

Casos Clínicos:

**HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATORIA POR CAMARA DE SUCCION: TRATAMIENTO QUIRURGICO - RELATO DE CASO CLINICO**

HOME > EDICIONES > VOLUMEN 46 N° 3 / 2008 >

**INFLAMATORY FIBROUS HYPERPLASIA CAUSED BY SUCTION CHAMBER: SURGICAL TREATMENT - CASE REPORT**

*Recibido para arbitraje: 11/12/2006*

*Aceptado para publicación: 08/05/2007*

**ISRAEL, Mônica Simões(1); FERREIRA, Vinícius Farias(2); CORNÉLIO, Silvio Sandro(3); NOLETO, José Wilson(4)**

1. Profesora substituta de la cátedra de Estomatología de la Facultad de Odontología (UERJ).
2. Especialista en Prótesis Dentaria/PUC - RJ
3. Alumno de Tercer grado de la Facultad de Odontología - UERJ.
4. Especialista en Cirugía Buco-maxilo Facial/Hospital Universitario Pedro Ernesto - HUPE - UERJ

**Contactos:** Mônica Simões Israel. Rua Muiatuca, 210/105 - Jardim Carioca - Ilha do Governador. Rio de Janeiro - RJ BRASIL. CEP 21921-680 Teléfonos: 21-9833 0545 y 3399 4482

**Resumen**

La hiperplasia fibrosa inflamatoria por cámara de succión es una lesión reacional asociada a la cámara de succión, artefacto antiguamente utilizado para aumentar la retención y estabilidad de la prótesis total superior. El objetivo de este trabajo es relatar un caso de hiperplasia fibrosa inflamatoria por cámara de succión en una mujer, 76 años, cuya opción ha sido la remoción quirúrgica.

**Palabras clave:** hiperplasia fibrosa inflamatoria, cámara de succión

**Abstract**

Inflammatory fibrous hyperplasia caused by upper dentures with suction-chamber, an old-fashioned maneuver to achieve retention and stability of upper dentures. The aim of this study is to report a case of inflammatory fibrous hyperplasia caused by upper dentures on a female patient, 76 years old, that was treated by surgery.

**Key - Words:** Inflammatory fibrous hyperplasia, suction-chamber

**Introducción**

Pierre Fouchard en 1728, recomendaba en el primer libro escrito para la Odontología, "Le Chirurgien Dentiste" excavar el área basal de la prótesis superior en 1 a 2 mm, con la finalidad de obtener una cámara de vacío. Pero, la hiperplasia de la fibromucosa palatina terminaba por ocupar la cámara, anulando el efecto de succión.(1)

La hiperplasia fibrosa inflamatoria por cámara de succión, también conocida como hiperplasia fibrosa inflamatoria de vacío, es una lesión sintomática caracterizada por aumento de volumen, que presenta lo mismo formato de la depresión observada en la prótesis, normocrómica o eritematosa, provocada por el vacío formado en la cámara. La superficie de la lesión se presenta con textura lisa y es más frecuentemente en pacientes del sexo femenino, mujeres blancas, entre los 51 y 60 años. Su tratamiento puede ser realizado por el rellenamiento gradual de la cámara de succión, mucosa abrasión o remoción quirúrgica por bisturí. (1,2,3)

**Reporte de Caso**

Paciente sexo femenino, 76 años gemela, atendida en el Servicio de estomatología de la Odontoclínica Militar Grey Caetano Coimbra (OMGCC) del Hospital Central Aristarco Pessoa (HCAP) de los Bomberos - Cuerpo de Bomberos Militar del Estado de Rio de Janeiro (CBMERJ) para diagnóstico y tratamiento de lesión ubicada en el paladar duro. La paciente es edéntula y portadora de prótesis total superior e inferior. Al examen clínico se ha observado áreas eritematosas distribuidas por el paladar duro, además de una masilla pediculada de aproximadamente 3,0 cm. en su diámetro mayor ubicada en el centro del paladar duro (figura 1). Esta lesión presentaba formato coincidentemente con cámara de succión presente en la prótesis total superior, sugiriendo el diagnóstico de hiperplasia fibrosa inflamatoria por cámara de succión (figura 2).

