



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA ORAL

**PREVALENCIA DE LESIONES BUCALES REACTIVAS  
ENCONTRADAS EN DOS LABORATORIOS  
HISTOPATOLÓGICOS DEL MUNICIPIO LIBERTADOR  
DEL ESTADO MÉRIDA DESDE 2016 HASTA 2023**

Trabajo Especial de Grado para optar al título de Odontólogo

Autores: Mirlen Nieto

Lourdes Rey

Tutor: Od. Andreina Tejada

Cotutor: Od. Damian Cloquell

Mérida – Venezuela, junio 2024

## **DEDICATORIA**

A Dios todopoderoso por iluminarnos, guiarnos, darnos sabiduría y fortaleza en cada paso de nuestras vidas para culminar nuestra meta más anhelada.

A nuestros padres que son nuestro mayor orgullo, este triunfo lo compartimos por su amor, trabajo y sacrificio, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí. Son nuestros pilares fundamentales.

A nuestros abuelitos, por cuidarnos siempre desde que éramos unas niñas y estar acompañándonos a pesar de la distancia. Los amamos con todo nuestro corazón.

A Maria Francia, por interceder ante Dios para fortalecernos en el hábito de pensar hasta dominar nuestras tareas y capacitarnos para las de mayor importancia, con la finalidad de coronar nuestros estudios.

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## AGRADECIMIENTOS

Ahora, cuando culmina una etapa importante vemos alcanzada la meta propuesta y queremos agradecer este esfuerzo muy especialmente:

A Dios todopoderoso, por darnos vida, salud y fortaleza para cumplir con nuestros compromisos. Sigue iluminando nuestros días para que cada paso que demos sea firme y sea el camino correcto.

A nuestras familias, por ser el mayor motor, por creer en nuestros sueños, por el apoyo, consejos y valores que nos han inculcado.

A nuestros amigos, quienes nos acompañaron en este camino, gracias por cada palabra de aliento y por seguir luchando a nuestro lado hasta el final. ¡Son los mejores!

A nuestros compañeros de vida: La bendición de tener a alguien, implica que en el transcurso de la vida no estarás solo, gracias por estar de manera incondicional de principio a fin y por recordarnos que lo que se quiere lograr, aunque a veces tarde un poco más, siempre se puede.

A la Universidad de Los Andes, por ser nuestra casa de estudio durante estos años, será para nosotras un orgullo representarla donde nos depare el camino.

A la Facultad de Odontología y a todo su profesorado, por encaminar nuestros conocimientos.

A los Laboratorios Histopatológicos, Dr. Domingo Stea y Biopsias Mérida C.A y a todo su personal, por la gran colaboración brindada para poder llevar a cabo este estudio.

A la profesora Andreina Tejada, tutora que guió, supervisó y orientó con paciencia y amor esta investigación, agradecidas por su disposición y cariño.

Al profesor Damian Cloquell, por ser cotutor, guía y amigo, por estar presente en cada paso y sobre todo cuando más lo necesitamos.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS .....	iv
ÍNDICE DE CONTENIDO .....	v
ÍNDICE DE FIGURAS.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS .....	viii
RESUMEN .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I .....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	3
1.1 Definición y contextualización del problema .....	3
1.2 Objetivos de la investigación .....	6
1.2.1 Objetivo general.....	6
1.2.2 Objetivos específicos .....	6
1.3 Justificación.....	6
CAPÍTULO II.....	8
MARCO TEÓRICO.....	8
2.1 Antecedentes .....	8
2.2 Bases conceptuales.....	30
CAPÍTULO III.....	38
MARCO METODOLÓGICO.....	38
3.1 Tipo y diseño de investigación.....	38
3.2 Población y muestra .....	39
3.2.1 Población .....	39
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	39
3.4 Procedimientos .....	39
3.5 Principios éticos .....	40
3.6 Plan de análisis de resultados.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

CAPÍTULO IV.....	41
RESULTADOS.....	41
4.1    Presentación de los resultados.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
CAPÍTULO V .....	46
DISCUSIÓN .....	46
CAPÍTULO VI.....	49
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	49
6.1    Conclusiones .....	49
6.2    Recomendaciones.....	49
REFERENCIAS.....	51
ANEXO A.....	57

www.bdigital.ula.ve

## ÍNDICE DE FIGURAS

- Gráfico 1.** Prevalencia de lesiones bucales ...; **Error! Marcador no definido.1**
- Gráfico 2.** Prevalencia de lesiones bucales reactivas.; **Error! Marcador no definido.2**

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## ÍNDICE DE TABLAS

**Tabla 1.** Distribución de lesiones bucales reactivas con respecto a su posición anatómica..... **¡Error! Marcador no definido.**3

**Tabla 2.** Distribución de lesiones bucales reactivas respecto a la edad.....44

**Tabla 3.** Distribución de lesiones bucales reactivas respecto al sexo.....45

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA ORAL

# **PREVALENCIA DE LESIONES BUCALES REACTIVAS ENCONTRADAS EN DOS LABORATORIOS HISTOPATOLÓGICOS DEL MUNICIPIO LIBERTADOR DEL ESTADO MÉRIDA DESDE 2016 HASTA 2023**

Trabajo Especial de Grado para optar al título de Odontólogo

Autores: Mirlen Nieto

Lourdes Rey

Tutor: Od. Andreina Tejada y Cotutor: Od. Damián Cloquell

Mérida – Venezuela, junio 2024

## **RESUMEN**

**Introducción:** Las lesiones bucales reactivas (LBR) son causadas por agentes etiológicos físicos, químicos o térmicos. Clínicamente estas lesiones son similares, por lo que el estudio histopatológico es importante para obtener un diagnóstico definitivo. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de lesiones bucales reactivas encontradas en dos laboratorios histopatológicos del municipio Libertador del estado Mérida desde enero del 2016 hasta septiembre del 2023. **Metodología:** estudio observacional, descriptivo, de prevalencia y retrospectivo. Se revisó la base de datos de dos laboratorios histopatológicos. **Resultados:** La prevalencia de LBR fue de 10%, destacando el Fibroma Traumático con un 73%, la encía como sitio anatómico con 39,99%. Fue más frecuente entre los 50 a 69 años con 46,66% y el sexo femenino representó el 70%. **Conclusión:** Se determinó que la prevalencia de LBR fue baja. Las mujeres a partir de la sexta década de vida, representaron la población más vulnerable. **Palabras Claves:** lesiones reactivas, prevalencia, granuloma de células gigantes, fibroma.



## INTRODUCCIÓN

La mucosa bucal cumple con diversas funciones importantes, entre ellas la protección de los tejidos profundos de la cavidad bucal y al poseer diversos mecanismos de defensa contribuye con la homeóstasis de la misma. Ésta puede estar influenciada por estímulos internos y externos que la condicionan, pudiendo presentar irritaciones, inflamaciones, trastornos del desarrollo e incluso afecciones neoplásicas, pudiendo interferir en la vida diaria del paciente, lo que hace importante su conocimiento o estudio.

Las lesiones bucales reactivas se producen por agentes etiológicos físicos, químicos o térmicos, caracterizándose por ceder al eliminar el estímulo que las ocasiona. Suelen ser asintomáticas, lo que le confiere poca atención por parte de quien las padece, debido a esto, asisten al odontólogo de manera tardía, generalmente cuando ven afectadas las funciones diarias de cavidad bucal. En la mayoría de los casos, estas lesiones son parecidas clínicamente por lo que el diagnóstico histopatológico toma un papel fundamental.

El Fibroma Traumático, el Granuloma Periférico de Células Gigantes, el Fibroma Periférico Osificante y la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria Inducida por Prótesis son las lesiones bucales reactivas, clasificadas así por la Organización Mundial de la Salud.

La prevalencia de las lesiones bucales reactivas varía según la ubicación geográfica de los individuos en cuanto al tipo de lesión, localización anatómica, sexo y edad, por lo que se hizo necesario conocer el comportamiento epidemiológico en nuestro medio. En Venezuela se encontró poca información y en el estado Mérida no se hallaron estudios acerca de la prevalencia de lesiones bucales reactivas, por lo que se hizo importante realizar el presente estudio, donde se llevó a cabo la revisión de 286 registros pertenecientes a la base de datos de dos laboratorios histopatológicos

del municipio Libertador del estado Mérida desde enero del 2016 hasta agosto del 2023.

Este informe presentó un nivel de investigación descriptivo, con un diseño observacional, descriptivo, de prevalencia y retrospectivo. Se empleó como técnica de recolección de datos la revisión documental y como instrumento una ficha de recolección de datos. Está estructurado de la siguiente manera: -Capítulo I conocido como planteamiento del problema: consta de la definición y contextualización del problema, objetivos y justificación de la investigación. -Capítulo II comprende el marco teórico, donde se encuentran los antecedentes y bases conceptuales. -Capítulo III corresponde al marco metodológico, contiene el nivel y diseño de investigación, la población, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimiento, principios bioéticos e indica cómo será el análisis de los resultados, -Capítulo IV constituido por la presentación de los resultados y descripción de la muestra. Capítulo V se refiere a la discusión y -Capítulo VI a las conclusiones y recomendaciones.

# CAPÍTULO I

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### **Definición y contextualización del problema**

La lesión de la mucosa bucal se conoce como cualquier alteración anormal del color, aspecto o pérdida de integridad de la superficie, así como su inflamación. Aunque algunas son benignas y no requieren tratamiento, otras pueden presentar una patología de gravedad. Además, estas lesiones pudiesen interferir en la calidad de vida de los pacientes, afectando la masticación, la deglución y el habla, presentando síntomas como dolor, irritación y ardor<sup>1</sup>.

Dichas lesiones pueden ser el resultado de un trauma físico, químico o térmico. Pueden originarse por mordeduras accidentales, alimentos afilados, bordes fracturados de los dientes, comida caliente o cepillado con fuerzas excesivas. Algunas lesiones también pueden resultar de iatrogenias o durante el tratamiento dental u otros procedimientos que involucran la cavidad bucal<sup>2</sup>.

Por lo general, las alteraciones de la mucosa asociadas con traumatismos son un hallazgo relativamente común en la práctica odontológica. Existe una amplia gama de trastornos de la mucosa bucal causados por traumatismos agudos y crónicos. Se manifiestan como úlceras, lesiones blancas o rojas, mucositis e hiperplasia reactiva o incluso como exposiciones óseas<sup>2</sup>.

Entre la diversidad de lesiones de la cavidad bucal, se encuentran las lesiones reactivas, que surgen como respuesta a la presencia de restauraciones defectuosas, biopelícula dental, cálculo dental, traumatismo y factores iatrogénicos. No se consideran neoplasias y tienen una histopatología distintiva para identificar su diagnóstico<sup>3</sup>. Una de sus características principales es la inflamación crónica, donde los procesos de inflamación/reparación ocurren simultáneamente con la producción

de tejido de granulación; por lo tanto, la mayoría de estas lesiones presentan una producción exuberante de este tejido, lo que les confiere el aumento de tamaño<sup>4</sup>.

Clínicamente, pueden presentarse como masas pedunculadas o sésiles e indoloras, en las cuales el color puede ir desde el rosa claro al rojo. El aspecto de la superficie varía desde una masa lisa no ulcerada hasta una ulcerada; el tamaño de la lesión oscila desde unos pocos milímetros hasta varios centímetros<sup>5</sup>.

Las lesiones reactivas según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de tumores de cabeza y cuello para el año 2017, se clasifican de la siguiente manera: Fibroma Traumático también denominado Hiperplasia Fibrosa Focal, Granuloma Periférico de Células Gigantes, Fibroma Periférico Osificante, Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria Inducida por Prótesis y Granuloma Piógeno o Granuloma Telangiectásico<sup>6</sup>. A partir del año 2018, según la Sociedad Internacional para el Estudio de Anomalías Vasculares, éste último es considerado una lesión vascular benigna<sup>7</sup>.

Cabe destacar que dichas lesiones suelen ser clínicamente muy similares, por lo que es un asunto complejo para el diagnóstico diferencial, pero poseen características histopatológicas que las diferencian<sup>8</sup>.

El Fibroma Traumático, también denominado Hiperplasia Fibrosa Focal, es considerada la lesión reactiva más frecuente en la cavidad bucal, histológicamente se presenta como una masa nodular sólida, no encapsulada, cubierta por epitelio escamoso estratificado, tejido conectivo denso con presencia de colágeno tipo I y III, y en ocasiones tejido conectivo fibroso hialinizado<sup>9</sup>. Otra lesión reactiva es el Granuloma Periférico de Células Gigantes, suele denominarse como una lesión osteolítica localizada caracterizada por células gigantes de tipo osteoclasto<sup>10</sup>, consiste en una proliferación de células gigantes multinucleadas y una proliferación de células mesenquimáticas, asociada a vascularización prominente, hemorragia abundante, también puede presentar signos de inflamación crónica y áreas de formación de hueso reactivo e incluso calcificaciones distróficas<sup>11</sup>.

Por otro lado, el Fibroma Periférico Osificante se considera una lesión gingival reactiva que presenta grados variables de mineralización y puede surgir del ligamento

periodontal o del periostio<sup>12</sup>, se caracteriza por una proliferación fibrosa con un gran número de fibroblastos, el cual se asocia con la formación de un producto mineralizado que puede incluir hueso, material similar al cemento radicular, calcificación distrófica o una combinación de ambos, su rasgo característico es un tejido conectivo altamente celular que contiene focos de material calcificado<sup>3</sup>. Por último, la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria Inducida por Prótesis también denominada épulis fisurado, histológicamente se caracteriza por una sobreproducción de tejido conjuntivo fibroso, delimitado por epitelio escamoso superficial<sup>13</sup>.

La mayoría de los estudios epidemiológicos encontrados referentes a lesiones reactivas de la cavidad bucal fueron publicados en el continente asiático<sup>8,12,14-23</sup>, seguido del continente americano, dentro los cuales destacan los países: Colombia<sup>24,25</sup>, Brasil<sup>26,27</sup>, Costa Rica<sup>28</sup>, Perú<sup>29</sup>, Cuba<sup>30</sup>, México<sup>31,32</sup> y Chile<sup>33,11</sup>.

