

Hiperplasia Adenomatoide en Reborde Alveolar Maxilar: Una Presentación Inusual

Adenomatoid Hyperplasia in Maxillary Alveolar Ridge: An Unusual Presentation

Richard Ahumada-Ossandón¹ & Ricardo Clavería-Jiménez²

AHUMADA-OSSANDÓN, R. & CLAVERÍA-JIMÉNEZ, R. Hiperplasia adenomatoide en reborde alveolar maxilar: Una presentación inusual. *Int. J. Odontostomat.*, 16(2):185-188, 2022.

RESUMEN: La hiperplasia adenomatoide (HA) se considera una patología no neoplásica de etiología desconocida asociada principalmente a trauma como principal factor causal, con localización frecuente en paladar duro y blando. El presente caso muestra el primer caso de HA en reborde alveolar asociado a prótesis removible mal adaptada. Hombre de 81 años con diabetes mellitus y HTA controlada presentaba un aumento de volumen nodular en reborde alveolar maxilar del color de la mucosa, de consistencia firme y márgenes definidos que medía 1,5 x 0,7 cm de diámetro, asintomático y asociada a falta de diente 1.3 protésico reportando 6 años de evolución. Se realizó biopsia excisional y estudio histopatológico con hiperplasia de acinos glandulares. El 80 % de los casos se observa en paladar seguida de la mucosa oral, lengua y zona retromolar, pero sin reportes en encía o reborde alveolar. El factor causal mayormente asociado es el trauma crónico principalmente asociado a prótesis mal adaptadas, aunque existen estudios de un cromosoma aberrante con un rol desconocido tanto en su patogénesis como en su posible potencial maligno. En el caso actual, la lesión se asocia fuertemente a prótesis removible mal adaptada sugiriendo una lesión de aspecto reactivo. Por lo tanto, la HA se debe incluir como diagnóstico diferencial tanto a nivel palatino como en otras localizaciones incluyendo reborde alveolar. Además, se debe considerar cuando existe un factor etiológico traumático como prótesis removibles mal adaptadas, siendo necesario su confirmación mediante estudio histopatológico especialmente por su similitud con otras patologías.

PALABRAS CLAVE: hiperplasia adenomatoide, hiperplasia adenomatosa, glándula salival menor.

INTRODUCCIÓN

La hiperplasia adenomatoide (HA) es una patología no neoplásica que ocurre principalmente a nivel de glándulas salivales menores y, que fue descrita por primera vez el año 1971 por Giansanti *et al.* (1971). Se caracteriza por ser una lesión nodular, del color de la mucosa, de consistencia firme, asintomático y bien circunscrito, imitando neoplasias benignas y malignas de glándulas salivales. La etiología es desconocida, pero se ha asociado a procesos traumáticos crónicos con algunas alteraciones cromosómicas aberrantes (Barret & Speight, 1995; Manor *et al.*, 2013). Su ubicación más frecuente es en paladar con el 80 % de los casos, considerando paladar duro y blando, seguido por mucosa oral y lengua (Bucher *et al.*). Histológicamente se observa una hiperplasia de acinos glandulares que

coalescen entre sí, con escaso componente inflamatorio, sin atipias ni signos neoplásicos (Giansanti *et al.*, 1971; Bucher *et al.*, 1991; Barrett & Speight, 1995).

En el presente caso se reporta un caso HA en reborde alveolar superior en paciente chileno de 81 años portador de prótesis parcial removible, siendo el primer caso reportado en reborde alveolar.

REPORTE DE CASO

Se presenta un caso de un hombre de 81 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 controlada-

¹ Especialista en Patología Bucomáxilofacial, Docente Instructor, Departamento de Patología y Medicina Oral, Facultad de Odontología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

² Docente de periodoncia, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Antofagasta, Antofagasta, Chile.

da y HTA controlada, quien presentaba un aumento de volumen nodular en reborde alveolar maxilar en la zona anterior del color de la mucosa, de consistencia firme y márgenes definidos que medía 1,5 x 0,7 cm de diámetro, asintomático (Fig. 1b). Paciente era portador de prótesis removible bimaxilar desde hace 15 años aproximadamente con claros signos de desajuste, donde se observó una lesión nodular asociada a falta de diente 1.3 protésico con 6 años de evolución (Fig. 1A). Al examen radiográfico panorámico no se observó compromiso óseo.

