

MANEJO QUIRÚRGICO-ODONTOLÓGICO DE HIPERPLASIA FIBROSA EN LENGUA ASOCIADA A IRRITACIÓN CRÓNICA DE MOLARES INFERIORES FRACTURADOS POR CARIES

FIBROUS HYPERPLASIA ASSOCIATED WITH CHRONIC IRRITATION CAUSED BY DENTAL CARIES: DENTAL-SURGICAL MANAGEMENT

Hernández Marín Gabriela,¹ Prieto García Luz Nora,¹ Rodríguez Pérez María Alejandra,² Chávez Priego Tania,³ Graillet Mora Olivier,¹ Rodríguez López Diana María.^{1*}

1. Universidad Veracruzana. Maestría en Odontología Infantil de la Universidad Veracruzana. Lomas del Estadio s/n, C.P. 91000, Xalapa, Veracruz, México.

2. Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Centro de Alta Especialidad Dr. Rafael Lucio. Xalapa Veracruz. Av. Adolfo Ruiz Cortines 2903, C.P. 91020 Xalapa de Enríquez, Veracruz de Ignacio de la Llave.

3. Servicio de Patología Oral del Centro de Alta Especialidad Dr. Rafael Lucio. Xalapa Veracruz. Av. Adolfo Ruiz Cortines 2903, C.P. 91020 Xalapa de Enríquez, Veracruz de Ignacio de la Llave.

Resumen

Introducción: La hiperplasia fibrosa es una lesión benigna caracterizada por aumento de número de células en el tejido conectivo, fibras de colágeno y fibroblastos, causada por algún agente irritante. El abordaje odontológico de la hiperplasia fibrosa consiste en retirar la lesión y controlar agentes con morfología filamentososa o con superficie irregular, el retiro de la lesión suele ser quirúrgico o con electrocauterio, adicionalmente el análisis de la muestra mediante exámenes histopatológicos para confirmar diagnóstico.

Reporte del caso: Paciente femenina de 10 años, con lesión exofítica en lado izquierdo y al borde de lengua, con evolución de un año, asociada a molar fracturado, se rehabilitan múltiples lesiones cariosas, se extraen O.D. 75 y 85, se coloca arco lingual para posteriormente realizar biopsia de la lesión y confirmar diagnóstico.

Conclusiones: El manejo odontológico en lesiones de tejidos blandos provocadas por irritantes locales debe ser de manera interdisciplinaria, no es suficiente resolver la complicación. Se debe informar a los padres y cuidadores las causas de la enfermedad, reducir superficies cavitadas o fracturadas en molares para evitar irritación a tejidos blandos que provocan hiperplasia fibrosa.

Palabras clave: Hiperplasia fibrosa, caries de la infancia, manejo odontológico.

Abstract

Introduction: Fibrous hyperplasia is a benign lesion characterized by increased connective tissue cells, collagen fibers, and fibroblasts, caused by local irritation. Management consists of removing the lesion and controlling irritant factors. Removal is usually surgical or performed with electrocautery, followed by histopathological examination to confirm the diagnosis.

Case report: A 10-year-old female patient presented with an exophytic lesion on the left side of the tongue margin, present for one year and associated with a fractured molar. Multiple carious lesions were treated, teeth 75 and 85 were extracted, and a lingual arch was placed. A biopsy of the lesion was performed to confirm the diagnosis.

Conclusions: Management of soft tissue lesions caused by local irritants should be interdisciplinary; simply removing the lesion is insufficient. Parents and caregivers should be informed about the causes, and fractured or cavitated molars should be treated to avoid irritation leading to fibrous hyperplasia.

Keywords: Fibrous hyperplasia; childhood caries; dental management.