Las lesiones reactivas más frecuentes en esos estudios según cada región fueron las siguientes: en Colombia (Bogotá<sup>25</sup>) la lesión más prevalente fue el Fibroma Traumático<sup>25</sup> (12.6%), en el sexo femenino y mayormente en el grupo de 51 a 60 años. En Brasil (Santa Catarina<sup>26</sup> y Rio de Janeiro<sup>27</sup>), la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria (72%), cuya localización anatómica más frecuente fue el reborde alveolar, en el sexo femenino y en la sexta década de vida<sup>26</sup>; así mismo, el Fibroma Traumático (47%) con prevalencia en mujeres con edad media de 40-53 años, con ubicación en encía de maxilar superior<sup>27</sup>. En Costa Rica (San José)<sup>28</sup>, el Fibroma Traumático (27,2%), ubicado con mayor frecuencia en la lengua, en el sexo femenino y en la sexta década de vida. En Perú (Chimbote)<sup>29</sup>, el Fibroma Traumático (15,91%) con ubicación frecuente en los carrillos y en pacientes a partir de la sexta década de vida. En Cuba (Cienfuegos)<sup>30</sup>, el Épulis Fisurado (8%) en pacientes del sexo femenino. En México (Ciudad de México<sup>31</sup> y Toluca<sup>32</sup>), dentro del grupo de origen reactivo la lesión más prevalente fue la Hiperplasia Fibrosa (8.5%), en el sexo femenino y en el rango de 50.1 años de edad<sup>31</sup>; de igual manera, la Hiperplasia Fibrosa (43%), cuya ubicación fue en la zona anteroinferior de la encía y con predilección por el sexo masculino<sup>32</sup>. Finalmente, en Chile (Santiago<sup>11</sup> y Talca<sup>33</sup>), la Hiperplasia Fibrosa con un 71,1%, ubicado en la mucosa de los carrillos y con

predilección por el sexo femenino<sup>11</sup>. Además, el Fibroma Traumático (10,8%) fue la lesión más prevalente, en el sexo femenino<sup>33</sup>.

Sin embargo, la información que estos proporcionan no es completamente comparable con nuestra población, ya que existen diferencias culturales, étnicas y demográficas<sup>34</sup>.

En Venezuela se realizó una investigación sobre la prevalencia de lesiones benignas y desórdenes potencialmente malignos que afectan a la mucosa bucal, el resultado fue alto (46,2%) con respecto a la muestra estudiada, arrojando desde el punto de vista clínico que las lesiones más prevalentes fueron las pertenecientes al grupo de lesiones reactivas (31,82%), donde el Fibroma Traumático fue la lesión más común (25,01%) y la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria Inducida por Prótesis también conocida como Épulis Fisurado, ocupó el tercer lugar (10,73%)<sup>34</sup>.

Así mismo, en el estado Mérida se llevó a cabo una investigación con el objetivo de determinar la prevalencia de lesiones de la mucosa bucal en una población atendida en centros odontológicos del estado, obteniendo como resultado que la lesión más prevalente fue la úlcera traumática con 21 casos (17.5%). En relación a lesiones de tipo reactivas la prevalencia fue baja con solo 10 casos (8.3%) de las cuales hallaron 3 Fibromas Traumáticos (2,5%), y 3 Hiperplasias Fibrosas Inducidas por Prótesis (2,5%)<sup>35</sup>.

Finalmente, en Venezuela, en el estado Mérida y específicamente en el municipio Libertador no se han encontrado estudios que se centren solo en la prevalencia de lesiones bucales reactivas, por ende, queda en evidencia el vacío de información sobre este tipo de lesiones tanto nacional como regionalmente. Por esta razón surge la siguiente interrogante: ¿Cuál es la prevalencia de lesiones bucales reactivas encontradas en dos laboratorios histopatológicos del municipio Libertador del estado Mérida desde enero del 2016 hasta agosto del 2023?

## **1.1 Objetivos de la investigación**

### **1.1.1 Objetivo general**

Determinar la prevalencia de lesiones bucales reactivas encontradas en dos laboratorios histopatológicos del municipio Libertador del estado Mérida desde enero del 2016 hasta agosto del 2023.

### **1.1.2 Objetivos específicos**

- Identificar la lesión bucal reactiva más prevalente encontrada en los laboratorios
- Describir la presencia de lesiones bucales reactivas con respecto a su posición anatómica.
- Identificar la presencia de lesiones bucales reactivas según la edad.
- Identificar la presencia de lesiones bucales reactivas con respecto al sexo.

## **1.2 Justificación**

Desde hace varios años, en el campo de la salud bucal, la mayoría de los trabajos epidemiológicos se centran en la salud dental y/o periodontal. Las investigaciones dedicadas a estudiar las patologías de la mucosa bucal suelen ser menos frecuentes<sup>35</sup>. Es por ello que la realización de este estudio toma importancia, puesto que, las lesiones reactivas de cavidad bucal se presentan frecuentemente y se hace necesario ampliar y actualizar las investigaciones al respecto.

Conforme a las búsquedas realizadas de literatura, en Venezuela y en el estado Mérida fueron hallados pocos estudios referentes a la prevalencia de lesiones en cavidad bucal<sup>34,35</sup>. Sin embargo, no se encontraron estudios relacionados a la prevalencia de lesiones bucales reactivas, por lo que se seleccionaron dos de los principales laboratorios histopatológicos privados de la ciudad, los cuales reciben gran afluencia de muestras de cavidad bucal, siendo emitidas tanto por práctica privada como por instituciones públicas, resultando pertinente la realización de investigaciones referentes al tema.

Analizar la epidemiología de las lesiones en la mucosa bucal, sirve para orientar a los odontólogos en cuanto a las lesiones más frecuentes y su relación de acuerdo a edad, sexo y localización anatómica<sup>28</sup>. Con la realización de la presente investigación se pretende determinar las lesiones bucales reactivas más frecuentes en esta población de estudio, lo que podría ayudar al clínico en su prevención y diagnóstico, ya que, a la hora de atender a estos pacientes, pudiese tener indicios sobre cuáles son las lesiones bucales reactivas que más se presentan, favoreciendo las opciones en el diagnóstico tanto presuntivo como diferencial. De igual manera, los resultados que arroje esta investigación pueden ser de gran valor científico y clínico, tanto para los odontólogos como para las instituciones epidemiológicas y educativas, con el fin de brindar una mejor atención en salud a la población.

Finalmente, este estudio pudiese contribuir con futuras investigaciones a través del aporte de datos actualizados que contribuyan a mejorar el enfoque epidemiológico en el municipio Libertador del estado Mérida, así como en cada lugar donde realicen estudios similares.

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)



## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Antecedentes**

En esta sección se consideran aspectos teóricos fundamentales del estudio. De esta manera se incluyen estudios previos que poseen relación con la presente investigación. A continuación, se citan investigaciones nacionales e internacionales expuestas en orden geográfico del lugar más cercano al más lejano, y en orden cronológico del más reciente al más antiguo.

##### **2.1.1 América Latina**

Arango de Samper et al.<sup>24</sup> en el año 2021 publicaron un estudio realizado en Colombia, con el objetivo de caracterizar el tipo y la prevalencia de las lesiones de la mucosa oral. El mismo fue un estudio observacional descriptivo que consideró una base de datos de 2.564 casos entre enero de 2003 a diciembre 2012. El diagnóstico más prevalente fue el relacionado con procesos reactivos (39,3%), de éstos la mayor prevalencia fue del sexo femenino con 589 casos (58,4%). Según la edad de los pacientes, se observa que los procesos reactivos se presentan con mayor frecuencia en la primera década de la vida. Concluyeron que existe una importante prevalencia de lesiones reactivas de la mucosa oral en la población de la muestra, aunque la naturaleza de las lesiones varía según la edad y sexos. Por tanto, cobra relevancia el realizar seguimientos a muestras amplias y durante un periodo de tiempo considerable para determinar las variaciones que se dan entre las posibles lesiones orales en una población específica.

Han, et al.<sup>25</sup> En el 2022 publicaron un estudio realizado en la Universidad del Bosque en Colombia, con el objetivo de determinar la prevalencia de las diferentes patologías diagnosticadas en el servicio de biopsias de la facultad de odontología entre los años 2012 al 2021. Fue observacional, descriptivo y transversal, evaluaron 207 informes. La lesión más prevalente fue el Fibroma (12,6%) y la tercera fue la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria (7,7%). Se observó mayor prevalencia de casos en el grupo femenino (59,3%), en comparación al masculino. La tasa de prevalencia máxima se observó en el grupo de 51 a 60 años (24,3%). Concluyeron que es importante que los profesionales de Odontología estén entrenados desde su academia para realizar una detección temprana a las diferentes patologías que afectan la salud oral de los colombianos y que se deben realizar más estudios nacionales de este tipo.

Dutra et al.<sup>26</sup> en 2018 publicaron un artículo donde investigaron la incidencia de lesiones hiperplásicas reactivas en la cavidad oral en un servicio de patología bucal en Santa Catarina, Brasil. Fue un estudio retrospectivo donde todos los casos de lesiones hiperplásicas reactivas se recuperaron de los registros de pacientes de un laboratorio de patología oral del año 2006 a 2016. Se consideraron los casos en los que los diagnósticos histopatológicos fueron Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria, Granuloma Piógeno Oral, Fibroma de Células Gigantes, Fibroma Osificante Periférico y Lesiones Periféricas de Células Gigantes, se recopilaron los siguientes parámetros: sexo, edad y grupo étnico del paciente; y datos relacionados con la lesión como tamaño, color, ubicación y etiología. Durante el período de 10 años, 2400 casos de lesiones bucales fueron biopsiados y examinados histológicamente. De este total, 534 casos fueron diagnosticados como lesiones hiperplásicas reactivas, con una incidencia del 22,25%. La lesión más frecuentemente observada en este estudio fue la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria, representando el 72% de los casos diagnosticados. Ocurrió principalmente en mujeres, con mayor incidencia evidente durante la sexta década de la vida (32,4%). La localización anatómica de preferencia fue el reborde alveolar (22,0%) y la mucosa yugal (20,7%). En cuanto al Granuloma Piógeno Oral, las mujeres fueron las más afectadas (74,2%) con una mayor incidencia durante la

primera y segunda década de la vida (21,6%); dentro de estos casos, el 11,6% eran mujeres embarazadas y el 8,3% recurrencias. La localización anatómica se encontró mayormente en la cresta alveolar (53,9%) y los labios (20,6%). El Fibroma Osificante Periférico afectó principalmente a las mujeres (85,7%) durante la tercera (25,0%) y la cuarta (21,4%) décadas de la vida, ocurrieron en encía y reborde alveolar. La Lesión Periférica de Células Gigantes tuvo una mayor incidencia en el sexo masculino (61,1%), durante la primera y segunda décadas de la vida (45,0%). Todos estos casos ocurrieron en la cresta gingival y alveolar. Las lesiones hiperplásicas reactivas tuvieron alta incidencia entre las patologías bucales. La comprensión de sus características clínicas ayuda a proporcionar un diagnóstico claramente definitivo, así como a identificar los factores etiológicos relacionados con su desarrollo, lo que contribuye a asegurar un tratamiento adecuado y un pronóstico positivo sin recurrencia.

Baesso et al.<sup>27</sup> en el año 2023 en Brasil, publicaron un estudio con el objetivo de acceder a la frecuencia y distribución de las características clínicas e histológicas de las lesiones hiperplásicas reactivas de la mucosa gingival y alveolar. Este fue un estudio observacional retrospectivo donde recuperaron los registros que incluían en el diagnóstico la Hiperplasia Fibrosa (HF), el Granuloma Piogénico (GP), el Fibroma Osificante Periférico (FOP) y el Granuloma Periférico de Células Gigantes (GPCG), llevado a cabo en los laboratorios histopatológicos de la Universidad Federal Fluminense, Universidad Estatal Rio de Janeiro y Universidad Estácio de Sá. Se proporcionó información sobre edad, sexo, ubicación anatómica, entre otras. La muestra final estuvo compuesta por 996 estudios, incluidos 463 HF (47%), 280 GP (28%), 183 FOP (18%) y 70 GPCG (7%). Las mujeres representaron el 66% (655 casos) y los hombres el 34% (334 casos). La edad de los pacientes osciló entre 3 a 95 años, con edades medias entre 40 y 53 años. En cuanto a la ubicación La HF, GP y FOP en encía de maxilar superior. Finalmente, concluyeron que estos estudios son importantes para el odontólogo porque le ayuda a estar familiarizado con el perfil clínico e histológico de estas lesiones.

Boza y López<sup>28</sup> en el año 2019 publicaron su estudio para conocer la frecuencia de las diferentes lesiones de la mucosa oral, de acuerdo a los informes de biopsias de la Universidad de Costa Rica y así obtener información de epidemiología local respecto a este tema. Los datos fueron recolectados del archivo de biopsias de la Facultad de Odontología de la UCR de 2008 a 2015 a partir de los informes de biopsia de los pacientes. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo del paciente, año de realización de la biopsia, sitio anatómico y diagnóstico histopatológico de la lesión. Se analizaron un total de 263 biopsias, de las cuales las lesiones se presentaron mayormente en el sexo femenino (54.8%), el grupo etario con mayor número de lesiones fue el de sujetos entre los 50-59 años. Se encontraron de forma más frecuente en lengua (25.9 %), encía (23.6 %) y labio (23.2 %). Las lesiones se dividieron en 11 grupos, el primero de ellos correspondía a lesiones proliferativas no neoplásicas (38.7 %), dentro de este grupo se encontró la lesión con mayor prevalencia de todos los grupos: Hiperplasia Fibrosa (27.2%), seguido de Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria (7.7%), Granuloma Piógeno (1.9%) y Fibroma Osificante Periférico (1.5%). En este grupo predominó el sexo femenino con 58.4%. Concluyeron que, debido a la carencia de estudios nacionales en esta área, este artículo aporta datos epidemiológicos importantes de las diferentes lesiones en la cavidad bucal que principalmente se presentan en Costa Rica, contribuyendo al enriquecimiento de los conocimientos necesarios para profesionales de odontología.

Fernández<sup>29</sup> en el año 2017 en Chimbote-Perú realizó un estudio para determinar la prevalencia de lesiones reactivas en la cavidad oral en el Área de Cirugía de Cabeza y Cuello. El mismo fue cuantitativo, observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo. La muestra se conformó por 44 historias clínicas y recogieron la información en una ficha de observación donde adjuntaron el número de historia clínica y los diagnósticos para las lesiones bucales reactivas. Los resultados arrojaron que la prevalencia de lesiones reactivas fue de 40.91% respecto a la muestra determinada para el estudio. La lesión reactiva que actúa en cavidad bucal con mayor

frecuencia es el Fibroma Traumático (15.91%), seguido del Granuloma Periférico de Células Gigantes (9.09%), Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria (4.54%) y Granuloma Piógeno (2.27%). Con respecto a la localización anatómica de estas lesiones en cavidad bucal el Fibroma Traumático se encuentra mayormente en la mucosa de los carrillos, el Granuloma Periférico de Células Gigantes y la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria en reborde alveolar y Granuloma Piógeno en encía. Estas cuatro lesiones predominaron en la edad de 50 años en adelante y en el sexo femenino a excepción de la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria que predominó en el sexo masculino. Concluyó que la prevalencia de lesiones reactivas en la cavidad oral en el Área de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital La Caleta es de 40.91%, siendo un porcentaje alto en relación con otros estudios.

