

Hiperplasia espongiótica juvenil: Informe de tres casos con diferente evolución clínica

Juvenile spongiotic hyperplasia: Report of three cases with different clinical evolution

Autores

 **Cristina Gisela Nafissi**

Universidad Nacional de Cuyo,
Hospital Universitario, Argentina
cgnafissi@yahoo.com

 **María Eugenia Ingrassia**

Universidad Nacional de Cuyo,
Facultad de Odontología;
Hospital Universitario, Argentina.
eugeniaingrassia@gmail.com

Resumen. A hiperplasia gingival espongiótica juvenil es una lesión benigna que se presenta en pacientes jóvenes como un eritema gingival, con crecimiento de aspecto edematoso, hiperplásico, delimitado y circunscrito a la encía adherida pudiendo incluir la encía marginal. No se relaciona con placa bacteriana. Puede ser una lesión solitaria o tener múltiple localización gingival, involucrando típicamente la encía vestibular de dientes anteriores, en la mayoría de los casos reportados en el maxilar superior. Usualmente es una lesión asintomática. La etiología es desconocida y la patogénesis incierta. El propósito de esta publicación es presentar tres pacientes con evolución clínica diferente. Exponiendo por primera vez en la literatura, el caso de remisión post-primo infección herpética, como así también, la evolución de una lesión localizada a multifocal. Se presentan tres pacientes con diferente evolución clínica. Un paciente de sexo masculino de 11 años y dos de sexo femenino, de 7 y 9 años. Quienes presentan una lesión elevada en encía marginal de maxilar superior. En dos pacientes la lesión es circunscripta y bien localizada, mientras que, en el tercer caso, su evolución dio lugar a diferentes focos. Al primer paciente, se le realiza la escisión quirúrgica de la lesión. La segunda paciente, presenta remisión espontánea, al contraer una primo infección herpética. El tercer caso es de una paciente que inicialmente presenta una lesión localizada que evoluciona, a una forma multifocal.

Palabras clave: hiperplasia gingival espongiótica juvenil, gingivitis, inflamación gingival.

Abstract. Localized juvenile spongiotic gingival hyperplasia is a benign lesion that occurs mostly in young patients as gingival erythema, a growth with an edematous, hyperplastic appearance, delimited and circumscribed to the attached gingiva, which may include the marginal gingiva. It is not related to bacterial plaque. It can have a single or multiple gingival location, typically involving the buccal gingiva of anterior teeth, mainly the maxilla. It is usually an asymptomatic lesion. The etiology is unknown and the pathogenesis uncertain. The purpose of this publication is to present three patients with different clinical evolution. Exposing for the first time in the literature, the case of remission post-primal herpetic infection, as well as the evolution of a localized lesion to multifocal. Three patients with different clinical evolution are presented. The ages of the patients are 11, 7 and 9 years. One male and two female. The first patient underwent surgical excision of the lesion. The second patient presented spontaneous remission of the lesion, after a primary herpetic infection. The third case is a patient who initially presented a localized lesion that evolved to a multifocal form.

Keywords: juvenile spongiotic gingival hyperplasia, gingivitis, gingival inflammation.

Introducción

La hiperplasia gingival espongiótica juvenil localizada (HGEJL) es una lesión benigna que se presenta en pacientes jóvenes como un eritema gingival y crecimiento de aspecto edematoso, hiperplásico, delimitado y circunscrito a la encía adherida e incluyendo encía marginal en algunos casos y no se relaciona con placa bacteriana. Todas las lesiones descritas en la literatura se presentan como eritema gingival localizado y crecimiento importante en lugar de una lesión inflamatoria pura. La HGEJL puede tener una sola o múltiple localización gingival, involucrando típicamente la encía vestibular de dientes anteriores, principalmente del maxilar superior. Usualmente es una lesión asintomática. La etiología es desconocida y la patogénesis incierta, se sabe que no está directamente relacionado con la placa dental o la presencia de cálculo, no hay asociación con roce o traumatismo.