Fecha de recepción: 20 de abril de 2026

Fecha de aceptación: 07 de julio de 2026

*Envío de correspondencia: diarodriguez@uv.mx

Introducción

La caries dental es una enfermedad bucal, que se caracteriza por la destrucción de los tejidos duros que conforman al diente. Es reconocida como una enfermedad multifactorial, no transmisible dinámica y mediada por biopelículas de origen bacteriano que producen metabolitos ácidos que provocan la pérdida de la estructura anatómica del diente y que se identifica clínicamente por la formación de una cavidad patológica que puede desencadenar diversos problemas bucales.^{1,2}

Las cavidades generadas por caries dental pueden presentar características irregulares, con bordes no definidos y en ocasiones con filo, que afectan el tejido circundante de otras estructuras anatómicas como la lengua y la encía. La irritación localizada y constante puede generar lesiones reactivas.

Estas son consideradas como un aumento de volumen benigno, solitario y de naturaleza reactiva, que se desarrolla como consecuencia de una lesión tisular crónica y recurrente, la cual provoca una respuesta tisular exagerada o exuberante.³

Generalmente estas lesiones tienen una forma exofítica, de color similar a la superficie donde aparecen, se desarrollan en respuesta a una inflamación crónica ocasionada por una irritación de baja intensidad sobre la mucosa oral y tienen una alta recidiva si no se retira el factor que lo provoca.³⁻⁵

De acuerdo con lo descrito por Neville *et al.*, 2016, estas son consideradas como patologías maxilofaciales que se

clasifican como tumores de los tejidos blandos y comúnmente se les conoce como hiperplasias fibrosas.⁵

Las zonas más comunes donde aparecen son: la mucosa bucal, la lengua, el tejido gingival y los labios. Clínicamente, son crecimientos indoloros, pediculados o sésiles con coloración rosa al rojo, superficies lisas o ulceradas y con tamaños que varían de milímetros a centímetros. Inicialmente, se observan irregulares, rojas, vasculares y conforme evolucionan se vuelven bien definidas avasculares y de color, histopatológicamente se describen como tejido fibroso denso colagenizado.⁶

Los crecimientos reactivos pueden contener células gigantes multinucleadas, calcificaciones, así como el aumento en vasos sanguíneos, así como otros componentes tisulares dentro del tejido fibroso.^{6,8}

De Almeida *et al.*, en el año 2022, reportaron un estudio epidemiológico sobre los reportes anatomopatológicos de biopsias bucales en una clínica universitaria. Los autores identificaron que las hiperplasias fibrosas son las lesiones benignas de la cavidad oral más comunes, representando el 47 % de sus casos reportados. Además, refieren que estas lesiones se presentan generalmente en personas adultas y del sexo femenino.⁹

La atención odontológica de estas lesiones consiste en la escisión quirúrgica conservadora de la lesión en conjunto con la atención integral para la eliminación de los agentes irritantes causales, así como la referencia del espécimen biológico para su estudio histopatológico. Además, es importante realizar seguimientos periódicos del paciente.⁸

Reporte del caso

Paciente femenina de 10 años que acude por primera vez a consulta en el servicio de odontopediatría, adscrito a la Maestría en Odontología Infantil de la Facultad de Odontología, en la región Xalapa de la Universidad Veracruzana, referida por el servicio de cirugía maxilofacial de un Hospital de Tercer Nivel de esta misma ciudad, en compañía de su tutora (madre), para realizar rehabilitación dental integral previa a la escisión de tejido hiperplásico en borde de la lengua de lado izquierdo.

Se realiza historia clínica de manera indirecta a la madre quien refiere que “desde hace un año aproximadamente le salió una bolita en la lengua”, complementariamente no hay datos patológicos aparentes de relevancia. Asimismo menciona que el inicio de los hábitos de higiene oral de la paciente ocurre hasta los 3 años, posterior a identificar lesiones cariosas. La paciente no había recibido atención odontológica hasta el momento de su integración a la clínica universitaria. Hace un par de meses decidió ir al centro de salud de su comunidad donde remitieron para atención especializada y manejo de hiperplasia fibrosa reactiva en el Centro de Alta Especialidad Dr. Rafael Lucio.

Se inicia atención odontológica con el siguiente protocolo después de realizar la historia clínica y que la madre firmara el consentimiento informado.