García et al.<sup>30</sup> en 2010 llevaron a cabo una investigación en Cuba para describir las características de las prótesis removibles usadas en la población de adultos mayores de 60 años de edad y su relación con las lesiones de la mucosa oral. Se realizó un estudio descriptivo, correlacional, de corte transversal. La muestra de estudio estuvo formada por 125 ancianos portadores de prótesis, de los consultorios uno, dos y tres del área III de salud de la ciudad de Cienfuegos. Los datos fueron tomados a partir de la historia clínica de atención primaria y del examen físico bucal que se le realizó a cada individuo en la consulta. Los datos recogidos fueron plasmados en la historia clínica de cada paciente y luego llevado a una hoja de datos para ser procesados. Las variables que se estudiaron fueron edad, sexo, higiene de la prótesis, estado de conservación, tiempo de uso y tipo de prótesis, tipo de lesión y hábito de fumar. El 8% presentaba lesiones de crecimiento hiperplásico (Épulis Fisurado) y 2,4% Fibroma. Las lesiones mucosas de la cavidad bucal aumentaron en las personas que tenían una mala higiene de esta, el riesgo de que aparezca una lesión determinada es de más de dos veces superior en aquellas personas que guardan una higiene deficiente. De las 49 personas que tenían algún tipo de lesión, 37 eran del sexo femenino, lo que representa, para ellas, un riesgo de tener lesión 1,33 veces más que las personas del sexo masculino. Las lesiones mucosas fueron más frecuentes en

aquellos con prótesis en mal estado (desajustadas y/o desgastadas). En este caso, se pudo comprobar que el 50% de éstos tenían lesiones, lo que significó un riesgo de lesiones cuatro veces superior en relación con los individuos que tenían prótesis en buen estado. Finalmente, en este análisis se aprecia que las variables que influyen de manera significativa en las lesiones bucales son el estado de conservación de las prótesis (desajustadas y desgastadas) y la inadecuada higiene bucal que pueden tener las personas.

Liceaga et al.<sup>31</sup> en el 2019 realizaron un estudio en México con el objetivo de evaluar la frecuencia de estudios histopatológicos de muestras del Hospital Juárez de enero a diciembre. Se realizó un estudio retrospectivo de 152 muestras histopatológicas y se analizaron variables: sexo, edad y diagnóstico histopatológico. De acuerdo con el diagnóstico histopatológico se dividieron en inflamatorias y reactivas, infecciosas, quísticas y neoplásicas odontogénicas benignas y malignas, además de neoplasias benignas y malignas no odontogénicas. De acuerdo al diagnóstico histopatológico, las lesiones más frecuentes son las de origen inflamatorio y reactivo con 60 casos (39.47%) perteneciendo en su totalidad al sexo femenino. Dentro de estas, el diagnóstico más común fue la Hiperplasia Fibrosa con 13 casos (8.5%) con promedio de edad de 50 años, el Granuloma Periférico de Células Gigantes 3 casos (1.9%) con promedio de edad 36.3 años, y el Granuloma Piógeno solo en 3 casos (1.9%) con promedio de edad 38.5 años. Concluyeron que el estudio arroja datos de la frecuencia de diagnósticos histológicos constituyendo información de referencia relacionada con los aspectos epidemiológicos que pueden ser útiles en estudios posteriores.

Espinosa et al.<sup>32</sup> en 2005 llevaron a cabo un estudio en México con el objetivo de determinar la prevalencia de lesiones de la mucosa bucal en los pacientes pediátricos. Se realizó un estudio descriptivo y transversal, el cual consistió en la exploración bucal según los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud, a los pacientes pediátricos que acudieron a consulta odontológica por primera vez y

subsecuente, y que pasaron al servicio de prevención entre el 01 de noviembre y el 23 de diciembre de 2004, en el Centro de Especialidades Odontológicas del Instituto Materno-Infantil del estado de México, en Toluca. Fueron examinados 1.165 pacientes, encontrando 86 lesiones, prevalencia de 7.4%, las cuales correspondieron a 59.3% en el sexo masculino y 40.7% en el femenino, con una relación hombre: mujer de 1.6:1. El rango de edad varió de 1 a 16 años. La lesión más frecuente fue la Hiperplasia Fibrosa (43%), asociada a la mala higiene bucal aunada al empleo de bracketts, predominó en sexo masculino. Las localizaciones más frecuentes fueron encía en zona anteroinferior (65%), encía anterosuperior (27%) y la zona posterior tanto superior como inferior (8%). Dos casos correspondieron a Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria Inducida por Prótesis, antes conocida como *Épulis Fissuratum*; en ambas las lesiones se localizaron en fondo de surco superior, en proximidad con aparatos ortodónticos removibles con excedente de material acrílico. En dos pacientes masculinos de cinco y ocho años, se detectaron lesiones correspondientes a Granuloma Piógeno (2,32%). La odontología a lo largo de los años ha tenido un enfoque restaurativo, sin embargo, en la actualidad se ha descubierto la importancia de la prevención de las diversas lesiones bucales y sólo algunos centros odontológicos en el país poseen un departamento encargado de esta función. La importancia de un diagnóstico precoz y preciso se ve reflejada en la eficacia del tratamiento, por lo cual es importante conocer los principales padecimientos que nuestros niños presentan, ya que existen medidas para disminuir la incidencia de algunos de ellos.

Rivera et al.<sup>33</sup> publicaron en 2016 una investigación para determinar la frecuencia de lesiones de la mucosa oral en una población chilena. Se realizó un estudio retrospectivo con una muestra de conveniencia de 277 pacientes ancianos del servicio de patología y medicina oral. El estudio abarcó un período de 14 años, desde marzo de 2001 a diciembre de 2014. Se revisó el tipo de alteración, el lugar de ocurrencia y el sitio anatómico. Las mujeres representaron el 72,6% de la muestra, la mayoría de los pacientes tenían entre sesenta y setenta años. De la muestra total, se

encontraron 72 lesiones de mucosa oral y en función de la frecuencia las lesiones se clasificaron como cinco principales. La más frecuente incluyó Fibroma de Irritación (10,8%), Épulis Fissuratum (4,3%) de los casos. Ambas lesiones tuvieron predilección por el sexo femenino, Fibroma de Irritación (19 casos) y Épulis Fissuratum (10 casos). En cuanto a la ubicación el Fibroma de Irritación afectó mayormente la mucosa de las mejillas (33,3%). Finalmente, estos números permitirán el establecimiento de políticas preventivas y de adecuación de los servicios clínicos.

Maturana et al.<sup>11</sup> en el año 2015 publicaron su estudio para determinar la frecuencia relativa y distribución de lesiones reactivas hiperplásicas de la mucosa oral, presentes en el registro de biopsias del Servicio de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología, Universidad de Chile. Procesaron los archivos del año 2000 al 2011 del departamento de patología y medicina bucal. El estudio incluyó muestras con diagnóstico histopatológico de lesión hiperplásica reactiva según la revisión de Buchner et al. Las mismas fueron clasificadas en 4 grupos: Hiperplasia Fibrosa (HF), Granuloma Piógeno (GP), Granuloma Periférico de Células Gigantes (GPCG) y Fibroma Osificante Periférico (FOP). Fueron analizadas con base en su frecuencia y distribución según la edad y sexo del paciente, además la localización anatómica. De las 6.369 muestras diagnosticadas en los registros, 1.149 (18%) eran lesiones hiperplásicas reactivas; de las cuales 71,1% eran HF, 21,1% GP, 5% eran GPCG y 2,9% FOP. En cuanto a la distribución por sexo las lesiones hiperplásicas reactivas afectaron al 72,2% de mujeres y 27,8% hombres; en la HF predominaron las mujeres (70,7%), para GPCG eran hombres (51,6%), FOP mujeres (57,1%) y para GP mujeres (79,3%). Con respecto a la edad, estas lesiones predominaron desde la cuarta hasta la sexta década de la vida. La localización más frecuente de todas fue el maxilar; GP e HF se ubicaron con mayor frecuencia en la mucosa de carrillos. Las diferencias de frecuencia en las distintas series al comparar este estudio con estudios en otros países pueden explicarse por el nivel socioeconómico, variaciones culturales, recursos disponibles y el tipo de departamento donde se realizó la investigación. Estos tipos de variables deben ser evaluados en el futuro con el fin de asociarlos con



la frecuencia de las patologías diagnosticadas y por tanto ayudar a mejorar el enfoque epidemiológico en cada país que realiza estudios similares.

### **2.1.2 Europa**

Farynowska et al.<sup>36</sup> publicaron en el año 2018 un estudio con el objetivo de presentar la epidemiología y características clínicas e histopatológicas de las lesiones reactivas. Fue un estudio retrospectivo donde los datos fueron recolectados de los archivos de la Clínica y Departamento de Cirugía Bucal y Periodoncia, de la Universidad de Ciencias Médicas de Poznan, Polonia. Datos de los registros de pacientes desde enero de 2013 hasta diciembre 2017 fueron analizados para identificar el sexo y la edad de los pacientes, la ubicación de las lesiones, el diagnóstico histopatológico final, el tratamiento seleccionado y la imagen histopatológica. Estuvo compuesto por los registros de 116 pacientes, incluyendo 70 mujeres (60,3%) y 46 hombres (39,7%), de 18 a 91 años (edad media: 55,74). Se incluyeron a todos los pacientes con diagnóstico histopatológico final de: Granuloma Periférico de Células Gigantes (GPCG), Granuloma Piógeno (GP), Angiofibroma (AF), Lipofibroma (LF), Fibroma de Irritación (FI), Granuloma Fisuratum (GF), Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria (HFI) e Hiperplasia Inflamatoria Papilar (HIP). Todas las lesiones reactivas fueron clasificadas según la CIE-DA (Clasificación Internacional de Enfermedades de Odontología y Estomatología) y por la clasificación de la OMS de tumores (2005). La Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria fue la lesión más prevalente (31,9%), seguido por Fibroma de Irritación (31%), Granuloma Piógeno (12,9%) y Granuloma Periférico de Células Gigantes (8,6%). La distribución con respecto al sexo la HFI fue casi igual en mujeres que en hombres, FI, GP y GPCG mayormente en mujeres. La mayoría de las lesiones aparecieron entre la quinta y séptima década de la vida. La mucosa bucal fue el sitio más comúnmente afectado (25%), seguido de los labios inferiores (22,4%), encía marginal (15,5%) y mucosa vestibular (15,5%). La mayoría de las lesiones reactivas se observaron en el maxilar. La HFI y FI fueron más frecuentes en la mucosa de las mejillas y en la mucosa del labio inferior, respectivamente. El sitio más común de GP y GPCG fue la

encia marginal anterior con predilección por la mandíbula. Finalmente, en el manejo de lesiones reactivas, la vigilancia y un diagnóstico inicial adecuado seguido de la confirmación histopatológica es crucial; además de la escisión completa y la eliminación de agentes causales para evitar complicaciones y recidivas.

### 2.1.3 África

Soyele et al.<sup>37</sup> publicaron en el año 2019 un estudio en Nigeria donde revisaron el patrón de distribución de las lesiones hiperplásicas reactivas localizadas de la mucosa oral. Fue un estudio transversal y retrospectivo en el que todos los registros existentes en los archivos de la unidad del Departamento de Patología Oral, Cirugía Oral y Maxilofacial de la Universidad Obafemi Awolowo, Ile-Ife, se extrajeron entre 2006 y 2015. Los casos a incluir en este estudio fueron los categorizados como Hiperplasia Fibrosa Focal, Granuloma Piógeno, Fibroma Osificante Periférico y Granuloma Periférico de Células Gigantes. La distribución general fue un total de 390 lesiones bucales en los archivos, el 20% fueron lesiones hiperplásicas reactivas. La más común fue Granuloma Piógeno (43,7%), seguido de Hiperplasia Fibrosa Focal (39,7%), Fibroma Osificante Periférico (12,8%) y el menos común fue el Granuloma Periférico de Células Gigantes (3,8%). La mayoría de las lesiones se observaron en la tercera década de vida (30,2%). El sexo femenino (62,7%) fue más afectado que el masculino en todas las lesiones. Respecto a la ubicación anatómica de las lesiones, todas se encontraron mayormente en encía inferior.

Por otro lado, Effiom et al.<sup>38</sup> en 2011 publicaron un artículo con el objetivo de revisar las características clínico-patológicas de las lesiones gingivales reactivas focales en el Hospital Universitario de Lagos, en Nigeria. Realizaron una revisión retrospectiva en los registros de los Departamentos de Biología/Patología Oral y Maxilofacial entre enero de 1970 y diciembre de 2008. Los casos a incluir en este estudio fueron los categorizados como Granuloma Piógeno, Granuloma Periférico de Células Gigantes, Hiperplasia Fibrosa y Fibroma Osificante Periférico. Datos clínicos

disponibles en cuanto a edad, sexo, ubicación, duración estimada de la lesión y modalidad de tratamiento se obtuvieron y analizaron de los registros de los pacientes para cada caso. De 5.572 lesiones registradas, 314 eran lesiones gingivales reactivas focales con una tasa de prevalencia de 5,6%. El Granuloma Piógeno fue la lesión más común constituyendo el 57% de los casos, seguido de Fibroma Osificante Periférico el 20,4%, Hiperplasia Fibrosa 19,4% y Granuloma Periférico de Células Gigantes 3,2%. En todas las lesiones predominó el sexo femenino (62,7%). Las lesiones fueron mayormente vistas en la segunda (21,7%) y tercera (30,2%) década de la vida. Según la ubicación anatómica la mayoría de lesiones se ubicaron por vestibular de la mandíbula (33,1%). En cuanto a las zonas, en región incisiva/canina (51,6%), seguida de la región premolar (24,8%,) y región molar (23,6%). Concluyen que las lesiones gingivales reactivas focales son lesiones relativamente poco frecuentes de la cavidad oral con una tasa de prevalencia del 5,6%.

Awange et al.<sup>39</sup> en 2009 publicaron un estudio realizado en la División de Patología y Medicina Oral en la Universidad de Nairobi, Hospital Dental de Kenia, en África, con la finalidad de documentar la frecuencia, distribución y características clínico-patológicas de las hiperplasias inflamatorias reactivas localizadas. Las historias clínicas y el registro histopatológico fueron examinados para extraer todas las entradas realizadas como hiperplasia inflamatoria reactiva localizada, desde marzo de 1991 a diciembre de 2005. La información con respecto a la edad, sexo, sitio de la lesión, manejo clínico y características histopatológicas fueron evaluadas y tabuladas respectivamente. Se analizaron un total de 3.135 biopsias orales durante el período de 14 años de las cuales 333 fueron histopatológicamente diagnosticadas como Lesiones Hiperplásicas Reactivas de la mucosa bucal, esto constituyó el 10,6%. La distribución de las hiperplasias reactivas reveló que el Granuloma Piógeno fue la segunda lesión más común (28,3%), Hiperplasia Fibrosa (12,3%), Fibroma Osificante Periférico (3,6%), Granuloma Periférico de Células Gigantes (1,8%) e Hiperplasia por Irritación de Prótesis Dentales (0,9%). La distribución por edad indica que osciló entre 2 a 78 años (media = 30,5 años) con mayor prevalencia entre los 20 a 29 años. La

distribución de género indicó que 32% ocurrieron en hombres y 68% en mujeres. Todas las lesiones reactivas predominaron en el sexo femenino a excepción de la Hiperplasia por Irritación de Prótesis que se presentó más en sexo masculino. Con respecto a la ubicación anatómica las lesiones en encía fueron las más comunes (77,2%), seguido en la lengua (8,4%), labios (4,8%), mejillas (4,5%), paladar (1,8%) y el resto en el piso de la boca y otros sitios mucosos. De las 257 lesiones gingivales, 57,2% se localizaron en el sector anterior, 16,7% en premolares, 21,2% en molares y el resto 3,9% áreas retromolares.