Se realizó biopsia excisional con el diagnóstico clínico presuntivo de épolus fisurado o épolus fissuratum (Fig. 2).

Histológicamente, se observó un epitelio plano pluriestratificado paraqueratinizado en cuyo conectivo se observó tejido fibro-adiposo donde se destacaban varios lóbulos de acinos glandulares mucosos hiperplásicos que tendían a unirse, algunos acinos

atróficos y ductos dilatados, tabicados por tejido conlagenizado con un leve infiltrado inflamatorio crónico con diagnóstico de Hiperplasia Adenomatoide en reborde alveolar (Fig. 3). No se observó recurrencias luego de su exéresis. Se realizó tratamiento protésico posterior.

DISCUSIÓN

La hiperplasia adenomatoide se considera una patología reactiva idiopática (Blanco *et al.*, 2012) asociada a trauma como principal factor causal presentándose con frecuencia en pacientes portadores de prótesis removible, principalmente a nivel palatino (Buchner *et al.*, 1991), aunque Manor *et al.* (2013) reconocieron algunas aberraciones cromosómicas t(2;14) (q21;q22), desconociendo su implicancia en la etiología, patogénesis y en el potencial de transformación maligna ya que se ha visto su potencial maligno en t(2;14) en otras patologías malignas pero en distintos puntos cromosómicos. En el presente caso se observó que una mala adaptación protésica de varios años puede provocar la hiperplasia acinar de glándulas salivales menores con potencial de crecimiento limitado, proponiendo en algunos casos su clasificación como hamartoma (Petri 3rd *et al.*, 1993). Usualmente se observa un nódulo de consistencia firme de color similar a la mucosa, aunque hay casos que se presenta de consistencia más blanda y de color azulado (Dereci & Cimen, 2014). Se ha observado con frecuencia en adultos entre la cuarta y la sexta década de vida, con algunos reportes en pacientes más jóvenes pudiendo presentarse en cualquier edad (Dereci & Cimen, 2014; Aframian *et al.*, 2019). Ade-

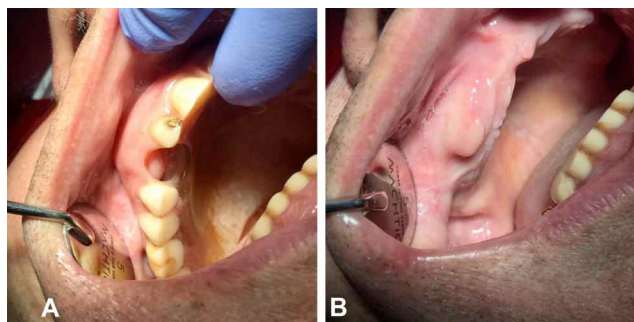


Fig. 1. Características clínicas. Prótesis parcial removible superior mal adaptada con pérdida de diente 1.3 protésico observando aumento de volumen en su interior (a). Aumento de volumen en reborde alveolar maxilar, nodular, firme a la palpación y del color de la mucosa (b).

