó su exodoncia en el odontograma como parte del tratamiento.

Debido a las características de la lesión presente en la cavidad bucal, se decide derivar a la paciente a la Cátedra de Medicina Bucal para una evaluación especializada, seguimiento clínico del caso y el estudio histopatológico mediante biopsia, con el fin de confirmar el diagnóstico definitivo y descartar otras posibles patologías de comportamiento similar.

De manera simultánea, se decide indicar derivación a prótesis para la planificación y confección de nuevas prótesis parciales removibles, dado que las que ya posee presentan múltiples reparaciones previas, deterioro y pérdida de adaptación lo que dificulta su funcionalidad. Se le brindaron instrucciones de higiene oral y cuidados protésicos, enfatizando la importancia de los controles periódicos y del correcto mantenimiento de futuras prótesis para prevenir nuevas lesiones asociadas a factores irritativos crónicos.



Imagen N°5. Fotografías intraorales de la lesión



Imagen N°6. Manipulación de la lesión exofítica con pinzas de algodón.



Imagen N°7. Radiografía periapical del resto radicular.

Como se describió anteriormente, debido a los hallazgos clínicos y radiográficos obtenidos durante la evaluación, se estableció como diagnóstico una hiperplasia fibrosa inflamatoria paraprotética, localizada en la mucosa vestibular del sector superior derecho, asociada al uso prolongado de una prótesis parcial removible superior desadaptada y a la presencia de un resto radicular correspondiente al canino superior derecho (elemento 13).





Imagen N°8. Fotografías las prótesis actuales de la paciente

Clínicamente, se presenta una lesión exofítica única, de aproximadamente 1 cm de diámetro, de base sésil, superficie predominantemente lisa, bordes bien delimitados y coloración rosada-eritematosa con áreas blanquecinas compatibles con cambios traumáticos por fricción. La lesión, de crecimiento lento, indoloro y con tendencia al sangrado ante la manipulación, son características que frecuentemente se encuentran descritas en lesiones hiperplásicas reactivas.

En relación a la lesión, se observó un resto radicular correspondiente al elemento 13, con destrucción coronaria por caries, el cual, junto con la prótesis removible deteriorada y desadaptada, constituyen un factor irritativo local crónico. La presencia simultánea del trauma mecánico repetitivo, presión continua sobre tejidos blandos, deficiente higiene oral y la acumulación de biofilm, favorecieron al desarrollo de una respuesta proliferativa del tejido conjuntivo compatible con la hiperplasia fibrosa inflamatoria.

La correlación entre los antecedentes de uso prolongado de las prótesis, los hallazgos clínicos descritos previamente que fueron observados al momento del examen y la localización de la lesión, permitió establecer dicho diagnóstico presuntivo, a la espera de su confirmación definitiva mediante una evaluación especializada y al correspondiente estudio histopatológico.



Imagen N°9. Lesión exofítica localizada por vestibular en relación al resto radicular del elemento 13.

Debido a que diversas lesiones de la mucosa oral pueden presentar características clínicas similares, se deben descartar otros posibles diagnósticos, entre los cuales se incluyen tumores benignos, lesiones reactivas y procesos infecciosos o malignos que se manifiestan con masas similares en la cavidad oral (Casian Romero et al., 2011).

Por lo general, el diagnóstico de la hiperplasia fibrosa inflamatoria, es clínico determinado por la relación que se presenta entre la causa y las consecuencias de la lesión, sumando también estudios histopatológicos como puede ser una biopsia excisional, así como nos podemos valer de estudios radiográficos para descartar comprometimiento óseo.

Entre los diagnósticos diferenciales, los principales son:

- Otras lesiones reactivas (origen traumático/inflamatorio):
 - Fibroma traumático: nódulo firme, liso, del mismo color de la mucosa, causado por roce o mordedura.
 - Granuloma piógeno: lesión rojiza, aspecto vascular, sangrante, de crecimiento rápido.
 - Hiperplasia papilar inflamatoria: paladar duro, aspecto granular, asociado a candidiasis y a uso contínuo de la prótesis.
 - Granuloma periférico: lesión exofítica, rojo azulada, exclusiva en encía o reborde alveolar.
- Neoplasias benignas de tejido blando:
 - Papiloma: lesión exofítica benigna, de aspecto verrugoso.