#### **2.1.4 Asia**

Buchner et al.<sup>12</sup> publicaron en el año 2010 su estudio realizado en Israel para determinar la frecuencia de lesiones gingivales hiperplásicas reactivas y comparar la frecuencia de las cuatro tipos de lesiones seleccionadas. Se revisó la base de datos del servicio del Departamento de Patología Oral, Escuela de Medicina Dental, Universidad de Tel Aviv entre 1989 y 2008. El material incluía todas las lesiones hiperplásicas reactivas de la encía que habían sido recibidas para diagnóstico histológico en biopsias. Las lesiones fueron clasificadas en cuatro grupos: Hiperplasia Fibrosa Focal (HFF), Granuloma Piógeno (GP), Fibroma Osificante Periférico (FOP) y Granuloma Periférico de Células Gigantes (GPCG). Los especímenes provenían principalmente de pacientes de médicos privados, así como de pacientes que fueron tratados en el Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial, Centro Médico Sheba. Se analizaron las lesiones según su ubicación, la edad y género de los pacientes. Se identificaron lesiones reactivas localizadas de la encía en 1.675 (6,7%) casos de 25.106 accesidos durante todo el periodo. La Hiperplasia Fibrosa Focal fue la lesión más común (31,8%), seguido por Granuloma Piógeno (29,1%), Fibroma Osificante Periférico (20,4%) y Granuloma Periférico de Células Gigantes (18,7%). De 1.675 casos el 40,2% fueron en hombres y el 59,8% en mujeres. Con respecto a la edad, el FOP se presentó en una edad media de 33,9 años; el GP en edad media de 41,3 años, HFF en una edad media de 42,8 años y GPCG en edad media de 43,2 años. En cuanto

a la edad, la HFF se presentó con mayor frecuencia en la quinta década de la vida (19,3%), el GP en la tercera y sexta década de la vida (18,3%), FOP en la segunda década de la vida (24,5%) y GPCG en la sexta década de la vida (22,8%). En general, había una distribución casi igual entre maxilar y mandíbula (52,2% y 47,8%, respectivamente), pero había diferencias en los tipos individuales de lesiones. Los GP y los FOP fueron más comunes en maxilar (57,8% y 56,2%, respectivamente), el GPCG fue más común en la mandíbula (54,5%), y la HFF se distribuyó casi por igual entre maxilar y mandíbula. El sitio más frecuente para HFF, GP y FOP fue la región anterior del maxilar superior. Finalmente, los estudios de varios países informan inconsistencias y datos confusos sobre la frecuencia de lesiones hiperplásicas reactivas localizadas, datos sobre la distribución por edades, género y ubicación gingival también son inconsistentes. Algunas de las diferencias pueden atribuirse a factores geográficos o étnicos.

Bataineh y Al-Dwairi<sup>14</sup> en el año 2005 publicaron un estudio para establecer la prevalencia de las diferentes biopsias de lesiones fibrosas orales localizadas. El diagnóstico histopatológico de las lesiones del tejido oral atendidas en el Departamento de Medicina y Cirugía Oral, de la Facultad de Odontología de la Universidad de Jordania, fueron revisadas desde enero del 2001 a mayo del 2004. Las lesiones fueron clasificadas en dos grupos: lesiones fibrosas compuestas por colágeno en el tejido conectivo (Épulis Fissuratum, Pólipo Fibroepitelial, Fibroma Osificante Periférico, Neurofibroma) y lesiones hemorrágicas blandas (Granuloma Piógeno, Tumor del Embarazo y Granuloma Periférico de Células Gigantes). Datos clínicos sobre la edad, sexo, ubicación y tratamiento de la lesión se obtuvieron de los registros de cada paciente. Se estudiaron un total de 294 lesiones presentes en cavidad bucal; 61,9% fueron lesiones fibrosas y 38,1% fueron lesiones hemorrágicas blandas. De las lesiones fibrosas, el Épulis Fissuratum representó el 6,12% de prevalencia, presentándose mayormente en la sexta década de la vida (3,4%) y en el sexo femenino (3,4%); y de las lesiones hemorrágicas blandas, el Granuloma Piógeno fue el más prevalente con 23,13%, predominando en la segunda década de la vida (8,5%)

en el sexo femenino (14,97); el Granuloma Periférico de Células Gigantes se ubicó con el 12,93% y mayormente en la primera década de la vida (4,76%) y en el sexo femenino (8,16%). De acuerdo a la localización, el Épulis Fissuratum se ubicó con mayor frecuencia en la zona anterior tanto de maxilar como de mandíbula (4,08%); Granuloma Piógeno en zona premolar de maxilar (4,76%) y labio inferior (2,72%); Granuloma Periférico de Células Gigantes en zona anterior (5,44%) y mucosa bucal (0,68%). Aunque estos datos pueden utilizarse como guía para tener una idea clínica sobre las lesiones orales, el odontólogo siempre debe estar consciente de la posible aparición de lesiones más raras o diferentes. Este estudio indica que existen algunas diferencias en la distribución por edad, género y ubicación entre las diferentes lesiones.

Alhindi et al.<sup>15</sup> en 2019 publicaron un estudio realizado en Yeda, Arabia Saudita, con el objetivo de identificar la prevalencia y distribución de lesiones orales y maxilofaciales que habían sido diagnosticadas histológicamente en el Laboratorio de Patología Oral de la Facultad de Odontología de la Universidad del Abdulaziz. Se trató de un estudio retrospectivo que analizó los datos de 1.218 archivos del Laboratorio de Patología Oral entre 1996 y 2016, recopilaron información sobre sexo, edad, ubicación de la lesión y el diagnóstico. Los archivos fueron revisados por dos patólogos estadounidenses certificados por la junta oral y maxilofacial de manera ciega, es decir, sin que ellos conocieran el diagnóstico original. Según los hallazgos histológicos obtenidos de los registros, las lesiones se clasificaron como reactivas/adaptativas, quistes de cabeza y cuello, lesiones óseas, tumores odontogénicos, trastornos epiteliales, inflamación/infecciones orales, tumores benignos mesenquimales, tumores malignos, enfermedades autoinmunes, anomalías dentales y enfermedades de las glándulas salivales. Los resultados arrojaron que las lesiones reactivas/adaptativas fueron las más frecuentes con 245 casos. Así mismo, el Granuloma Piógeno fue la segunda lesión más común en el grupo reactivo con 63 casos (edad media 34.45 años), la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria con 14 casos (edad media 43.21 años), el Fibroma Osificante Periférico 5 casos (edad media 34.20

años), y el Granuloma Periférico de Células Gigantes 3 casos (edad media 47.0 años), todos se presentaron mayormente en el sexo femenino. Estos datos constituyen información de base relacionada con aspectos epidemiológicos de prevalencia de lesiones orales y maxilofaciales que pueden ser útiles en estudios posteriores y brinda información valiosa sobre la prevalencia de lesiones en Jeddah, Arabia Saudita. Se necesitan más estudios para proporcionar más información sobre lesiones de cabeza y cuello en la población general para desarrollar mejores políticas futuras de salud bucal.

Kadeh et al.<sup>16</sup> publicaron en el año 2014 un estudio en Irán para determinar la frecuencia y distribución de lesiones orales reactivas durante un período de 7 años. Fue un estudio retrospectivo, se extrajeron registros del Departamento de Patología Oral de la Facultad de Odontología, Universidad de Ciencias Médicas de Zahnedá y los Hospitales Khatam-Alanbia y TaminEjtemaei entre 2006 y 2012. Se seleccionaron registros con diagnóstico histopatológico de lesiones hiperplásicas reactivas de la cavidad oral. Estas lesiones se clasificaron en dos grupos: lesiones fibrosas con tejido conjuntivo predominantemente colágeno (Épulis Fissuratum, Fibroma de Irritación, Fibroma de Células Gigantes, Fibroma Osificante Periférico) y lesiones hemorrágicas blandas de alta vascularización (Granuloma Piógeno, Granuloma Periférico de Células Gigantes, Épulis Granulomatousum y Tumor del Embarazo). En cada caso se recogieron datos clínicos de edad, sexo y localización anatómica de las lesiones. De un total de 451 lesiones en los registros de biopsias durante el período evaluado, 20,2% pertenecieron a Hiperplasia Reactiva y de las cuales 38% fueron lesiones fibrosas y 62% fueron lesiones hemorrágicas blandas. La lesión con más prevalencia fue el Granuloma Piógeno (41%), seguido de Fibroma de Irritación o Traumático (20%), Granuloma Periférico de Células Gigantes (16,5%), Fibroma Osificante Periférico (12%) y Épulis Fissuratum (2%). Las lesiones fibrosas fueron más comunes en la quinta y sexta décadas de la vida y las lesiones hemorrágicas blandas fueron más comunes en la tercera y cuarta décadas de la vida. El Granuloma Piógeno (24,5%), Fibroma Osificante Periférico (10%) y Granuloma Periférico de Células

Gigantes (11%) las mujeres se vieron afectadas con más frecuencia que los hombres, pero en Fibroma de Irritación más hombres se vieron afectados (11,5%). El Épulis Fisurado en igual proporción de ambos sexos. De acuerdo a la distribución según la localización, el Fibroma de Irritación se encontró mayormente en mucosa bucal (8,5%), Fibroma Osificante Periférico en encía de maxilar (6.5%), Épulis Fissuratum en encía (2%), Granuloma Piógeno en labios (12%) y Granuloma Periférico de Células Gigantes en encía mandibular (9%). La detección temprana y el tratamiento de las lesiones reactivas por parte de los dentistas pueden reducir las complicaciones dentoalveolares. Por tanto, el conocimiento de la frecuencia y distribución de estas lesiones es beneficioso a la hora de establecer un diagnóstico y un plan de tratamiento adecuado en la práctica.

Naderi et al.<sup>17</sup> en el año 2012 publicaron un estudio realizado en Irán para determinar la frecuencia y distribución de las lesiones reactivas de cavidad bucal. Llevaron a cabo una revisión retrospectiva de archivos, los registros de 2.068 pacientes con diagnóstico histopatológico de lesiones reactivas de la cavidad oral se obtuvieron del Departamento de Patología Oral y Maxilofacial, Facultad de Odontología, Universidad de Ciencias Médicas de Teherán, desde 1988 a 2005. Las lesiones fueron clasificadas en siete grupos como: Granuloma Periférico de Células Gigantes, Granuloma Piógeno, Fibroma Cemento-Osificante, Épulis Fissuratum, Fibroma de Irritación, Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria e hiperplasia papilar inflamatoria. Utilizaron el Texto Académico Oral y Maxilofacial para la clasificación de lesiones reactivas. Las lesiones que estaban relacionadas a prótesis dental se clasificaron en el grupo de Épulis Fissuratum; otros con características clínicas indefinidas fueron nombrados bajo el tipo de Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria. Edad, sexo y ubicación anatómica de las lesiones se registraron y analizaron a partir de la historia clínica. El Granuloma Periférico de Células Gigantes fue la lesión prevalente (30,12%), seguido por Granuloma Piógeno (17,65%), Épulis Fissuratum (15,81%), Fibroma de Irritación o Traumático (13,93%), Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria (8,56%). La edad osciló entre 2 y 85 años, con una media de 39,56 años. El



Granuloma Periférico de Células Gigantes y Granuloma Piógeno fueron más comunes en la tercera década de la vida (61,17%). La Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria fue más frecuente en la cuarta década (8,56%), Épulis Fissuratum y Fibroma de Irritación en la quinta década (29,74%). Con respecto al sexo, 58,95% de los casos se produjeron en hombres y 41,05% en mujeres. La proporción hombre / mujer fue 1,4: 1. En localización anatómica la encía con 64,36% fue el lugar más frecuente de lesiones reactivas, seguido de vestíbulo 15,81% y mucosa bucal 7,59%. Llegaron a la conclusión que el Granuloma Periférico de Células Gigantes fue la lesión reactiva con mayor prevalencia, éstas fueron más comunes en varones, en encía gingival y de la tercera década. Se encontraron algunas diferencias entre los hallazgos del presente estudio e informes anteriores, estas diferencias pueden tener su origen en disimilitudes y disposición histopatológica de los casos.

Aghbali et al.<sup>18</sup> en 2010 publicaron un estudio con el objetivo de evaluar las lesiones hiperplásicas reactivas del tejido conjuntivo oral referidas a un Departamento Universitario en el Noroeste de Irán durante un período de cuatro años y comparar los resultados con los de estudios similares. Fue un estudio transversal retrospectivo de los archivos del Departamento de Patología Oral de la Universidad de Ciencias Médicas de Tabriz durante el período comprendido entre 2004 y 2008. Se evaluaron los registros de pacientes para seleccionar aquellos con diagnóstico de lesiones hiperplásicas reactivas. Los datos incluyeron el tipo de lesión, la edad, el sexo y el sitio afectado. De un total de 412 registros evaluados, 48% de las lesiones fueron hiperplasia reactiva. De estos, 62,8% fueron mujeres (edad media,  $39,35 \pm 18,37$ ) y 37,2% hombres (edad media,  $35,09 \pm 19,81$ ), con una edad media total de  $37,68 \pm 18,97$  años. La lesión más frecuente fue el Fibroma con 40,7%, seguido por Granuloma de Células Gigantes 32,5%, Granuloma Piógeno 21,3%, Épulis Fissuratum 4,5% y Fibroma Osificante Periférico 1%. La encía fue el sitio más común con 83,9%. De los casos que ocurrieron en la encía y el vestíbulo, 79 se observaron en el maxilar y 65 en la mandíbula. Los resultados fueron en general consistentes con los hallazgos de estudios previos.