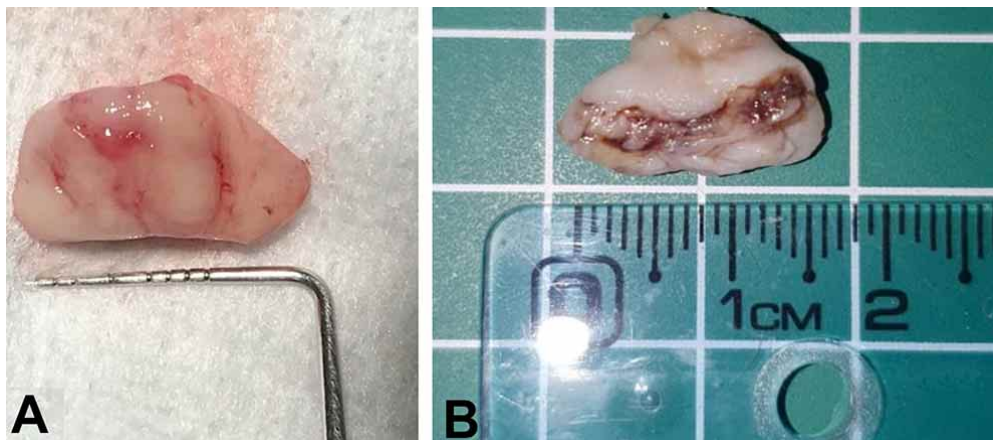


Fig. 2. Macroscópico. Muestra quirúrgica obtenida (a). Muestra fijada en formalina y enviada a estudio histopatológico (b).