- Lipoma: tumor benigno adiposo, blando a la palpación, móvil, con ligero tinte amarillento.
- Neurofibroma: lesión firme, asintomática, de crecimiento lento. Derivado de nervios periféricos.
- Lesiones vasculares:
 - Hemangioma: lesión rojo o violáceo, blanquecino a vitropresión.
- Lesiones malignas:
 - carcinoma epidermoide (cáncer oral)
- Hiperplasia gingival inducida por fármacos

En este caso, se considera una hiperplasi paraprotética debido a la presencia de factores irritativos crónicos claramente identificables durante el examen clínico, como se mencionó previamente, el uso prolongado de una prótesis parcial removible desadaptada, además del estado en el que la misma se encuentra, junto con una deficiente higiene oral y la presencia de un resto radicular correspondiente al resto radicular del canino superior.

De igual manera, la localización de la lesión coincide con el área de contacto directo entre la prótesis y los tejidos blandos, observándose características clínicas compatibles con una respuesta hiperplasia secundaria a un trauma mecánico crónico. La asociación entre los hallazgos clínicos y los antecedentes de la paciente, permitió establecer una fuerte relación diagnóstica con una lesión reactiva inflamatoria.

La HIF es considerada una lesión reactiva no neoplásica, cuya aparición se relaciona directamente con irritación mecánica constante sobre la mucosa oral y se pueden clasificar según su localización en:

- Marginal: circunscrita en el área de la encía marginal.
- Papilar: se limita solo a la papila interdental.
- Difusa: afecta tanto a la encía marginal insertada como a la papilar.

Entre los principales factores etiológicos, podemos encontrar:

- prótesis removibles mal adaptadas,
- prótesis antiguas, fracturadas o en mal estado,
- sobreextensión de los bordes de las prótesis,
- mala higiene oral, que puede a su vez llevar a la acumulación de biofilm y la presencia de cálculo dental,
- presencia de restos radiculares,

- malposición dentaria,
- traumatismos repetitivos, entre otros.

Se considera que el pronóstico de este caso es favorable, siempre que se eliminen los factores etiológicos responsables y se mantenga un adecuado seguimiento del mismo.

La extracción del resto radicular, la derivación para la evaluación estomatológica y la futura rehabilitación mediante unas nuevas prótesis removibles, permitirán disminuir significativamente el riesgo de la recurrencia de la lesión o que la misma persista.

El tratamiento de las lesiones de caries presentes y la incorporación de hábitos adecuados para el cuidado de la higiene oral, contribuirán a la mejora de las condiciones generales de la cavidad bucal.

No obstante, el diagnóstico y pronóstico definitivo dependerá de la confirmación del diagnóstico mediante estudios histopatológicos, del cumplimiento de las indicaciones de la paciente y de la asistencia a controles periódicos para supervisar la evolución de los tejidos y la adaptación de las futuras rehabilitaciones protésicas. Es importante recalcar la necesidad de los controles, ya que, existe la posibilidad de la recurrencia de la lesión debido a la reincorporación de los factores irritativos crónicos, como pueden llegar a ser nuevas prótesis removibles.

El pronóstico de las HIF generalmente es favorable cuando los factores irritativos son eliminados, el seguimiento clínico y la educación del paciente son fundamentales para prevenir la recidiva o nuevas lesiones y mantener la salud de la cavidad bucal y los tejidos blandos.

DISCUSIÓN

En la actualidad, el aumento de la expectativa de vida y la creciente demanda de rehabilitaciones odontológicas, han contribuido a que, un número cada vez mayor de pacientes, utilicen prótesis dentales removibles durante períodos prolongados. Si bien estas rehabilitaciones permiten restablecer las funciones masticatoria, fonación y la estética, su uso contínuo sin controles periódicos, pueden favorecer la aparición de alteraciones en los tejidos blandos de la cavidad oral.

Con el paso del tiempo, los cambios fisiológicos del reborde alveolar, la reabsorción ósea y el desgaste propio de los materiales protésicos, producen una pérdida progresiva de la adaptación de las prótesis. Cuando estas condiciones no son detectadas a tiempo y corregidas, se generan zonas de presión excesiva, desigual y un trauma mecánico repetitivo sobre la mucosa oral, favoreciendo el desarrollo de lesiones reactivas como la hiperplasia paraprotética.