Hashemi et al.<sup>19</sup> en el año 2008 publicaron un estudio realizado en Irán con el objetivo de establecer la prevalencia relativa de las diferentes lesiones tisulares similares a tumores. Revisaron los registros del diagnóstico histopatológico de las lesiones del tejido oral tratadas en el Departamento de Patología Oral, de la Universidad de Odontología de Kerman, desde marzo de 1996 a marzo de 2004. Las lesiones fueron clasificadas en dos grupos: lesiones fibrosas compuestas predominantemente de colágeno en el conectivo (Épulis Fissuratum, Fibroma de Irritación, Fibroma Osificante Periférico, Papiloma Escamoso, Mixofibroma) y lesiones hemorrágicas blandas (Granuloma Piógeno, Tumor del Embarazo, Épulis Granulomatosum y Granuloma Periférico de Células Gigantes). De un total de 666 casos, 260 casos (39%) tenían tejido blando similar a un tumor. Se estudiaron estos 260 casos, de los cuales 55% eran lesiones fibrosas y 45% lesiones hemorrágicas blandas. La edad de los pacientes en el momento de la escisión varió de 4 a 81 años. La edad media fue  $34,58 \pm 18,31$ . De las lesiones fibrosas, el Fibroma de Irritación fue la lesión más prevalente con 30% predominando en la tercera década de la vida (6,18%), seguido de Épulis Fissuratum 10,78% encontrado mayormente en la quinta (3,46%) y séptima (3,08%) décadas de la vida y el Fibroma Osificante Periférico 7,3% en la segunda década de la vida (3,46%). De las lesiones hemorrágicas blandas el Granuloma Piógeno fue el más prevalente con 24,23% mayormente encontrado en la segunda década de la vida (6,54%) seguido de Granuloma Periférico de Células Gigantes 17,32% predominando en la primera (3,46%) y segunda (3,46%) décadas de la vida. De las lesiones biopsiadas, 61,9% fueron de pacientes femeninas y 38,1% fueron de pacientes masculinos, las lesiones mencionadas anteriormente tuvieron prevalencia en el sexo femenino a excepción del Granuloma Periférico de Células Gigantes que predominó en el sexo masculino. Respecto a la ubicación, el Fibroma de Irritación se encontró mayormente en la mucosa bucal (9,62%), Épulis Fissuratum en encía maxilar (6,18%), Fibroma Osificante Periférico en encía maxilar (7,3%), Granuloma Piógeno en encía maxilar (11,92%) y Granuloma Periférico de Células Gigantes en encía mandibular (11,46%). Finalmente, los resultados de este estudio e

informes similares pueden ayudar a los odontólogos a hacer un mejor diagnóstico y tratamiento, también a la detección temprana y extirpación de estas lesiones para minimizar complicaciones dentoalveolares. Aunque estos datos se pueden utilizar como una guía, este estudio indica que hay algunas diferencias en la distribución de edad y género, así como en la ubicación entre diferentes lesiones.

Mohammad et al.<sup>20</sup> llevaron a cabo un estudio publicado en 2006 para presentar las características de la hiperplasia reactiva entre los iraníes. La información fue recopilada de la base de datos del Departamento de Medicina Oral, se revisaron los casos de hiperplasia reactiva que fueron biopsiados y examinados histológicamente en la Facultad de Odontología de Kerman entre marzo del año 2000 y marzo 2005. Clasificaron las hiperplasias reactivas como: Fibroma Traumático, Fibroma Periférico con Calcificación, Hiperplasia Causada por Prótesis Dental, Granuloma Piógeno (excluyendo tumores del embarazo) y Granuloma Periférico de Células Gigantes. La información incluyó la edad y sexo del paciente, el sitio de la lesión, sus características clínicas y radiográficas y el resultado del tratamiento. Se examinaron un total de 172 casos de hiperplasia reactiva, el Granuloma Piógeno fue la lesión reactiva con más prevalencia: 45 casos, se presentó con una edad media de 27; siguiendo el Fibroma Traumático con 44 casos, edad media de 39, la Hiperplasia Causada por Prótesis con 33 casos, edad media 52; Granuloma Periférico de Células Gigantes 32 casos, edad media 13.5, y el Fibroma Periférico con Calcificación 18 casos, edad media 24. Todas las lesiones predominaron en el sexo femenino, a excepción del Granuloma Periférico de Células Gigantes. La localización más común del Granuloma Piógeno fue en la encía y en zona anterior de maxilar, el Fibroma Traumático en encía y en zona posterior de mandíbula. La Hiperplasia Causada por Prótesis Dental se encontró mayormente en la región mandibular, Granuloma Periférico de Células Gigantes en zona anterior de mandíbula y fibroma periférico con calcificación en zona anterior del maxilar.

Hunasgi et al.<sup>8</sup> en 2014 publicaron un estudio con la finalidad de documentar la aparición y distribución de las características clínicas de lesiones reactivas de la cavidad bucal. El estudio fue una revisión retrospectiva de archivos de lesiones reactivas de la cavidad bucal adquiridas a partir de 15 años de clínicapráctica en Raichur, Karnataka, India. Un total de 530 casos fueron estudiados, las lesiones incluidas fueron Granuloma Piógeno, Granuloma Periférico de Células Gigantes, Fibroma Osificante Periférico, Fibroma Irritacional, Hiperplasia/Pólipo Fibroepitelial, Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria e Hiperplasia Gingival Inflamatoria. Datos clínicos de cada paciente, como edad, sexo, ubicación y tratamiento se recuperaron de los registros. La segunda lesión más prevalente fue el Granuloma Piógeno (24%), Fibroma de Irritación (8%), Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria (5%), Fibroma Osificante Periférico (2,7%) y Granuloma Periférico de Células Gigantes (0,3%). La edad osciló entre los 7 y los 63 años, con una media de 40,5 años. El Granuloma Piógeno, Fibroma de Irritación e Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria fueron más frecuentes en la cuarta década, mientras que Granuloma Periférico de Células Gigantes y Fibroma Osificante Periférico fueron más frecuentes en la tercera década. Con respecto al género, 261 casos ocurrieron en varones y 269 casos en mujeres, todas las lesiones reactivas fueron más comunes en los hombres con la excepción de Granuloma Piógeno e Hiperplasia Gingival Inflamatoria. En cuanto a la ubicación, la encía fue el sitio más frecuente de lesiones reactivas (88,67%), seguidas de mucosa bucal (6,22%) y mucosa palatina (2,83%). Los resultados informados sobre la edad, el sexo y la ubicación de los tipos individuales de lesiones no son consistentes en diferentes estudios. Algunas de las diferencias pueden atribuirse a factores geográficos o étnicos. Sin embargo, se necesitan más estudios epidemiológicos para establecer un mejor y más adecuado programa para educar a la población en general. Además, un diagnóstico temprano y la eliminación de tales lesiones pueden minimizar las posibles complicaciones dentoalveolares.

Kashyap et al.<sup>21</sup> en el año 2012 publicaron un estudio realizado en Eluru, India, el objetivo fue evaluar lesiones hiperplásicas reactivas de tejido conectivo oral y

comparar los resultados con los de estudios similares. El estudio transversal retrospectivo se realizó en los archivos del Departamento de Patología Bucal de St Joseph en la Facultad de Odontología por el período de año y medio. Se evaluaron registros de los pacientes para seleccionar aquellos con el diagnóstico de lesiones hiperplásicas reactivas, incluyendo datos del tipo de lesión, la edad, el sexo y el sitio afectado. De un total de 240 registros evaluados, el 41,6% de las lesiones fueron Hiperplasia Reactiva. De estos, el 59,3% de los casos fueron en mujeres y el 40,7% de los casos fueron en hombres con edad media de 34 años. La lesión más común fue Granuloma Piógeno (42%), la región anterior de mandíbula fue el sitio más común de ésta (69,05%), las mujeres se vieron más afectadas que los hombres con un ratio de 2: 1 y con edad media de 34 años. La Hiperplasia Fibrosa Focal constituyó el 35% de las hiperplasias reactivas con edad desde los 16 a los 59 años, los hombres fueron más afectados (69%) que las mujeres (31%), el sitio con mayor frecuencia fue la mucosa bucal (51,43%) a lo largo de la línea del plano de oclusión, seguido de la encía (34,29%). El Fibroma Osificante Periférico presentó el 18% de todas las lesiones con una edad media de 39 años, el sexo masculino se vio más afectado (55,55%) que el femenino (38,88%), el sitio más involucrado fue la mandíbula con el 69,1% de los casos. El Granuloma Periférico de Células Gigantes representó el 10% del total de lesiones predominando el sexo masculino y edad media de 33 años, la mandíbula y maxilar estaban igualmente involucrados con la misma proporción. Finalmente, a pesar de las similitudes, todas las lesiones gingivales reactivas muestran algunas diferencias de sexo, tipo, ubicación, duración y características histológicas.

Ramu y Rodríguez<sup>22</sup> en el año 2012 publicaron una investigación en India para analizar las características clínico-patológicas de las lesiones hiperplásicas reactivas localizadas de la encía y determinar la prevalencia de éstas en relación con la edad, sexo y la ubicación, a su vez compararlas con los datos reportados en el literatura científica. El material incluía todas las lesiones hiperplásicas reactivas localizadas de la encía recibidas para diagnóstico histológico en el Servicio de Biopsias del

Departamento de Patología Oral, MR Ambedkar, Facultad de Odontología, Bangalore, entre 1995 y 2011. Las lesiones incluidas en este estudio son Hiperplasia Fibrosa Focal, Granuloma Piógeno, Fibroma Osificante Periférico y Granuloma Periférico de Células Gigantes. Las lesiones gingivales reactivas localizadas con mayor frecuencia encontradas fueron Hiperplasia Fibrosa Focal que representó el 38% del total de lesiones, seguido de Granuloma Piógeno 35%, Fibroma Osificante Periférico 18% y Granuloma Periférico de Células Gigantes 9%. La distribución de género mostró una ligera predilección por el sexo femenino (58%) en comparación con los hombres (42%). De acuerdo a la localización, la Hiperplasia Fibrosa Focal y Granuloma Periférico de Células Gigantes se encontraron mayormente en mandíbula, mientras que el Granuloma Piógeno y Fibroma Osificante Periférico se encontraron con más prevalencia en maxilar. Las edades de los pacientes oscilaron entre 9 y 80 años, las lesiones aparecieron con mayor frecuencia entre la tercera y cuarta década de la vida. Este estudio indica algunas diferencias acerca de la distribución en edad, sexo y ubicación entre las diferentes lesiones; dado que este estudio es de un solo centro, se deben establecer estudios similares en otros centros de la India para una inferencia sobre la epidemiología de las lesiones gingivales. Los datos presentados en este estudio se pueden utilizar como guía para estudios multicéntricos adicionales.

Shamim et al.<sup>23</sup> en 2007 publicaron un estudio para analizar la frecuencia y distribución de las lesiones gingivales en la población del Sur de la India. Llevaron a cabo una investigación retrospectiva de 244 casos de biopsias gingivales obtenidas durante un período de 6 años a partir del 1 de enero de 2001 al 31 de diciembre de 2006 en el Departamento de Patología Oral, en el Government Dental College, Calicut. Las lesiones se clasificaron en lesiones neoplásicas y lesiones no neoplásicas. Datos sobre la edad y sexo de los sujetos y la ubicación y el tipo de lesiones se obtuvieron de la biopsia de cada caso. La categoría más frecuente de lesiones encontradas fue la no neoplásica, que supuso el 75,5% de los casos. Había 164 pacientes mujeres y 80 hombres, con una proporción de mujeres a hombres de 2:1. Las lesiones se dividieron en 8 tipos, el Granuloma Piógeno fue la lesión más

frecuente (97 casos) encontrándose mayormente en el sexo femenino (69 casos) y en maxilar, seguida de Hiperplasia Inflamatoria (33 casos), mayormente en sexo femenino (23 casos) y en maxilar, Hiperplasia Fibrosa (28 casos) se halló con mayor frecuencia en sexo femenino (16 casos) y en mandíbula; y el Granuloma Periférico de Células Gigantes (8 casos), mayormente en mujeres (5 casos) y en maxilar. Por otra parte, las lesiones neoplásicas representaron el 24,5% de las biopsias gingivales, éstas se dividieron en 9 tipos, el Fibroma Osificante Periférico fue la neoplasia benigna más frecuente (20 casos), predominando en sexo femenino (20 casos) y en maxilar. Con respecto a la edad, el Granuloma Piógeno, Hiperplasia Inflamatoria e Hiperplasia Fibrosa tuvieron mayor prevalencia en la tercera década de la vida y el Fibroma Osificante Periférico en la quinta década de la vida. Finalmente, este estudio indicó que existen algunas diferencias en la frecuencia y distribución de las lesiones gingivales. Dado que éste se concentró principalmente en la población del Sur de la India, hay que motivar la realización de estudios similares en otros centros de India para hacer una inferencia sobre la epidemiología de lesiones gingivales. Además, los datos presentados se pueden utilizar como guía para estudios multicéntricos adicionales.

## **2.2 Bases conceptuales**

### **2.2.1 Mucosa bucal**

La mucosa bucal, está compuesta por un epitelio plano estratificado, pudiendo ser queratinizado, paraqueratinizado o no queratinizado, integrada por dos capas de tejido estructural y embriológicamente diferentes: el tejido epitelial y el tejido conectivo, ambas capas están conectadas por la membrana basal. El tejido epitelial está organizado por cuatro estratos: basal, espinoso, granuloso y córneo; así mismo, el tejido conectivo contiene diferentes células, fibras, vasos sanguíneos y sustancia fundamental<sup>10</sup>.

La mucosa bucal, tiene entre sus funciones la protección a los tejidos subyacentes de la cavidad bucal, sensibilidad, regulación de la temperatura y secreción de saliva,

enzimas y anticuerpos, de igual manera, evita la invasión de microorganismos patógenos existentes en la cavidad bucal y tejidos adyacentes.<sup>40</sup>

Según su localización la mucosa bucal se clasifica en: mucosa de cubierta o revestimiento que se caracteriza por ser no queratinizada, flexible, de color rosado y reviste la parte interna de los carrillos, los labios, el paladar blando y el piso de la boca. Mucosa masticatoria que cubre estructuras inmóviles como encías y paladar duro, es queratinizada, de color rosa pálido, de consistencia firme y gruesa. Por último, mucosa especializada, es paraqueratinizada, se localiza en el dorso de la lengua y se encuentra asociada a la función gustativa gracias a las papilas localizadas en toda su superficie. De igual manera, la mucosa bucal reviste a los carrillos y la mucosa labial reviste a la mucosa interna de los labios superior e inferior. Como características clínicas se encuentra que los pliegues mucocutáneos son elásticos y suaves, el color generalmente es rosa, es flexible e hidratada.<sup>40</sup>

El examen de los tejidos blandos bucales de los pacientes involucra el conocimiento del tamaño normal, forma, color y textura de las estructuras que los conforman. La correcta exploración de la mucosa bucal puede proporcionar importantes herramientas en el diagnóstico de alteraciones.<sup>32</sup>

### **2.2.2 Lesiones de la mucosa bucal**

La lesión de la mucosa bucal se conoce como cualquier alteración anormal del color, el aspecto de la superficie, la inflamación o la pérdida de integridad de la misma. Aunque una proporción de estas son benignas y no requieren tratamiento activo, algunas pueden presentar una patología significativa, poseen diversas etiologías como infecciones bacterianas, víricas o fúngicas, traumatismo o irritación local, enfermedades sistémicas y consumo excesivo de tabaco, si no son tratadas a tiempo, pueden interferir con la calidad de vida diaria de los pacientes afectados a través de impactos en la masticación, la deglución y el habla con síntomas de ardor, irritación y dolor.<sup>41</sup>



Son aquellas alteraciones en la mucosa bucal, resultado de traumatismos, infecciones (bacterianas, virales o micóticas) o asociadas a padecimientos sistémicos, nutricionales, de etiología autoinmune o neoplásica.<sup>13</sup>

Las lesiones bucales asociadas con traumatismos son un hallazgo relativamente común en la práctica odontológica. Existe una amplia gama de trastornos de la mucosa bucal causados por traumatismos agudos y crónicos. Estas lesiones también pueden alterar las funciones bucales en gran medida y plantean algunas dificultades para llegar a un diagnóstico, especialmente las lesiones crónicas. Sin embargo, el diagnóstico rápido y la eliminación del agente causal aseguran la recuperación. Dichas lesiones pueden resultar de un trauma físico, químico o térmico. Pueden originarse por mordeduras dentales accidentales, alimentos afilados o puntiagudos, bordes afilados de los dientes, comida caliente o cepillado dental con fuerza excesiva. Algunas lesiones también pueden resultar de daño iatrogénico durante el tratamiento dental u otros procedimientos que involucran la cavidad bucal, como la intubación durante la anestesia general.<sup>2</sup>