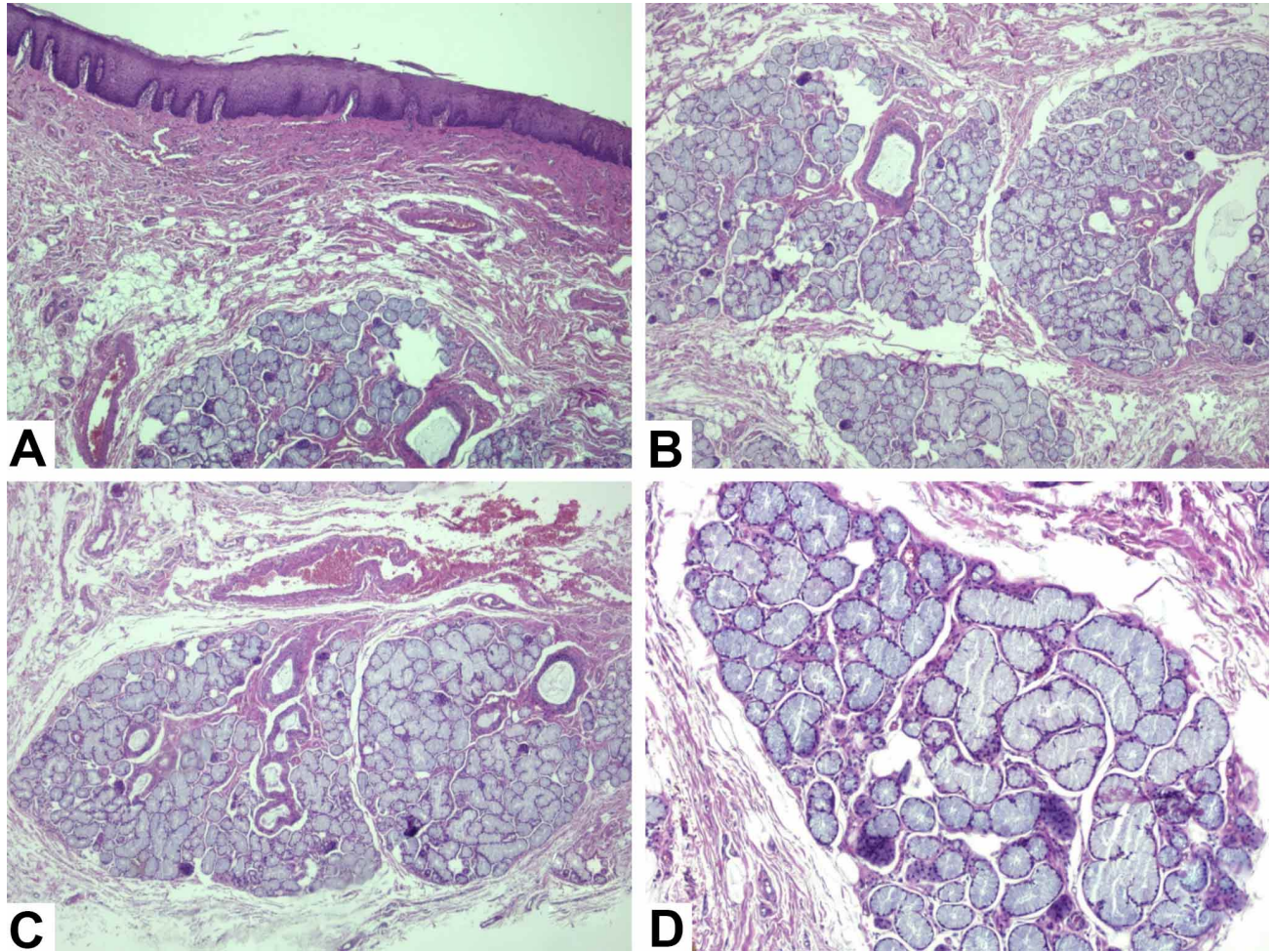


Fig. 3. Características histopatológicas. Epitelio superficial donde a la profundidad se observa tejido conectivo fibroso con infiltración adiposa destacando lóbulos de glándulas salivales menores (a) Lóbulos con acinos glandulares hiperplásicos, ductos dilatados y leve infiltrado inflamatorio (b,c). Se observa hiperplasia acinar y coalescencia de acinos, se distinguen algunos acinos atróficos.

más, se presenta con mayor frecuencia en hombres que en mujeres coincidiendo con el presente caso.

Generalmente, el principal diagnóstico diferencial de la HA a nivel palatino o mucosa oral son neoplasias de glándula salival, como carcinoma mucoepidermoide y adenoma pleomorfo (Arafat *et al.*, 1981; Barrett & Speight, 1995), sin embargo, en el presente caso se consideró un épulis fisurado o épulis fissuratum asociado a prótesis removable, como principal diagnóstico, especialmente por su ubicación.

Histopatológicamente, se observó un epitelio plano pluriestratificado paraqueratinizado con un conectivo subepitelial fibroso donde hacia la profundidad se observó una hiperplasia en acinos glandulares coalescentes, con algunos acinos atróficos y ductos

dilatados (Fig. Cy D), con leve infiltrado inflamatorio crónico, coincidiendo con la literatura (Arafat *et al.*, 1981; Buchner *et al.*, 1991; Barrett & Speight, 1995) aunque también se observó leve infiltración adiposa (Fig. 3A), siendo similar a lo reportado por Arafat *et al.* (1981) y Altamirano & Drut (2011).

En cuanto a la localización, existen reportes de esta patología con series de 40 y 20 casos respectivamente, donde no se describen casos a nivel de reborde alveolar siendo la mayoría de los casos a nivel de la zona palatina (Buchner *et al.*, 1991; Barrett & Speight, 1995). También se han observado casos en zona retromolar, lengua, labios y piso de la cavidad oral (Brannon *et al.*, 1985; Ellis *et al.*, 1995; Chen *et al.*, 1999). Por lo tanto, este es el primer caso reportado en encía o reborde alveolar.

El tratamiento para estas lesiones es la excisión quirúrgica completa, sin reportes hasta el momento de recurrencias (Aframian *et al.*, 2019). Se ha descrito un caso de recidiva en paladar con un carcinoma mucoepidermoide a nivel palatino después de varios años (Arafat *et al.*, 1981). En el caso actual no se han presentado recurrencias.

CONCLUSIÓN

La HA es una patología benigna de carácter reactiva, asociada frecuentemente a trauma crónico como prótesis mal adaptadas, siendo su ubicación más frecuente paladar duro y blando. Este caso es el primer reporte clínico publicado en reborde alveolar, sugiriendo su consideración como diagnóstico diferencial para tumoraciones a nivel de reborde alveolar asociadas a factores traumáticos principalmente. Por lo tanto, es importante su consideración, identificación y análisis histopatológico por su similitud con otras patologías, en especial neoplasias de glándula salival.

AHUMADA-OSSANDÓN, R. & CLAVERÍA-JIMÉNEZ, R. Adenomatoid hyperplasia in maxillary alveolar ridge: an unusual presentation. *Int. J. Odontostomat.*, 16(2):185-188, 2022.