1. Cita de valoración con Odontopediatría: Se realiza historia clínica completa, fotografías intraorales, entrevista motivacional, se realiza índice O'leary, se da técnica de cepillado Bass modificada. Se explica la importancia del cepillado con

pasta fluorada con 1450 ppm, después de cada alimento, así como el uso de auxiliares de la higiene. De acuerdo con el protocolo de riesgo CAMBRA, por ser paciente de alto riesgo se da cita en cuatro meses para control dental (Fig. 1a, 1c) (Fig. 2).²

2. Tratamiento restaurativo por cuadrantes: Superior derecho; O.D. 16 S.F.F., O.D. 55 resina, O.D. 54 extracción, O.D. 12 S.F.F, cuadrante superior izquierdo; O.D. 26 S.F.F, OD. 65 resina, O.D. 24 S.F.F, O.D. 22 S.F.F, inferior izquierdo; O.D. 36 S.F.F y cementado de banda de arco lingual, O.D. 75 extracción, O.D. 74. resina, inferior derecho O.D. 46 resina y cementado de arco lingual, O.D. 85. extracción, O.D. 84 resina. (Fig. 4).

3. Manejo de hiperplasia fibrosa reactiva en borde de lengua por parte de cirugía maxilofacial.

Libre de focos infecciosos de origen dental, se realiza escisión de lesión tumoral, de color rosa claro y bordes bien definidos, de longitud de 13 mm aproximadamente, forma ovoide, superficie lisa, y base sésil. (Fig. 1b).

Se inicia tratamiento con técnica de anestesia regional lado izquierdo y local en la zona, con aguja corta y anestesia lidocaína HCl 2 % con epinefrina 1:1000,000, se coloca un ansa con sutura para retraer la lengua y se efectúa un corte elíptico, dejando el borde expuesto, se realiza hemostasia suturando con puntos profundos la zona, la muestra obtenida se envía al servicio de histopatología del nosocomio con el propósito de confirmar el diagnóstico presuntivo. Se da farmacoterapia con analgésico y antiinflamatorio y realizar enjuagues con clorhexidina 0,12 % dos veces al día por diez días. Se da cita después de ocho días para retiro de puntos.

4. Confirmación de diagnóstico presuntivo por parte del servicio de patología.

Descripción macroscópica: Se recibió muestra fijada en formol, fragmento de tejido blando de forma irregular midiendo 12 x 10 x 7 mm, de coloración blanquecina superficie lisa y base sésil, corte consistencia blanda y de superficie interna blanquecina se incluye toda la muestra en una cápsula. (Fig. 3a)

Descripción microscópica: En las secciones estudiadas se identifica un fragmento de mucosa cuya lámina propia se observa proliferación de fibras de colágeno, dispuestas en haces desorganizados, entre los que se aprecian abundantes fibroblastos redondos y activos, así como vasos sanguíneos de pequeño calibre; el epitelio escamoso estratificado de la superficie se observa hiperqueratinizado e hiperplásico hacia la base de haces de músculo estriado esquelético que

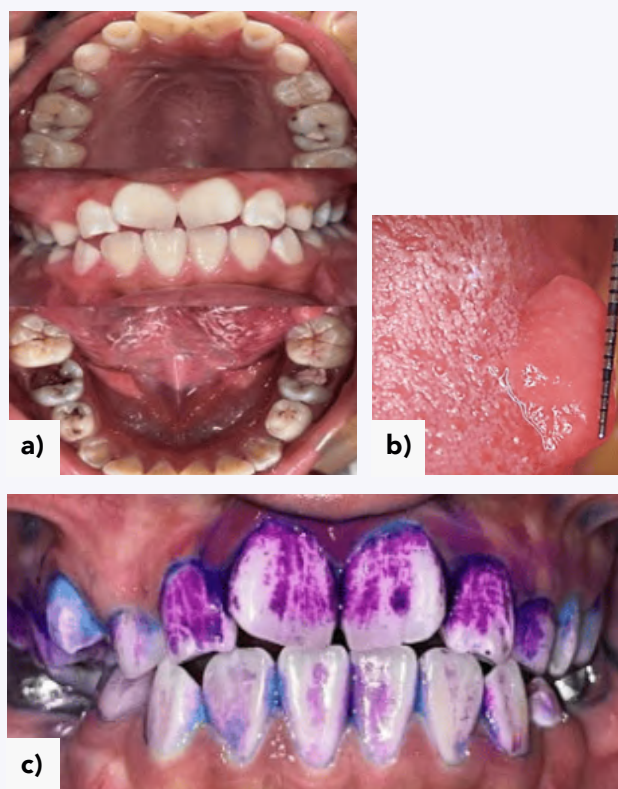


Fig. 1. Imágenes previas a la atención odontológica y quirúrgica.