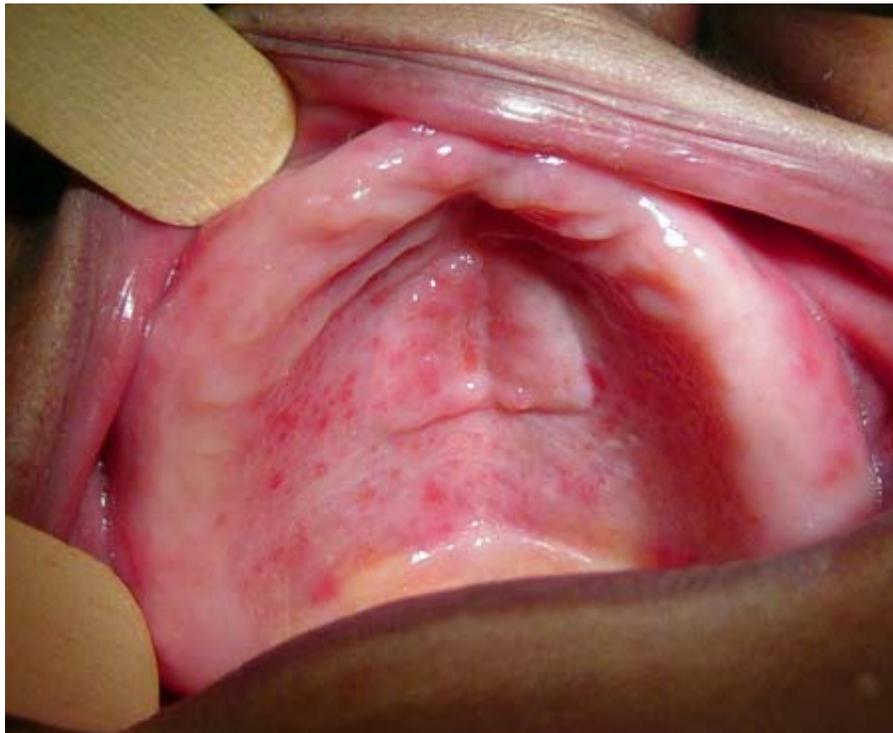


Figura 1 - Aspecto intra-oral de la lesión



Figura 2 - Cámara de succión presente en la prótesis total superior.

Aún en la consulta inicial, la paciente fue sometida al examen cito patológico con finalidad de confirmación de la sospecha de candidiasis eritematosa en el paladar, lo cual mostró resultado positivo (figura 3). La paciente fue entonces orientada a dormir sin la prótesis higienizarla correctamente y condicionarla por la noche en un vaso de agua, con una cucharada de lejía. Antihungico tópico en gel (daktarin® gel) tres veces al día fue prescrito por dos semanas. Después de este periodo, se observó remisión total del cuadro clínico de candidiasis.

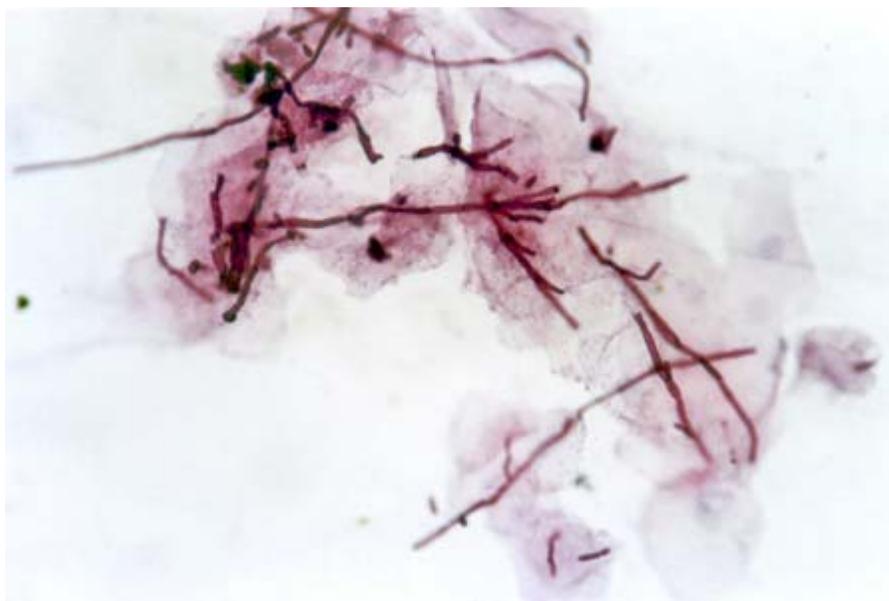


Figura 3 - Examen citopatológico por la coloración de PAS - 100X: presencia de hifas y esporos de Candida.

Pasado la resolución de la candidiasis eritematosa se prefirió la remoción quirúrgica de la hiperplasia fibrosa inflamatoria por cámara de succión, bajo anestesia local (figura 4). El trozo fue fijado en formol a 10% y el examen histopatológico mostró hiperplasia fibrosa inflamatoria, confirmándose la hipótesis diagnóstica. Después de la cicatrización, la paciente fue encaminada al protesista para confección de una nueva prótesis (figura 5).