### **2.2.3. Lesiones Bucles Reactivas**

La mucosa bucal está siempre sujeta a estímulos externos e internos y, por lo tanto, manifiesta un espectro de enfermedades que van desde cambios evolutivos, inflamatorios y reactivos hasta cambios neoplásicos. Las lesiones reactivas se presentan constantemente clínica e histopatológicamente como tumefacciones nodulares no neoplásicas que aumentan en respuesta a una lesión crónica recurrente que estimula una respuesta tisular exuberante o extrema<sup>8</sup>. Son lesiones relativamente comunes por la frecuencia con la cual el tejido es dañado, usualmente son el resultado de estímulos o injurias al mismo como el cúmulo de biopelícula dental, cálculo dental, traumatismos masticatorios o cuerpos extraños<sup>42</sup>. Además, pueden ocurrir como resultado de conductas repetitivas como morderse los labios o las mejillas, lo que lleva a una inflamación crónica de la mucosa y el consiguiente crecimiento hiperplásico de células. Clínicamente, las lesiones reactivas son masas sésiles o pediculadas cubiertas de mucosa lisa o lesionada, sangrando con facilidad cuando se toca y su color varía de rosa brillante a rojo. Cabe mencionar que las lesiones son

indoloras y, por lo tanto, fáciles de ignorar durante mucho tiempo, lo que les permite alcanzar un mayor tamaño y comprometer la capacidad de masticar, hablar o mantener la higiene bucal.<sup>11</sup>

Por lo general las lesiones reactivas de la cavidad bucal pueden ser clínicamente similares pero poseen diversas características histopatológicas, esta similitud es un asunto complejo para el diagnóstico diferencial<sup>8</sup>. La extirpación quirúrgica de los tejidos afectados es un tratamiento de elección y el análisis histopatológico posterior es obligatorio para confirmar el diagnóstico inicial. La mayoría de las lesiones hiperplásicas tienen una distribución específica por edad, sexo y ubicación frecuente en la cavidad bucal.<sup>11</sup>

#### **2.1.4 Clasificación de lesiones reactivas**

Según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de tumores de cabeza y cuello para el año 2017, las lesiones reactivas se clasifican de la siguiente manera: Fibroma Traumático también denominado Hiperplasia Fibrosa Focal, Granuloma Periférico de Células Gigantes, Fibroma Periférico Osificante, Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria Inducida por Prótesis y Granuloma Piógeno o Granuloma Telangiectásico. A partir del año 2018, según la Sociedad Internacional para el Estudio de Anomalías Vasculares éste último es considerado una lesión vascular benigna.<sup>7</sup>

##### **2.1.4.1 Fibroma Traumático / Hiperplasia Fibrosa Focal**

Se conoce también como Fibroma Irritacional, Fibroma Traumático, Hiperplasia Fibrosa Focal, Nódulo Fibroso, Pólipo Fibroepitelial<sup>9</sup>. Se define como la lesión reactiva más frecuente en la cavidad bucal. Se origina por la producción exagerada de tejido conjuntivo de tipo fibroso, se encuentra frecuentemente en zonas propensas a ser traumatizadas: los carrillos, bordes laterales de la lengua, labio inferior y paladar. Su etiología se debe a traumatismos crónicos como son: el mordisqueo de labios y carrillos e irritaciones causadas por el uso de prótesis mal adaptadas, bordes filosos de dientes fracturados o restauraciones desbordantes, también asociado al uso de

aparatoología ortodóntica<sup>43,44</sup>. Clínicamente éstas se presentan como lesiones papulares bien delimitadas, redondeadas u ovoides, que son firmes a la palpación, con base sésil o pediculadas, las cuales son asintomáticas<sup>42</sup>. En algunos casos la superficie puede aparecer blanca, como resultado de la hiperqueratosis, causada por la irritación continua o ulcerada por traumatismos repetidos. Histológicamente se presenta como una masa nodular sólida, no encapsulada, cubierta por epitelio escamoso estratificado, tejido conectivo denso con presencia de colágeno tipo I y III, dispuesto al azar y en ocasiones tejido conectivo fibroso hialinizado. Puede haber infiltrado inflamatorio crónico que contiene linfocitos, células plasmáticas y pequeños vasos sanguíneos; factores de crecimiento producidos por el epitelio que atraviesa la membrana basal y se unen a algún receptor en el fibroblasto, que da inicio a la producción de colágeno formando un tejido cicatrizal más pálido y firme que la mucosa. La lesión por lo general no produce síntomas, excepto cuando presenta una superficie ulcerada donde hay presencia de dolor e inflamación. El fibroma es removido mediante una escisión quirúrgica, sin necesidad de remover tejido mucoso adyacente. Las recurrencias no son frecuentes, a menos que no se elimine el factor irritante.<sup>9</sup>

Esta patología se presenta con mayor frecuencia entre la cuarta y sexta década de la vida, con predisposición hacia personas del sexo femenino<sup>9,29</sup>. Muestra una prevalencia en América Latina que varía entre 10,08 al 15,91%,<sup>29,33</sup>, mientras que en el mundo, su prevalencia varía entre 8 y 31%<sup>8,16,17,21,37</sup>.

#### **2.1.4.2 Granuloma Periférico de Células Gigantes**

También denominado Épulis de Células Gigantes, Hiperplasia de Células Gigantes, Granuloma Reparador de Células Gigantes, aunque este último término está obsoleto.<sup>29</sup>

Lesión hiperplásica reactiva que contiene células gigantes y es causada por una reacción proliferativa inusual a irritaciones locales o traumatismos<sup>18</sup>. De igual manera, suele denominarse como una lesión osteolítica localizada, benigna pero a

veces agresiva de los maxilares caracterizada por células gigantes de tipo osteoclasto en un estroma vascular.<sup>6</sup>

Clínicamente, las lesiones varían en tamaño, frecuentemente miden 2cm, son sésiles o pediculadas, de consistencia gomosa o blanda, asintomáticos, suelen ser de color rojo intenso a azul rojizo y sangran con facilidad<sup>38</sup>. Histológicamente, consiste en una proliferación de células gigantes multinucleadas y una proliferación de células mesenquimáticas, asociada a vascularización prominente, hemorragia abundante. También puede presentar signos de inflamación crónica y áreas de formación de hueso reactivo e incluso calcificaciones distróficas.<sup>11</sup>

El diagnóstico diferencial suele realizarse con Papiloma, Fibroma de Células Gigantes, Neurofibroma, Mucocele, Tumor Benigno y Maligno de las Glándulas Salivales y los Fibromas Odontogénicos Periféricos<sup>8</sup>. Su tratamiento implica la resección quirúrgica hasta el hueso subyacente con eliminación de los factores etiológicos, debe abarcar desbridamiento del periostio, dientes y ligamento periodontal asociados a la lesión pues la misma tiende a recidivar en un 10%; se considera la lesión reactiva de la cavidad bucal menos frecuente, muestra predilección por el sexo femenino de la cuarta a la sexta década de vida, y la mandíbula se considera su ubicación anatómica más frecuente.<sup>3</sup>

Presenta una prevalencia en América Latina que varía entre el 4% y el 9,09%<sup>26, 29, 33</sup> mientras que su prevalencia en el mundo varía entre 0,3 y 30,12%.<sup>36, 37, 16, 17, 8, 21.</sup>

#### **2.1.4.3 Fibroma Periférico Osificante**

Se conoce de igual manera como Fibroma Periférico con Calcificación, Granuloma Fibroblástico Calcificante y Fibroma Cementante Periférico. Es una lesión gingival reactiva frecuente que presenta grados variables de mineralización y puede surgir del ligamento periodontal o del periostio.<sup>8</sup>

Clínicamente se presenta como una masa nodular, pediculada o sésil, indolora, que suele provenir de la papila interdental, de color rosa o rojo, pudiendo estar ulcerada. Su etiología se relaciona a la presencia de irritantes locales<sup>11</sup>.

Histológicamente se caracteriza por una proliferación fibrosa con un gran número de fibroblastos, el cual se asocia con la formación de un producto mineralizado que puede incluir hueso, material similar al cemento, calcificación distrófica o una combinación de ambos, su rasgo característico es un tejido conectivo altamente celular que contiene focos de material calcificado. Se ha sugerido su origen en el ligamento periodontal debido a su exclusiva ocurrencia en la papila interdental, su proximidad al ligamento periodontal y la presencia de fibras de oxitalán dentro de la matriz mineralizada de la lesión.<sup>3</sup>

Su diagnóstico diferencial suele realizarse con el Fibroma Odontogénico Periférico, el Granuloma Periférico de Células Gigantes y la Displasia Fibrosa Monostótica, es por ello que se hace imprescindible el estudio histopatológico para determinar el tipo de lesión. Como tratamiento, se recomienda la escisión quirúrgica de la lesión con un legrado agresivo del periostio subyacente para incluir el raspado de los dientes adyacentes y el espacio del ligamento periodontal, con el fin de evitar la recidiva ya que este tipo de lesiones presentan una alta tasa de recurrencia.<sup>3</sup>

Presenta predilección por el género femenino entre la segunda y cuarta década de vida<sup>34</sup>. Su prevalencia en América latina varía entre el 1,5 y 5%<sup>26,28,11</sup> y en el mundo se encuentra entre 2,7 y 18%<sup>37,16,8,21</sup>

#### **2.1.4.4 Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria Inducida por Prótesis**

También denominada Hiperplasia Fibrosa asociada a Prótesis, o Épulis Fisurado (Épulis Fissuratum). Es la hiperplasia más común de la cavidad bucal, causada por el trauma crónico producido por prótesis mal adaptadas, involucrando comúnmente la mucosa vestibular, donde los bordes de la dentadura entran en contacto con el tejido adyacente. Se caracteriza por una sobreproducción de tejido conjuntivo fibroso, delimitado por epitelio escamoso superficial.<sup>13</sup>

Clínicamente se presenta como una lesión sésil y ocasionalmente pediculada, elevada en forma de pliegues, de superficie lisa, con mucosa suprayacente normal o eritematosa, debido a la irritación crónica puede traumatizarse y presentar una superficie ulcerada. El trauma ocasionado por prótesis totales o parciales removibles y la irritación son los dos principales factores etiológicos responsables de aparición.

Histológicamente se caracteriza por ser un tipo de tejido conjuntivo fibroso, abundantes vasos sanguíneos e infiltrado crónico inflamatorio que en algunas ocasiones puede incluir linfocitos ó células plasmáticas y ocasionalmente leucocitos polimorfonucleares.<sup>45</sup>

El diagnóstico diferencial suele realizarse con la Hiperplasia Papilar Inflamatoria, Hiperplasia Gingival inducida por Fármacos y la Fibromatosis Gingival<sup>46</sup>.

El tratamiento suele incluir la escisión de la lesión con vestibuloplastia y corrección de la prótesis.<sup>2</sup>

Suele aparecer con mayor frecuencia entre los adultos de mediana edad y adultos mayores, ya sea en relación con la mandíbula o el maxilar y muestra una predilección por el sexo femenino<sup>28</sup>. En América Latina, su frecuencia varía entre el 4,3 y 72%<sup>26,28,29,33,11</sup>. Mientras que en el mundo, su prevalencia varía entre 2 y 49,7%<sup>36,37,16,17,8</sup>.

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Tipo y diseño de investigación**

##### **3.1.1 Nivel de investigación:**

Tomando en consideración los criterios de Arias, el nivel de investigación descriptiva consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo con el fin de establecer su estructura o comportamiento<sup>47</sup>. Por lo tanto, el presente estudio coincide con esta clasificación porque buscó determinar la prevalencia de lesiones bucales reactivas encontradas en dos laboratorios histopatológicos del municipio Libertador del estado Mérida desde enero del 2016 hasta agosto del 2023.

Además, se clasificó en un estudio de medición de variables independientes puesto que pretendía describir las lesiones bucales reactivas con respecto a su posición anatómica, identificar la presencia de las mismas según la edad y sexo e identificar la lesión más prevalente en el laboratorio.

##### **3.1.2 Diseño de investigación:**

De acuerdo con la clasificación de Torrell, la investigación fue observacional, descriptiva, de prevalencia y retrospectiva<sup>48</sup>. Debido a que la investigación se limitó a corroborar lo que sucedía sin intervenir sobre los factores que fueron observados, buscando determinar la prevalencia de lesiones bucales reactivas en la población seleccionada a través de la revisión de la base de datos que se encontraban en los archivos pertenecientes a dos laboratorios histopatológicos desde enero del 2016 hasta agosto del 2023.

## **3.2 Población y muestra**

### **3.2.1 Población**

#### **Población**

Estuvo conformada por registros histopatológicos de la base de datos pertenecientes a dos laboratorios histopatológicos del municipio Libertador del estado Mérida desde enero del 2016 hasta agosto del 2023.

#### *3.2.1.1 Criterios de inclusión*

- Registros histopatológicos con datos completos.
- Registros histopatológicos de pacientes mayores de 10 años.
- Registros histopatológicos verificados y autorizados para la entrega por parte del patólogo encargado del laboratorio.

## **3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Se empleó la técnica de revisión documental, en la cual se observaron los registros histopatológicos de la base de datos correspondientes al periodo establecido para la investigación, con la finalidad de alcanzar los objetivos planteados.

En cuanto al instrumento de registro, se utilizó una ficha de recolección de datos tomada del estudio de Fernández<sup>29</sup> en el 2019 (ANEXO A), la cual fue modificada agregando la variable: diagnóstico histopatológico, cambiando el rango de edad y anexando una ubicación anatómica. Estuvo estructurada de la siguiente manera: número de orden, sexo, edad, posición anatómica y diagnóstico histopatológico de la lesión.

## **3.4 Procedimientos**

La investigación se llevó a cabo bajo el siguiente procedimiento:

-Se solicitó autorización para el acceso a la información de la base de datos del laboratorio histopatológico al encargado del mismo mediante una carta.



-Se seleccionaron registros histopatológicos que cumplieran con los criterios de inclusión previamente establecidos.

-Se identificaron en cada registro histopatológico las características e ítems necesarios para llevar a cabo la investigación (número de orden, sexo, edad, posición anatómica y diagnóstico histopatológico de la lesión).

-Se procedió a vaciar los datos de los registros histopatológicos seleccionados en el instrumento de recolección de datos (ANEXO A), realizado bajo el formato de planilla en Excel®.

### **3.5 Principios éticos**

Para el desarrollo del presente estudio se tomaron en cuenta los principios éticos basados en la Declaración de Helsinki (WMA 2013)<sup>49</sup>, donde refiere que en la investigación con seres humanos se debe proteger la intimidad y la confidencialidad de las personas que participan en la investigación. De igual manera, establece que la investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo por personas con la educación, formación, calificaciones científicas y éticas apropiadas. Los aspectos éticos fueron inherentes a respetar los resultados para que puedan ser confiables y replicables de manera tal que no sean alterados a conveniencia de los investigadores sin que se presente conflicto de interés.