a) Situación inicial del caso clínico. **b)** Lesión exofítica de borde bien definida y coloración rosa claro de 13 mm aproximadamente. **c)** Identificación de niveles de placa dentobacteriana: Índice O'Leary porcentaje: Higiene deficiente.



Fig. 2. Imágenes previas a la atención odontológica y quirúrgica. Reforzamiento de técnica Bass Modificada e instrucción de auxiliares de higiene.

se encuentra sin alteraciones, no se identifica datos sospechosos de malignidad. (Fig. 3b).

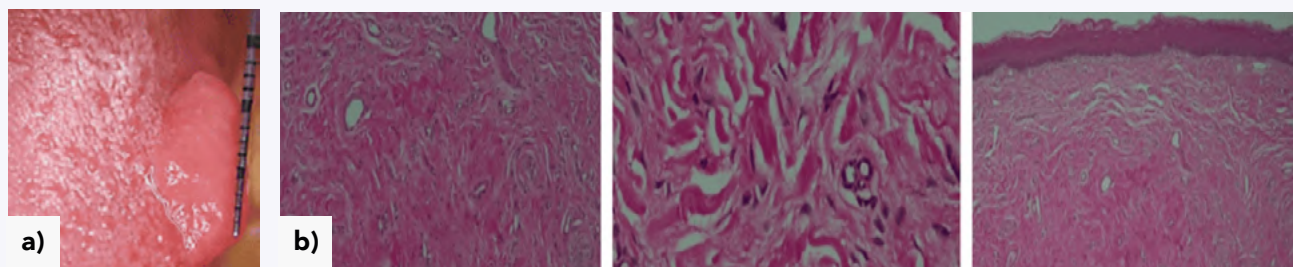


Fig. 3. Hiperplasia fibrosa

a) Imagen clínica de la lesión. **b)** Características histopatológicas de la lesión. Técnica de tinción hematoxilina-eosina donde se observa proliferación de fibras de colágeno dispuestas en haces de manera desorganizada, con abundantes fibroblastos redondos y activos de vasos sanguíneos de pequeño calibre, el epitelio escamoso estratificado de la superficie se observa hiperqueratinizado e hiperplásico. Imagen cortesía de Dra. Tania Chávez Priego.

Diagnóstico: hiperplasia fibrosa.

5. Cita de control ocho días posoperatorio (Fig. 4) y después de cuatro meses (Fig. 5).

Se presenta a consulta de control, se realiza exploración de tejidos duros y blandos, correcto ajuste de arco lingual se aplica Tri Plaque para reforzar técnica de cepillado se procede a realizar profilaxis dental, toma de fotografías intraorales, se comenta la importancia de que permanezca el arco lingual en boca hasta que aparezcan los segundos premolares.



Fig. 4. Imágenes posoperatorio

a) Ocho días posoperatorio: No se observa hinchazón, se observa formación de nuevo tejido y cicatriz madura, la paciente continúa con cuidados postoperatorios.



Fig. 5. Imágenes posoperatorio

a) Cuatro meses posoperatorios: Tejido especializado se observa con adecuada coloración, brillante, ligeramente irregular, a la palpación se detecta superficie fibrosa resultado de la cicatrización.

Discusión

Las lesiones reactivas como la hiperplasia fibrosa son patologías benignas de la cavidad oral secundarias a lesiones o factores irritantes locales, que en muy raras ocasiones evolucionan a procesos malignos.² Los sitios anatómicos que con mayor frecuencia presentan estas patologías son las mucosas bucales y se concentran principalmente en personas entre los 20 y 50 años, siendo las mujeres las más afectadas.^{7,9}

En la presentación de este caso clínico, se observó la presencia de una lesión tumoral en el borde lateral de la lengua de una paciente de 10 años con el diagnóstico histopatológico de hiperplasia fibrosa.