Figura 4 - Aspecto macroscópico de la lesión.



Figura 5 - Aspecto intra-oral dos meses tras la extracción cirúrgica

**Discusión:**

Áreas eritematosas en el paladar duro, por bajo de prótesis fija, generalmente sugieren el diagnóstico de candidiasis. Sin embargo, hay la necesidad de confirmación de esta sospecha, una vez que estas áreas también suelen estar asociadas a traumatismos o alergias. Existen tres métodos que generalmente son usados en el diagnóstico de candidiasis: test terapéutico con fungicida, citopatología y cultivo.(4) En este caso, se opta por la cito patología por hecho de este examen ser de simple confección, rápido resultado, indoloro y a bajo costo.

La cámara de succión, artefacto utilizado con objetivo de aumentar la estabilidad y retención de la prótesis total superior, frecuentemente lleva a la formación de lesión reaccional denominada hiperplasia fibrosa inflamatoria por cámara de succión. (5,6,7)

El diagnóstico de la hiperplasia fibrosa inflamatoria por cámara de succión puede ser basado en el aspecto clínico de la misma. Los hallados histopatológicos son validos para explicar las observaciones clínicas, en mismo tiempo que confirman la naturaleza de las lesiones.(8)

Existen dos modalidades de tratamiento para la hiperplasia fibrosa inflamatoria por cámara de succión. La opción conservadora es realizada por la reducción mecánica a través del rellamamiento gradual de la cámara con objetivo de comprimir y desaparecer la lesión. Este rellamamiento suele ser hecho con distintos materiales, como cemento quirurgico, gutapercha, godiva de baja fusión y resina autopolimerizable, 1mm a cada consulta.(8,9) En lesiones que presentan una etapa avanzada, salientes, la opción de tratamiento es la remoción quirurgica, que tiene como principal ventaja la rapidez, en comparación al rebajamiento progresivo.(8,10).

La mejoría de la lesión por medio de la compresión, con disminución de su volumen es justificada histopatologicamente por la disminución del componente inflamatorio, con reducción de los compuestos vasculares y exudativos .(3)

Navarro & Araujo en 1995, estudiaron los aspectos clínicos e histopatológicos de lesiones originadas de la prótesis con cámara de succión en 18 pacientes. En ningún examen histopatológico ha sido observado señales que llevasen a indicaciones posibles de alteraciones pré-malignas. Por mucho tiempo, se juzgo que lesiones orales asociadas a trauma, como la hiperplasia inflamatoria, fibroma traumático, hiperplasia fibrosa inflamatoria por cámara de succión fuesen pré malignas.8 Actualmente existen varios estudios que muestran el contrario.(4)

#### Conclusión:

Con el aumento estimado de la población anciana, se observa la necesidad del cirujano odontólogo perfeccionar sus conocimientos en respeto de esta clase de edad. La cámara de succión es un artefacto inadecuado que no sirve mas para indicación en la clínica odontológica.

#### Referencias Bibliografias

1. TURANO JC, TURANO LM. Fundamentos de Prótese Total. 4a ed. São Paulo: Quintessence Editora, 1998.
2. BORAKS S. Diagnóstico bucal. São Paulo: Artes médicas, 1996.
3. PETERS R, BERCINI F, AZAMBUJA TWF. Hiperplasia papilar inflamatória: revisão de literatura e apresentação de caso clínico cirúrgico. Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre; 37(2): 7-8, dez. 1996.
4. NEVILLE BW, DAMM DD, ALLEN CM, et al. Patología oral e maxilofacial. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
5. FRARE SM, LIMAS PA, ALBARELLO FJ, et al. Terceira idade: quais os problemas bucais existentes? Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent; 51(6):573-6, nov.-dez. 1997.
6. LEMOS MMC. Estudo clínico, microbiológico e histopatológico da estomatite por dentadura. RBPO, v.2, n.1, p. 3-10, jan/mar. 2003.
7. SINGI LM. Manifestações iatrogênicas provocadas por prótese dentária total. Odontol. mod; 13(1):57-66, jan.-fev. 1986.
8. NAVARRO H, ARAÚJO NS. Lesões decorrentes de prótese com câmara de sucção: aspectos clínicos e terapêuticos com comprovação histológica. RPG rev. pos-grad; 2(3): 161-7, jul.-set.

1995.

9. CASTRO AL. Estomatologia. 2a ed. São Paulo: Editora Santos, 1995.
10. VICTOR JO, CASTRO AL, GARRAFA V, et al. Aumento volumétrico do palato por câmara de sucção em próteses totais. Estudo clínico e tratamento. Rev. bras. pesq. med. Biol., 7(1):55-61, 1974.