En el presente caso, la paciente es portadora de prótesis removible de larga data que han sido “reparadas” en más de una ocasión (Imagen N°8), que presenta un importante deterioro estructural y funcional. A esto, como se mencionó anteriormente, se le suma la higiene oral deficiente, el mal cuidado de las prótesis y la presencia de un resto radicular, todos factores que contribuyen en cierta manera a mantener un estado inflamatorio crónico y a favorecer la aparición de la lesión. Estos hallazgos, coinciden con lo descrito en otros casos, donde la hiperplasia inflamatoria fibrosa se relaciona frecuentemente con prótesis desadaptadas, traumatismos crónicos y ausencia de controles periódicos.

En relación al tratamiento, diversos autores señalan que la conducta terapéutica debe orientarse a la eliminación de la lesión todos aquellos factores etiológicos que se encuentren relacionados o sean responsables de su aparición. Entre las alternativas terapéuticas descritas, se encuentran el ajuste o reemplazo de las prótesis, la utilización de acondicionadores tisulares, la escisión quirúrgica convencional, la electrocirugía, la cirugía con láser de diodo o CO₂ y la criocirugía. La elección del tratamiento depende del tamaño de la lesión, el grado de fibrosis, la sintomatología y las condiciones generales del paciente.

Según el cirujano maxilofacial Guillermo Raspall, el tratamiento requiere de la eliminación quirúrgica y el ajuste o cambio de la prótesis. El enfoque de tratamiento (Protocolo Raspall) consiste en:

- Eliminación del agente causal: se retira la prótesis o se coloca acondicionador de tejidos para reducir la inflamación y evaluar si el tejido regresa a su estado normal por sí solo.
- Extirpación (cirugía pre-protésica): si la lesión que se presenta, es antigua, fibrosa y

de gran tamaño, no desaparecerá por sí sola, por lo que se realiza la resección quirúrgica (exéresis) del tejido hiperplásico.

- Regularización del reborde: en la mayoría de los casos, luego de retirar el exceso de encía, se decide alisar o regularizar pequeñas crestas del hueso maxilar (Dr. Guzmán et al., 2019).

En lesiones pequeñas o en estadíos iniciales, la eliminación del agente irritativo mediante el ajuste o reemplazo de prótesis, junto con el empleo de acondicionantes tisulares y el control de la higiene oral, puede favorecer la regresión parcial o total de la lesión sin necesidad de procedimientos quirúrgicos. Estas medidas buscan reducir el trauma mecánico crónico y permitir la recuperación de los tejidos afectados.

Cuando la lesión presenta un componente fibroso o un aumento de volumen significativos, suele indicarse la exéresis quirúrgica convencional mediante bisturí, una de las técnicas más utilizadas. Es considerado el tratamiento de referencia debido a su eficacia, facilidad de ejecución y posibilidad de obtener una muestra adecuada para estudio. La ventaja de esta técnica es que es de fácil acceso, bajo costo y permite la obtención de una muestra para la biopsia. Como desventaja, presenta mayor sangrado, necesidad de suturas y conlleva un mayor tiempo de cicatrización.

La electrocirugía utiliza corriente eléctrica para la resección del tejido, lo que permite menor sangrado y mejor control operatorio, pero presenta por desventaja la posible alteración térmica de la muestra histológica.

La cirugía láser de CO₂ o diodo permite menor dolor postoperatorio, menor sangrado y una cicatrización favorable, pero tiene un mayor costo y necesita de equipamiento especializado.

Tanto la electrocirugía como la cirugía con láser de diodo o CO₂, han demostrado resultados favorables al proporcionar un mejor control del sangrado, menor edema postoperatorio y mayor confort para el paciente.

La criocirugía también ha sido una propuesta como alternativa a determinados casos, especialmente en pacientes con limitaciones médicas o cuando se busca minimizar el trauma quirúrgico, sin embargo, presenta como desventaja no permitir la obtención inmediata de una muestra tisular adecuada para análisis histopatológico.

"Las alternativas terapéuticas descritas para la hiperplasia fibrosa inflamatoria incluyen la eliminación del agente causal, el reacondicionamiento o reemplazo de la prótesis, la

escisión quirúrgica convencional, la electrocirugía, la cirugía láser y la criocirugía, seleccionándose la conducta más apropiada según las características clínicas de la lesión y las condiciones del paciente" (Neville et al., 2016).