Este hallazgo es relevante, debido a la baja incidencia de estas lesiones en menores de edad. Habitualmente, las patologías bucales benignas que más afectan a grupos etarios de 0 a 17 años son los mucocelos.⁹

Sin embargo, hay reportes de investigaciones que han descrito la presencia de lesiones reactivas como la hiperplasia fibrosa local en niños.

En la patología bucal diversos autores han utilizado casi históricamente términos intercambiables como hiperplasia fibrosa, fibroma traumático, fibroma por irritación y pólipos fibroepitelial, aunque no son equivalentes desde el punto de vista histopatológico.^{4,6,7} Ante esta situación es necesario incluir diagnósticos diferenciales de patologías que puedan asociarse a este grupo de edades.

La hiperplasia fibrosa es una lesión reactiva benigna que presenta la proliferación de tejido conectivo denso no encapsulado, fibras de colágeno algunas veces hialinizadas y fibroblastos, algunas hiperplasias fibrosas locales presentan una superficie epitelial atrófica, cubiertas por epitelio hiperqueratósico⁴ que se asocian a trauma o irritación crónica como lo sucedido en este caso clínico.

Asundaria R. y otros en el año 2023 reportaron el caso de un fibroma traumático en la lengua de un paciente pediátrico, del sexo masculino de 11 años. Su reporte histopatológico describió la presencia de un epitelio hiperqueratinizado, atrófico e hiperplásico. Con tejido conectivo constituido por densas fibras de colágeno con áreas focales de hialinización, así como agregados locales de infiltrado inflamatorio de intensidad moderada.¹⁰

En este caso clínico, los resultados histopatológicos que nos fueron referidos por el departamento de patología bucal describen la presencia de un epitelio hiperqueratinizado, hiperplásico, así como la proliferación de fibras de colágeno desorganizadas. Datos que podrían coincidir con lo reportado por Asundaria R *et al.*, 2023.

Sin embargo, en la descripción microscópica reportada por patología, se menciona la presencia de fibroblastos redondos y activos, lo cual nos hace pensar en una lesión joven sometida a irritación continua o en diagnósticos diferenciales como en fibroma osificante periférico o fibroma de células gigantes con menores probabilidades de aceptación. El diagnóstico histopatológico emitido por patología fue hiperplasia fibrosa, la correlación clínica y patológica sumado a la presencia de un factor traumático irritante nos ha llevado a pensar en que esta lesión podría ser consistente con una lesión reactiva, la cual se ha descrito bajo términos de hiperplasia fibrosa local o fibroma por irritación. Por lo que es necesario establecer puntos de discusión sobre las nomenclaturas de la patología entre los profesionales clínicos y los patólogos.

Este es el primer caso clínico que está reportando una lesión reactiva como la hiperplasia fibrosa secundaria a una lesión de caries dental. La mayor parte de las investigaciones y otros reportes de casos clínicos describen lesiones de la mucosa bucal como la hiperplasia fibrosa, la hiperplasia fibrosa inflamatoria y la hiperplasia fibrosa focal asociadas al uso de prótesis bucales parciales o totales, aparatología ortognática, trauma oclusal o lesiones causadas por traumatismos mecánicos como mordidas.¹¹⁻¹⁵

En este sentido es importante recordar que la caries dental no solo es un factor de riesgo para infecciones odontológicas o lesiones de las mucosas bucales, sino que va más allá de un problema bucal que se asocia a diversos problemas de salud en general.

Conclusión

El manejo odontológico en niños que presentan múltiples problemas de salud bucal debe considerar la atención integral, inter y multidisciplinaria. La presentación de este caso clínico nos sugiere que la caries dental tiene repercusiones que no solo afectan a los dientes, sino también pueden comprometer a otras estructuras anatómicas de las mucosas bucales cercanas a la cavidad patológica y desarrollar lesiones reactivas.