ABSTRACT: Adenomatoid hyperplasia (AH) is considered a non-neoplastic pathology of unknown etiology but mainly associated with trauma as the main causal factor, with frequent localization on hard and soft palate. The present case shows the first case of AH on the alveolar ridge associated with a poorly adapted removable prosthesis. An 81-year-old man with diabetes mellitus and arterial hypertension controlled presents a nodular tumor in the maxillary alveolar ridge of the color of the mucosa, with a firm consistency and defined edges measuring 1.5 x 0.7 cm in diameter, asymptomatic and associated with a lack of a 1.3 prosthetic tooth reporting 6 years of evolution. Excisional biopsy and histopathological study were performed with glandular acini hyperplasia. The AH is observed in 80 % of cases on the palate followed by the oral mucosa, tongue and retromolar area, but without reports on the gingiva or alveolar ridge. The most associated causal factor is chronic trauma, mainly associated with poorly adapted prostheses, although there are studies of an aberrant chromosome with an unknown role both in his pathogenesis and possible malignant potential. In the current case, the lesion is strongly associated with a poorly adapted removable prosthesis, suggesting a lesion with a reactive appearance. Therefore, AH should be included as a differential diagnosis both at the palatal level and in other locations including the alveolar ridge. In addition, it should be considered when there is a traumatic etiological

factor such as poorly adapted removable prostheses, It's confirmation by histopathological study being necessary, especially due to its similarity with other pathologies.

KEY WORDS: adenomatoid hyperplasia, adenomatous hyperplasia, minor salivary glands.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aframian, D. J.; Keshet, N.; Nadler, C.; Zadik, Y. & Vered, M. Minor salivary glands: Clinical, histological and immunohistochemical features of common and less common pathologies. *Acta Histochem.*, 121(8):151451, 2019.
- Altamirano, E. M. & Drut, R. Hiperplasia adenomatoide de glándula salival menor con infiltración adiposa del estroma. *Patología*, 49(Supl. 1):S54-6, 2011.
- Arafat, A.; Brannon, R. B. & Ellis, G. L. Adenomatoid hyperplasia of mucous salivary glands. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, 52(1):51-5, 1981.
- Barrett, A. W. & Speight, P. M. Adenomatoid hyperplasia of oral minor salivary glands. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, 79(4):482-7, 1995.
- Blanco, E. C.; Garrido, E. P. M. & Martínez, T. Z. Una causa infrecuente de tumor de glándula salival menor: Hiperplasia adenomatosa. *Rev. Soc. Otorrinolaringol. Castilla León Cantab. La Rioja*, 3(23):203-8, 2012.
- Brannon, R. B.; Houston, G. D. & Meader, C. L. Adenomatoid hyperplasia of mucous salivary glands: a case involving the retromolar area. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, 60(2):188-90, 1985.
- Buchner, A.; Merrell, P. W.; Carpenter, W. M. & Leider, A. S. Adenomatoid hyperplasia of minor salivary glands. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, 71(5):583-7, 1991.
- Chen, Y. K.; Lin, C. C.; Lin, L. M. & Yan, Y. H. Adenomatoid hyperplasia in the mandibular retromolar area. Case report. *Aust. Dent. J.*, 44(2):135-6, 1999.
- Dereci, O. & Cimen, E. Adenomatoid hyperplasia of the minor salivary glands on the buccal mucosa: A rare case report. *Int. J. Surg. Case Rep.*, 5(5):274-6, 2014.
- Ellis, G. L. & Auclair, P. L. *Tumor-Like Conditions*. In: Ellis, G. L. & Auclair, P. L. (Eds.), *Atlas of Tumor Pathology: Tumors of the Salivary Glands*. 3rd Series, Fascicle 17. Washington D. C., Armed Forces Institute of Pathology, 1995. pp.437-8.
- Giansanti, J. S.; Baker, G. O. & Waldron, C. A. Intraoral, mucinous, minor salivary gland lesions presenting clinically as tumors. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, 32(6):918-22, 1971.
- Manor, E.; Sinelnikov, I.; Brennan, P. A. & Bodner, L. Chromosomal aberrations in adenomatoid hyperplasia of palatal minor salivary gland. *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.*, 51(2):170-2, 2013.
- Petri 3rd, W. H.; Carr, R. F. & Kahn, C. S. Adenomatoid hyperplasia of the palate. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, 51(3):310-1, 1993.

Dirección para correspondencia:
Richard Ahumada-Ossandón
Olivos 943
Comuna de Independencia
Santiago - CHILE

E-mail: rahumada@odontologia.uchile.cl

ORCID: 0000-0003-3176-580X