### **3.6 Plan de análisis de resultados**

La información registrada en el instrumento de recolección de datos se digitalizó en una base de datos en el programa Microsoft Excel®. Se elaboraron tablas de frecuencias y gráfica circular porcentual según cada caso, los cuales se procesaron utilizando estadística descriptiva la cual reflejó las variables de estudio, en este caso la variable cualitativa nominal dicotómica sexo, la variable cuantitativa edad y las variables cualitativas nominales politómicas como son ubicación anatómica y diagnóstico histopatológico.

## CAPÍTULO IV

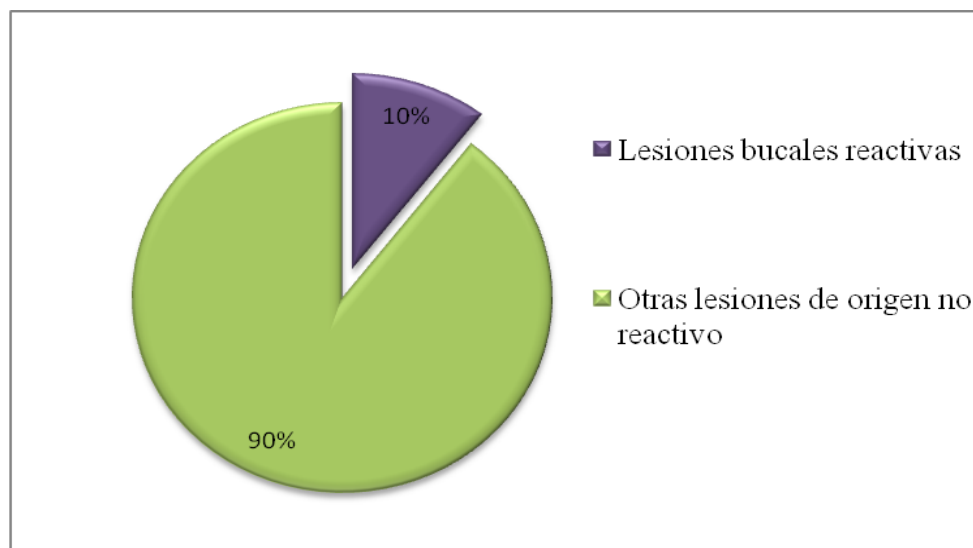
### RESULTADOS

#### 4.1 Presentación de los resultados

En el presente capítulo se presentan los resultados de la investigación por medio de gráficos y tablas.

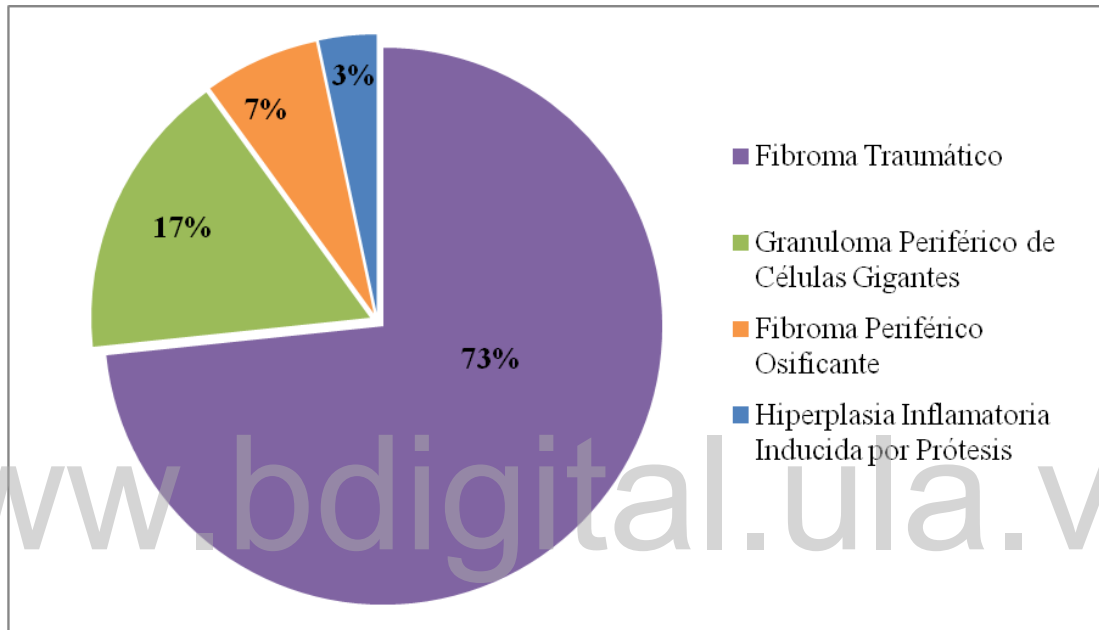
##### 4.1.1 Descripción de la muestra

El total obtenido fueron 293 registros de la base de datos pertenecientes a dos laboratorios histopatológicos del municipio Libertador del estado Mérida, desde enero del 2016 hasta agosto del 2023, dentro de este grupo se excluyeron 7 de los mismos por no cumplir con los criterios establecidos, obteniendo como población de estudio 286 registros, en los cuales se encontraron 30 lesiones bucales reactivas (*Gráfico 1*).



*Gráfico 1.-* Prevalencia de lesiones bucales

En este estudio se aplicó la clasificación de lesiones reactivas de la OMS, obteniendo un total de 30 lesiones, siendo el Fibroma Traumático la más prevalente con 22 casos, seguido del Granuloma Periférico de Células Gigantes con 5 casos, el Fibroma Osificante Periférico 2 casos y la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria Inducida por Prótesis 1 caso. (Gráfico 2).



**Gráfico 2.-** Prevalencia de lesiones bucales reactivas

Con respecto a la posición anatómica, todas las lesiones encontradas en lengua fueron identificadas como Fibroma Traumático, de igual manera, esta lesión se observó con mayor frecuencia en labio, carrillo, paladar duro y reborde alveolar. En encía se halló con igual proporción el Fibroma Traumático y el Granuloma Periférico de Células Gigantes; mientras que en fondo de surco se evidenció un caso de Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria Inducida por Prótesis. En consecuencia, incluyendo todas las lesiones, la posición anatómica más frecuente fue la encía con 12 casos de los 30 estudiados (*Tabla 1*).

**Tabla 1.-** Distribución de lesiones bucales reactivas con respecto a su posición anatómica.

<b>Lesiones</b>	<b>Labio</b>	<b>Carrillo</b>	<b>Paladar duro</b>	<b>Reborde alveolar</b>	<b>Encía</b>	<b>Lengua</b>	<b>Fondo de surco</b>	<b>Total</b>	<b>Porcentaje</b>
Fibroma Traumático	3	1	5	1	5	7	0	22	73%
Granuloma Periférico de Células Gigantes	0	0	0	0	5	0	0	5	17%
Fibroma Periférico Osificante	0	0	0	0	2	0	0	2	7%
Hiperplasia Inflamatoria Inducida por Prótesis	0	0	0	0	0	0	1	1	3%
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>12</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>30</b>	
	10%	3,33%	16,69%	3,33%	39,99%	23,33%	3,33%		100%

De acuerdo a la prevalencia según la edad, se evidenció que entre los 50 y 69 años el Fibroma Traumático representó el 46,66%; el grupo de 40-49 años representó la menor frecuencia con la misma lesión en 3,33%. (Tabla 2).

**Tabla 2.-** Distribución de lesiones bucales reactivas respecto a la edad

<b>Lesiones</b>	<b>10-19</b>	<b>20-29</b>	<b>30-39</b>	<b>40-49</b>	<b>50-59</b>	<b>60-69</b>	<b>70-79</b>	<b>Total</b>	<b>Porcentaje</b>
	<i>años</i>	<i>años</i>	<i>años</i>	<i>años</i>	<i>años</i>	<i>años</i>	<i>años</i>		
Fibroma									
Traumático	1	1	3	1	7	7	2	22	73%
Granuloma									
Periférico									
de Células	1	3	1	0	0	0	0	5	17%
Gigantes									
Fibroma									
Periférico	1	1	0	0	0	0	0	2	7%
Osificante									
Hiperplasia									
Inflamatoria	0	0	1	0	0	0	0	1	3%
Inducida por									
Prótesis									
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>30</b>	
	10%	16,66%	16,66%	3,33%	23,33%	23,33%	6,66%		100%

En relación a la prevalencia de lesiones bucales reactivas respecto al sexo, logró observarse que hubo predilección por el femenino en la mayoría de las lesiones, representando un 70%, a excepción de la Hiperplasia Inflamatoria Inducida por Prótesis cuyo único caso se presentó en el sexo masculino. (Tabla 3).

**Tabla 3.-** Distribución de lesiones bucales reactivas respecto al sexo

<b>Lesiones</b>	<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>	<b>Total</b>
Fibroma Traumático	7	15	22
Granuloma Periférico de Células Gigantes	1	4	5
Fibroma Periférico Osificante	0	2	2
Hiperplasia Inflamatoria Inducida por prótesis	1	0	1
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>21</b>	<b>30</b>

www.bdigital.ula.ve

## **CAPÍTULO V**

### **DISCUSIÓN**

La prevalencia de lesiones bucales reactivas que se encontró en dos laboratorios histopatológicos del municipio Libertador del estado Mérida desde enero del 2016 hasta agosto del 2023 fue del 10%, siendo estos resultados comparables a los encontrados en el estudio de Effiom et al<sup>38</sup> en el año 2011 en Lagos-Nigeria, quienes reportaron una prevalencia de 5,6% de su población; así mismo, Buchner et al<sup>12</sup> en el año 2010 en Ramat Aviv-Israel, presentaron una prevalencia de 6,7%. Por el contrario, se hallaron estudios que reportaron datos superiores en relación a esta investigación, tal es el caso de Liceaga et al<sup>31</sup> en el año 2019 en Ciudad de México-México, que obtuvieron una prevalencia de 39,47%; de igual manera, Fernández<sup>29</sup> el cual arrojó una prevalencia de 40,91% en el año 2017 en Chimbote-Perú y Kashyap et al<sup>21</sup> en el año 2012 en Eluru-India, presentó una prevalencia de 41,6%. La baja prevalencia que arrojó este estudio puede estar relacionada a que muchos odontólogos se concentran en la patología dentaria, restándole importancia a la detección y diagnóstico de lesiones en la mucosa bucal; y en el caso de encontrarlas, realizan únicamente diagnóstico clínico y tratamiento quirúrgico, dejando a un lado el análisis histopatológico de la muestra.

La lesión bucal reactiva que se presentó con mayor prevalencia en este estudio fue el Fibroma Traumático con 73%, similar a Maturana et al<sup>11</sup> en el año 2015 en Santiago-Chile, que obtuvieron como lesión más prevalente el Fibroma Traumático con 71%, para el año 2010 en Tabriz-Irán, Aghbali et al<sup>18</sup> encontraron la misma lesión con el 40,7% como la más frecuente. El resultado que arrojó esta investigación concuerda con la literatura revisada, debido a que el Fibroma Traumático es considerado la lesión reactiva más frecuente de cavidad bucal, ya que presenta la mayor cantidad de factores etiológicos traumáticos desencadenantes, como lo son los

irritantes locales, las restauraciones defectuosas, los dientes fracturados, el uso de aparatología ortodóntica, la presencia de hábitos como el mordisqueo de mucosas y el uso de aparatología protésica mal adaptada; sumado a esto puede presentarse a cualquier edad y prácticamente en cualquier sitio de la mucosa bucal. Sin embargo, Dutra et al<sup>26</sup> en el año 2018 en Santa Catarina-Brasil, evidenciaron que la lesión reactiva más prevalente fue la Hiperplasia Inflamatoria Inducida por Prótesis, este resultado se presentó con mayor incidencia entre la quinta y séptima década de vida, como consecuencia al mayor uso de prótesis; y Naderi et al<sup>17</sup> en el 2012 en Teherán-Irán, hallaron al Granuloma Periférico de células Gigantes con 30,12% como la más frecuente.

En relación a la posición anatómica, la encía fue el sitio con mayor prevalencia (39,99%), se considera como resultado esperado, ya que dos de las lesiones estudiadas son exclusivas de periodonto, al comparar estos resultados se encontró una aproximación con los resultados obtenidos de Hashemi et al<sup>19</sup> en el año 2008 en Kerman-Irán, donde arrojaron la encía como la posición más frecuente con 40,81%. también, Naderi et al<sup>17</sup> en el mismo país para el año 2012 identificaron a la encía con un 64,36% y Awange et al<sup>39</sup> en Nairobi-Kenia para el 2009, la misma posición anatómica con 77,2%. Mientras que Bushner et al<sup>12</sup>, determinaron que la región anterior de maxilar superior con 33,33% fue la posición más frecuente, Effiom et al<sup>38</sup> hallaron la mucosa vestibular de mandíbula con 33,1% y Farynowska et al<sup>36</sup> en el año 2018 en Poznan-Polonia, arrojaron a la mucosa de mejillas con 25% como la posición más frecuente, lo que los hace diferente a lo reportado en este estudio. En cuanto a la encía como ubicación más frecuente, influye la presencia de irritantes locales, que mantienen al periodonto en un estado de inflamación crónica, y promueven la disbiosis en cavidad bucal. La pobre higiene bucal de los pacientes hace que sean vulnerables a estas lesiones, aunado a otros factores etiológicos que actúan sobre una mucosa apta sólo para recibir el impacto de alimentos.



En la presente investigación, la edad que se presentó con mayor prevalencia fue en los rangos de 50-59 años y 60-69 años, siendo comparable con lo reportado por Hann et al<sup>25</sup> en Bogotá-Colombia en 2022, cuyo rango más frecuente fue el de 50-60 años y por Farynowska et al<sup>36</sup> que fue en el de 50-79 años. Se puede deducir que, al aumentar la edad del paciente, también aumenta el riesgo a padecer lesiones de tipo reactiva, por la cantidad de tiempo que pueden llevar actuando sobre la cavidad bucal los distintos estímulos traumáticos. Por el contrario, Effiom et al<sup>38</sup> y Naderi et al<sup>17</sup> reportaron que el rango de edad más prevalente fue de 20-29 años.

En referencia al sexo, esta investigación arrojó que el más frecuente fue el femenino con 70%, como lo evidenciado en los estudios de Maturana et al<sup>11</sup> (72,2%), Awange et al<sup>39</sup> (68%) y Baesso et al<sup>27</sup> (66%), cabe destacar, que en la mayoría de los estudios analizados, el sexo femenino fue el más prevalente debido a que las mujeres suelen acudir más a menudo a consulta odontológica, son más preocupadas por su salud y su estética, también encontrándose asociado a cambios hormonales. Por otra parte, la investigación realizada por Naderi et al.<sup>17</sup> en Irán, determinaron que el sexo masculino fue el de mayor prevalencia con 58,95%.

Finalmente, estas aparentes discrepancias pudieran estar condicionadas por las distintas características de cada población estudiada, tales como los grupos etarios, la distribución por sexo y las condiciones sociodemográficas particulares.