La comunicación con los padres o cuidadores de los menores de edad es un punto clave en el entendimiento y manejo de los problemas de salud de sus hijos. Explicar y abordar el reconocimiento de factores de riesgo y de factores protectores para la caries dental, les daría la probabilidad de reducir la aparición de otras lesiones de la cavidad oral y disminuir la necesidad de atención médico-odontológica invasiva hacia los niños.

Referencias

1. Martignon S, Roncalli AG, Alvarez E, Aránguiz V, Feldens CA, Buzalaf MAR. Risk factors for dental caries in Latin America and the Caribbean. *Braz Oral Res.* 2021;35. doi: 10.1590/1807-3107bor-2021.vol35.0053.
2. Pitts NB, Baez RJ, Diaz-Guillory C, Donly KJ, Alberto Feldens C, McGrath C. Early Childhood Caries: IAPD Bangkok Declaration. *Int J Paediatr Dent.* 2019;29:384-386.
3. Babu B, Hallikeri K. Reactive lesions of oral cavity: A retrospective study of 659 cases. *J Indian Soc Periodontol.* 2017;21(4):258-263. doi: 10.4103/jisp.jisp_103_17.
4. Navas-Aparicio MC, Hernández-Rivera P. Hiperplasia fibrosa focal: lesión benigna de la mucosa oral. Revisión de la literatura. *Rev Estomatol Herediana.* 2021;31(3):186-193. doi: 10.20453/reh.v31i3.4048.
5. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. Chapter 12, Soft Tissue Tumors. En *Oral and Maxillofacial Pathology* (p. 517). St. Louis: Elsevier; 2016.
6. Fukumoto Y, Miyama T, Tanei ZI, Saito Y, Ota Y. Reactive bite-related tongue lesions in cognitively impaired epilepsy patients: A report of two cases. *Spec Care Dentist.* 2020;40(3):285-290. doi: 10.1111/scd.12470.
7. De Santana Santos T, Martins-Filho PR, Piva MR, de Souza Andrade ES. Focal fibrous hyperplasia: A review of 193 cases. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2014;18(Suppl 1). doi: 10.4103/0973-029X.141328.
8. Oliveira Cavezzi G, Cavezzi Junior O. Bilateral tongue fibrous hyperplasia: A case report and literature review. *Rev Estomatol.* 2023;31(1). doi: 10.25100/re.v31i1.12342.
9. De Almeida CG, Freitas F, Francisco H, Marques JA, Caramês J. Oral biopsies in a Portuguese population: A 20-year clinicopathological study in a university clinic. *J Clin Exp Dent.* 2022;14(12). doi:10.4317/jced.59688.
10. Asundaria RR, Tavargeri A. Excision of traumatic fibroma of the tongue in a pediatric patient: A case report. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2023;16(1):166-169. doi:10.5005/jp-journals-10005-2492.
11. Jaramillo-Correa M. Prevalencia de estomatitis subprotésica, queilitis angular e hiperplasia fibrosa asociada al uso de prótesis dental en una clínica universitaria de Medellín. *Revista Nacional de Odontología.* 2019;15(29): 1-10.
12. Wang Y, Gao M, Ge N, Gao Y, Chen Y, Yu G.-Y. Fibrous hyperplasia involving the orifice of Stensen's duct. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 2014;43(4): 418-421. doi: 10.1016/j.ijom.2013.08.011.
13. Mozzati M, Mortellaro C, Galesio G, Ruggiero T, Pol R. Surgical treatment of denture-induced fibrous hyperplasia with plasma rich in growth factors. *The Journal of craniofacial surgery.* 2015; 26(3): 772-775. doi.org/10.1097/SCS.0000000000001507.
14. Macedo Firoozmand L, Dias Almeida J, Guimarães Cabral L. Study of denture-induced fibrous hyperplasia cases diagnosed from 1979 to 2001. *Quintessence international.* 2005 (Berlin, Germany: 1985); 36(10): 825-829.
15. Casian Romero A, Trejo Quiroz P, De León Torres C, Carmona Ruiz D. Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria: reporte de un caso. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral.* 2011; 4(2): 74-79.