CONCLUSIONES

El estímulo irritativo crónico desencadena, inicialmente, una respuesta inflamatoria con formación de tejido de granulación, seguido de proliferación fibroblástica, aumento de las fibras colágenas, lo que produce una fibrosis progresiva y crecimiento hiperplásico.

Como parte del tratamiento inicial para este caso en particular, se optó por la extracción del resto radicular del elemento dentario 13 y realizar la sutura del área intervenida, esto debido a que el remanente constituía un factor irritativo local permanente que dificulta la resolución del proceso inflamatorio y comprometía la futura rehabilitación protésica. De igual manera, el remanente dentario ya comenzaba a generar molestias a la paciente, por lo que se procedió a la exodoncia colocando anestesia local a fondo de surco y por palatino. Retirado el resto, se realizó curetaje e irrigación de la zona, seguido de sutura.



Imagen N°11. Fotografías de sutura y resto radicular del elemento 13 extraído.

Finalizado el procedimiento, se le indicaron cuidados postoperatorios a la paciente, incluyendo cuidados de higiene oral, debido al deterioro de la prótesis, se le aconseja y motiva para el cambio de las prótesis, las cuáles son antiguas y están desadaptadas, lo que favorece a la aparición y persistencia de HIF.

Con respecto al manejo de la lesión, se la deriva a la Cátedra de Medicina Bucal de la Facultad de Ciencias de la Salud de Odontología para valoración, control y estudio patológico de la lesión. La derivación al área de prótesis también resulta necesaria, ya que el éxito del tratamiento a largo plazo, depende de la confección de nuevas prótesis removibles correctamente adaptadas.

La presencia del resto radicular del elemento 13 representó un hallazgo relevante dentro del

caso clínico, ya que además de actuar como reservorio bacteriano, contribuyó como factor irritativo y dificulta la adaptación de la prótesis. En algunos estudios, se señala que los restos radiculares pueden generar irritación crónica mecánica constante, infecciones crónicas y alteraciones funcionales que favorecen la aparición de la lesión.

El tratamiento se focalizó principalmente en la eliminación de los factores etiológicos mediante la extracción del resto radicular, la derivación para el manejo quirúrgico de la lesión y posterior planificación para una nueva prótesis.

La biopsia y el estudio histopatológico, constituyen procedimientos fundamentales en este tipo de lesiones, esto debido a que permiten confirmar el diagnóstico definitivo y descartar otras patologías de aspecto clínico similar, incluyendo lesiones potencialmente malignas.

Actualmente, se acepta de manera universal que esta lesión es una reacción localizada exagerada del tejido conectivo en respuesta a una lesión menor o cualquier irritación subyacente, como pueden ser cálculos, mala higiene, entre otros. (Garay et al., 2021)

Toda lesión hiperplasia reactiva debe tratarse eliminando factor etiológico y extirpando la lesión, siendo la escisión quirúrgica total el tratamiento de elección para minimizar la recurrencia de la lesión.

Este caso evidencia la importancia del diagnóstico temprano, el seguimiento periódico de pacientes portadores de prótesis dentales, el correcto cuidado de estas y la educación sobre higiene oral, especialmente en adultos mayores, con el fin de mantener la salud de los tejidos orales, mejorar la función y calidad de vida de los paciente, evitando la aparición de lesiones de este tipo.

La rehabilitación del adulto mayor que utiliza prótesis parcial y total, constituye un reto para el profesional de la salud bucal al tener que solucionar aspectos psicológicos, sociológicos y fisiológicos al momento de devolver la sonrisa, mejorar la autoestima y facilitar la masticación.

El tratamiento de este caso clínico, se debe continuar con la eliminación de la lesión evitando de esta manera su reaparición, además de que su análisis permitirá confirmar el diagnóstico definitivo de hiperplasia fibrosa inflamatoria y permitirá descartar patologías que se presentan de manera similar.

El seguimiento clínico y la rehabilitación protésica adecuada, serán determinantes para restablecer la salud de los tejidos orales, mejorar función bucal y mejorar la calidad de vida de la paciente.

El abordaje multidisciplinario constituye la estrategia más adecuada para restablecer la salud bucal, prevenir recurrencias y mejorar la calidad de vida de los pacientes adultos mayores.