## **CAPÍTULO VI**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **6.1 Conclusiones**

La prevalencia de lesiones bucales reactivas encontradas en dos laboratorios histopatológicos del municipio Libertador del estado Mérida desde enero del 2016 hasta agosto del 2023 fue baja, considerando que, de 286 estudios histopatológicos analizados, 30 pertenecieron a este tipo de lesiones, determinando una prevalencia del 10%.

De acuerdo a lo estudiado en esta zona geográfica en particular, se puede concluir que los pacientes más susceptibles a presentar lesiones reactivas son las mujeres, siendo el Fibroma Traumático la lesión predominante, con ubicación en la encía y a partir de la sexta década de vida, información que puede permitirle a los clínicos estar mejor preparados a partir de quienes representan los individuos más vulnerables de acuerdo a su consulta, no sólo para el diagnóstico eficiente y tratamiento de dichas entidades, sino, más importante aún, para combatir los factores que las originan, disminuyendo así su frecuencia.

#### **6.2 Recomendaciones**

- Esta investigación debe servir como base para la realización de estudios más amplios tanto en el estado Mérida como en el país, y también en otras partes del mundo, con la finalidad de establecer adecuadamente la prevalencia de lesiones reactivas de acuerdo a las características sociodemográficas de cada población.
- El odontólogo debe actualizar sus conocimientos para tener la capacidad de reconocer las lesiones reactivas y que sea prioridad realizar el estudio

histopatológico de las mismas, para obtener un correcto diagnóstico y aplicar un adecuado plan de tratamiento.

- Es de suma importancia que el clínico y los laboratorios histopatológicos se mantengan en constante comunicación, para que toda lesión extirpada sea adecuadamente analizada, ya que es la única manera de conocer el diagnóstico definitivo y así obtener el pronóstico y el seguimiento correcto.
- Brindar información a los pacientes acerca de cómo prevenir lesiones reactivas con la finalidad de disminuir su prevalencia.
- Se recomienda realizar una investigación donde se compare el diagnóstico presuntivo por parte del clínico, con el diagnóstico definitivo por parte del laboratorio histopatológico.
- Se recomienda a los laboratorios histopatológicos, brindar mayor colaboración y receptividad ante la ejecución de este tipo de estudios, debido a que estos aportan datos relevantes para la población.

www.bdigital.ula.ve

## REFERENCIAS

1. Feng J, Zhou Z, Shen X, et al. Prevalence and distribution of oral mucosal lesions: A cross-sectional study in Shanghai, China. *J Oral Pathol Med.* 2015;44(7):490-494. doi:10.1111/jop.12264
2. Ariyawardana A. Traumatic Oral Mucosal Lesions : A Mini Review and Clinical Update. *Trauma Oral Mucosal Lesions A Mini Rev Clin Updat.* 2014;13(2):254-259.
3. Rossmann JA. Reactive Lesions of the Gingiva: Diagnosis and Treatment Options. *Open Pathol J.* 2011;5(1):23-32. doi:10.2174/1874375701105010023
4. E O. *Cawson's Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine.* Ninth edit. (ELSEIVER, ed.); 2017.
5. Neville B, Allen C, Damm D, Chi A. *Oral and Maxillofacial PATHOLOGY.* Fourth edi. (ELSEIVER, ed.); 2016.
6. El-Naggar A, Chan J, Grandis J, Takata T, Slootweg P. *World Health Organization Classification of Tumours.* 4th Editio.; 2017.
7. The International Society for the Study of Vascular Anomalies. ISSVA classification for vascular anomalies ©. 2018;85(6):354. doi:10.1177/014556130608500602
8. Hunasgi S, Koneru A, Vanishree M, Manvikar V, M. Patil A, Gottipati H. Retrospective analysis of the clinical features of 530 cases of reactive lesions of oral cavity. *J Adv Clin Res Insights.* 2014;1:1-6. doi:10.15713/ins.jcri.2
9. Emilio P, Arias S. Resección de fibroma en mucosa oral. Técnica del estrangulamiento. *CES Odontol.* 2016;29(1):82-87. <http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v29n1/v29n1a09.pdf>
10. Schaeffer R. Prevalencia de lesiones en la mucosa oral en pacientes atendidos en el servicio de estomatología del Hospital Militar Central del Perú durante el periodo 2001-2016. *Univ NORBERT WIENER.* 2017;5(5).
11. Maturana A, D A, Reyes M, Farías M, Aitken J. A retrospective analysis of

- reactive hyperplastic lesions of the oral cavity: study of 1149 cases diagnosed between 2000 and 2011, Chile. *Acta Odontol Latinoam*. 2015;28(2):103-107. doi:10.1590/S1852-48342015000200002
12. Buchner A, Shnaiderman A, Vered M. Relative frequency of localized reactive hyperplastic lesions of the gingiva: A retrospective study of 1675 cases from Israel. *J Oral Pathol Med*. 2010;39(8):631-638. doi:10.1111/j.1600-0714.2010.00895.x
  13. Ruiz L. Prevalencia de lesiones en la mucosa oral en pacientes hospitalizados portadores de prótesis parcial removible, en el Hospital Regional Docente de Trujillo en los meses octubre – diciembre del 2017. Published online 2017.
  14. Bataineh A, Al-Dwairi Z. A survey of localized lesions of oral tissues: A clinicopathological study. *J Contemp Dent Pract*. 2005;6(3):30-39. doi:10.5005/jcdp-6-3-30
  15. Nada A, Amal S, Nada B, Wael E. A retrospective study of oral and maxillofacial pathology lesions diagnosed at the Faculty of Dentistry, King Abdulaziz University. *Clin Cosmet Investig Dent*. 2019;Volume 11:45-52. doi:10.2147/ccide.s190092
  16. Kadeh H, Saravani S, Tajik M. Reactive hyperplastic lesions of the oral cavity. *Iran J Otorhinolaryngol*. 2015;27(79):137-144. doi:10.22038/ijorl.2015.3579
  17. Noushin N, Nosratollah E, Hora E. Reactive lesions of the oral cavity: A retrospective study on 2068 cases. *Dent Res J Orig*. 2012;9(3):251-255. doi:10.4103/jisp.jisp\_103\_17
  18. Ala A, Vosough S, Harasi B, Janani M, Mahmoudi S. Reactive hyperplasia of the oral cavity: a survey of 197 cases in Tabriz, Northwest Iran. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects*. 2010;4(3):87-89. doi:10.5681/joddd.2010.022
  19. Hashemi M, Rad M, Mojtahedi A. A Survey of Soft Tissue Tumor-Like Lesions of Oral Cavity: A Clinicopathological Study. *Iran J Pathol*. 2008;3(2):81-87.
  20. Mohammad Z, Goli C, Amanpoor S. Reactive hyperplasia of the oral cavity in Kerman province, Iran: A review of 172 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg*.

- 2006;45(4):288-292. doi:10.1016/j.bjoms.2006.10.001
21. Kashyap B, Reddy P, Nalini P. Reactive lesions of oral cavity: A survey of 100 cases in Eluru, West Godavari district. *Contemp Clin Dent*. 2012;3(3):294-297. doi:10.4103/0976-237x.103621
  22. Ramu S, Rodrigues C. Reactive Hyperplastic Lesions of the Gingiva: A Retrospective Study of 260 Cases. *World J Dent*. 2012;3(2):126-130. doi:10.5005/jp-journals-10015-1142
  23. Shamim T, Varghese V, Shameena P, Sudha S. A retrospective analysis of gingival biopsied lesions in south indian population: 2001-2006. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008;13(7):414-418.
  24. Arango B, López O, Herrera B. Prevalencia de lesiones orales en 2.564 casos histopatológicos de una población colombiana Prevalence. Published online 2021:125-130.
  25. Han A, Rodríguez A, Sánchez N. Frecuencias de patologías orales diagnosticadas en la Facultad de Odontología por el Servicio de Patología Oral entre los años 2012 y 2021. *Univ El Bosque*. Published online 2022:1-23.
  26. Dutra K, Longo L, Grando L, Correa E. Incidence of reactive hyperplastic lesions in the oral cavity: a 10 year retrospective study in Santa Catarina, Brazil. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2019;85(4):399-407. doi:10.1016/j.bjorl.2018.03.006
  27. Baesso R, Azevedo R, Picciani B, Pires FR. Gingival and alveolar mucosal reactive hyperplastic lesions: a retrospective clinical and histological study of 996 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2023;28(4):e347-e354. doi:10.4317/medoral.25766
  28. Boza Y, López A. Análisis retrospectivo de las lesiones de la mucosa oral entre 2008-2015 en el internado clínico de odontología de la Universidad de Costa Rica. *Población y Salud en Mesoamérica*. 2019;16:0-18. doi:10.15517/psm.v0i0.34404
  29. Fernández L. Prevalencia de lesiones reactivas en la cavidad oral en el área de cirugía de cabeza y cuello y maxilofacial del Hospital “La Caleta” Distrito de

- Chimbote, Provincia del Santa, Región Áncash, de enero a junio, 2017. *Univ Católica los Ángeles Chimbote*. Published online 2019.
30. García B, Benet M, Castillo E. Prótesis dentales y lesiones mucosas en el adulto mayor. *Rev Electrónica las Ciencias Médicas en Cienfuegos I*. 2010;8(1):36-41.
  31. Liceaga C, Trujillo J, Montoya L, Vélez M, Sánchez Y, Aldape B. Estudio retrospectivo de casos enviados a estudio histopatológico de lesiones en cavidad oral durante un año. *Rev la Asoc Dent Mex*. 2022;79(2):72-77. doi:10.35366/104741
  32. Espinosa M, Loza G, Mondragón R. Prevalencia de lesiones de la mucosa bucal en pacientes pediátricos. Informe preliminar. *Cir Ciruj medigrafic Artemisa*. 2006;74(003):153-157. <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2006/cc063c.pdf>
  33. Rivera C, Droguett D, Arenas M. Oral mucosal lesions in a Chilean elderly population: A retrospective study with a systematic review from thirteen countries. *J Clin Exp Dent*. 2017;9(2):e276-e283. doi:10.4317/jced.53427
  34. Moret Y. Prevalencia de lesiones benignas y desórdenes potencialmente malignos que afectan la mucosa bucal en pacientes adultos. Facultad de Odontología. UCV. INJURY. *Acta Odontológica Venez*. 2014;52:1-9.
  35. Angulo J, Rodríguez A. Lesiones de la mucosa bucal en pacientes de Mérida, Venezuela. *Invest Clin*. 2015;56(4):367-376.
  36. Farynowska J, Błochowiak K, Trzybulska D, Wyganowska M. Retrospective analysis of reactive hyperplastic lesions in the oral cavity. *Eur J Clin Exp Med*. 2018;16(2):92-96. doi:10.15584/ejcem.2018.2.2
  37. Soyele O, Ladeji A, Adebisi K, et al. Pattern of distribution of reactive localised hyperplasia of the oral cavity in patients at a tertiary health institution in Nigeria. *Afr Health Sci*. 2019;19(1):1687-1694. doi:10.4314/ahs.v19i1.45
  38. Effiom O, Adeyemo W, Soyele O. Focal Reactive lesions of the Gingiva: An Analysis of 314 cases at a tertiary Health Institution in Nigeria. *Niger Med J*. 2011;52(1):35-40. doi:10.4314/nmj.v52i1.66944

39. Awange D, Wakoli K, Onyango J, Chindia M, Dimba E, Guthua S. Reactive localised inflammatory hyperplasia of the oral mucosa. *East Afr Med J*. 2009;86(2):79-82. doi:10.4314/eamj.v86i2.46939
40. García E, Anaya G, Godoy L. *Manual Para La Detección de Alteraciones de La Mucosa Bucal Potencialmente Malignas*. Centro Nac.; 2003. [https://salud.edomex.gob.mx/isem/documentos/temas\\_programas/sbucal/Manuales/manual para la deteccion de alteraciones de la mucosa bucal.pdf](https://salud.edomex.gob.mx/isem/documentos/temas_programas/sbucal/Manuales/manual%20para%20la%20deteccion%20de%20alteraciones%20de%20la%20mucosa%20bucal.pdf)
41. El Toum S, Cassia A, Bouchi N, Kassab I. Prevalence and Distribution of Oral Mucosal Lesions by Sex and Age Categories: A Retrospective Study of Patients Attending Lebanese School of Dentistry. *Int J Dent*. 2018;2018:5-7. doi:10.1155/2018/4030134
42. Álvarez B. Prevalencia de lesiones orales de tejidos blandos en niños de 5 a 10 años. Published online 2019. <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/44131/1/ALVAREZbryan.pdf>
43. Harris Ricardo J, López Alvarez A, Cuadrado Sandoval A. Fibroma traumático riesgo potencial del tratamiento ortodóntico. *Cienc y Salud Virtual*. 2012;4(1):132. doi:10.22519/21455333.255
44. Carmona M, Vergara CI. Asociación de diferentes técnicas de ortodoncia fija con la aparición de lesiones orales sobre tejidos blandos. Published online 2016. <https://bit.ly/31VXVdK>
45. Koray M, Tosun T. Oral Mucosal Trauma and Injuries. *Trauma Dent*. Published online 2019:1-18. doi:10.5772/intechopen.81201
46. Toscano I, Romero A, González Y. Diagnóstico y remoción quirúrgica de una hiperplasia fibrosa inflamatoria: reporte de caso clínico. *Univ Reg Autónoma Los Andes "UNIANDES."* Published online 2019.
47. Arias F. *El Proyecto de Investigación Introducción a La Metodología Científica*. Séptima ed. (Episteme E, ed.); 2016.
48. Torrell J. *Métodos de Investigación En Odontología*. (Masson, ed.).
49. World Medical Association (AMM). Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. *World*



*Med Assoc Inc.* Published online 2013:1-8.  
<http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## ANEXO A

### INTRODUCCIÓN

La presente ficha de registro forma parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos a partir de éste serán utilizados para evaluar la prevalencia de lesiones bucales reactivas encontradas en dos laboratorios histopatológicos del municipio Libertador del estado Mérida desde Enero del 2016 hasta Agosto del 2023

### DATOS GENERALES:

1. Edad
2. Género

N° ORDEN	Edad	Género	Estructura Anatómica	LESIÓN BUCAL Diagnóstico Histopatológico

### I. DATOS ESPECÍFICOS

<b>CODIFICACIÓN</b>	<b>CÓDIGO</b>
<b>GÉNERO</b>	
Masculino	1
Femenino	2
<b>EDAD</b>	
10-19	1
20-29	2
30-39	3
40-49	4
50-59	5
60-69	6
70-79	7
80-89	8
90-99	9
<b>UBICACIÓN ANATÓMICA</b>	
Labio	1
Carrillo	2
Paladar duro	3
Reborde alveolar	4
Encía	5
Lengua	6
Piso de boca	7
Fondo de surco	8
<b>DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO</b>	
Fibroma Traumático	1
Granuloma Periférico de Células Gigantes	2
Fibroma Periférico Osificante	3
Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria inducida por prótesis	4
Otros	5

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)