BIBLIOGRAFÍA

1. HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATORIA ASOCIADA A PRÓTESIS REMOVIBLE. (2019). *Revista Odontológica Basadrina*, 1(1), 19-22. <https://doi.org/10.33326/26644649.2013.1.1.799>

HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATORIA ASOCIADA A PRÓTESIS REMOVIBLE | Revista Odontológica Basadrina
(<https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rob/article/view/799>)

2. Veena K, Jagadishchandra H, Sequria J, Hameed S, Chatra L, Shenai P. An extensive denture-induced hyperplasia of maxilla. *Ann Med Health Sci Res*. 2013 Nov;3(Suppl 1):S7-9. doi: 10.4103/2141-9248.121208. PMID: 24349860; PMCID: PMC3853619.

An Extensive Denture-Induced Hyperplasia of Maxilla - PMC
(<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3853619/>)

3. García Orellana BA, León Vintimilla M de L, Cornejo Córdova MA. Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria: Reporte de un caso. *HJCA* [Internet]. 31 de julio de 2021 [citado 7 de abril de 2026];13(2):136-0. Disponible en: <https://revistamedicahjca.iess.gob.ec/ojs/index.php/HJCA/article/view/666>

Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria: Reporte de un caso | REVISTA MÉDICA HJCA

4. Rodríguez Zegarra, A. F., & Sacsquispe Contreras, S. J. (2005). Hiperplasia fibrosa inflamatoria y posibles factores asociados en adultos mayores. *Revista Estomatológica Herediana*, 15(2), 139-144.
5. Casian Romero, A, Trejo Quiroz, P, De León Torres, C, & Carmona Ruiz, D. (2011). Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria: reporte de un caso. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, 4(2), 74-79. <https://dx.doi.org/10.4067/S0719-01072011000200007>

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0719-01072011000200007

6. <https://dspace-test.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/43665/1/6-Hiperplasia-Fibrosa.pdf>
7. Coelho, C. M., Zucoloto, S., & Lopes, R. A. (2000). Denture-induced fibrous inflammatory hyperplasia: a retrospective study in a school of dentistry. *The International journal of prosthodontics*, 13(2), 148–151. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11203624/>
8. Kafas P, Upile T, Stavrianos C, Angouridakis N, Jerjes W. Mucogingival overgrowth in a geriatric patient. *Dermatol Online J*. 2010 Aug 15;16(8):7. PMID: 20804684. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20804684/>) Mucogingival overgrowth in a geriatric

patient - PubMed

9. Muñante-Cárdenas, Jose Luis, Miguel, Jaimes, Sergio, Olate, & Albergaria-Barbosa, José Ricardo. (2009). Consideraciones actuales en hiperplasia fibrosa inflamatoria. *Acta Odontológica Venezolana*, 47(2), 460-466. Recuperado en 07 de junio de 2026, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000200026&lng=es&tlng=es.
https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000200026&lng=es&tlng=es
10. Moskona, D., & Kaplan, I. (1992). Oral lesions in elderly denture wearers. *Clinical preventive dentistry*, 14(5), 11–14. Oral lesions in elderly denture wearers - PubMed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1291182/>).
11. <https://revistas.bibdigital.uccor.edu.ar/index.php/method/article/view/5840/8017>
Garay, M. E., Gonzalez, C., Brusa, M., Piamonte, E., Panico, R., & Caciva, R. C. (2021). Lesión hiperplasia de la encía: caso clínico, histológico y tratamiento. revisión de la literatura. *Methodo Investigación Aplicada a Las Ciencias Biológicas*, 6(3), 140-144. [https://doi.org/10.22529/me.2021.6\(3\)07](https://doi.org/10.22529/me.2021.6(3)07)
12. Su Y, Yuki M, Hirayama K, Sato M, Han T. Denture Wearing and Malnutrition Risk Among Community-Dwelling Older Adults. *Nutrients*. 2020 Jan 5;12(1):151. doi: 10.3390/nu12010151. PMID: 31948104; PMCID: PMC7020032.
13. <https://revistacientificauod.wordpress.com/wp-content/uploads/2020/01/art-reg-fpo-2019-037.pdf> LESIONES BUCALES COMO FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES PORTADORES DE PRÒTESIS REMOVIBLE
14. Tamarit-Borrás M, Delgado-Molina E, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Removal of hyperplastic lesions of the oral cavity. A retrospective study of 128 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2005 Mar-Apr;10(2):151-62. English, Spanish. PMID: 15735548.