Fue descrita por primera vez por Darling et al.¹, quien la define como gingivitis espongiótica juvenil (GEJ), una entidad distintiva clínico patológica. Posteriormente, Chang. et al. ² proponen el término de Hiperplasia gingival localizada espongiótica juvenil (HGLEJ), debido a que todos los casos se caracterizaban por presentar hiperplasia. Su incidencia es poco conocida y subdiagnosticada. Los informes disponibles sugieren que la ocurrencia es principalmente en pacientes caucásicos, durante la pubertad, con mayor presentación en la población femenina. 1-8

La fisiopatología no está definida, aunque las características de la HGEJL, presentan similitud con el epitelio de unión³⁻⁹. Por lo que existe la posibilidad que la lesión se exteriorice desde el surco gingival y sea más susceptible a irritantes locales, lo que produciría inflamación e hiperplasia con la subsecuente formación de HGEJL ³⁻⁹. También se ha sugerido que puede resultar de un epitelio de unión o del surco menos queratinizado que es más susceptible a los irritantes locales y al trauma local menor. 10

Clínicamente, HGEJL aparece como un parche rojo brillante bien delimitado, uni o multifocal, elevado de la encía que no necesariamente incluye la encía marginal de apariencia granular, pedregosa o aterciopelada e indoloro. No relacionada con la presencia de placa bacteriana¹⁻²⁻⁴. Su distribución es predominante en la zona anterior del maxilar y en algunos casos en la zona anterior mandibular. Mayormente se presenta como una lesión solitaria, aunque puede ser multifocal.⁴ Recientemente, Albergoni Silveira .et al ¹¹ publicaron dos casos de localización extragingival en pacientes adultos.

Microscópicamente, se presentan con áreas elevadas de epitelio escamoso estratificado no queratinizado, variablemente acantósico y una importante espongiosis que la caracteriza, elongación de las crestas epidérmicas, atrofia del epitelio que recubre las papilas de tejido conjuntivo largo e infiltrado neutrofílico ¹. Las papilas se conforman por bandas interconectadas de hiperplasia epitelial. El tejido conectivo presenta papilas alargadas, con vasodilatación, congestión y un infiltrado inflamatorio constituido por linfocitos, células plasmáticas y neutrófilos. Aquellas lesiones menos desarrolladas se muestran planas con menor hiperplasia del epitelio, pero con espongiosis y un infiltrado de neutrófilos con inflamación mixta subyacente ¹⁻². En resumen, histológicamente se observa una hiperplasia epitelial con exocitosis neutrofílica intensa y espongiosis ⁴. Estudios de citoqueratina (CK) mostraron una fuerte tinción de CK5/6 en todas las áreas del epitelio, incluidos el epitelio de unión, el epitelio del surco y el epitelio gingival marginal y oral. Mostrando una fuerte tinción con CK19 especialmente en el epitelio de unión como así también en las áreas del epitelio lesional de la gingivitis espongiótica aguda ¹.

Los estudios inmunohistoquímicos para la presencia de receptores de estrógeno y receptores de progesterona fueron negativos en todos los casos. 1 Esta lesión no se acompaña de reabsorción ósea subyacente. 12

Respecto a los tratamientos, la HGELJ, no se resuelve después de un tratamiento periodontal convencional. La resección quirúrgica tiene una tasa de recurrencia hasta un 25 % en un año 1-8.

Existen escasas publicaciones que describan esta lesión, y sólo existen algunos casos de remisión espontánea. 5-13

El propósito de esta publicación es presentar tres pacientes con evolución clínica diferente. Exponiendo por primera vez en la literatura, el caso de remisión post-primo infección herpética como así también, la evolución de una lesión localizada a multifocal.

Casos Clínicos

En todos los casos se obtuvo el consentimiento del paciente y sus padres.

Caso 1

Paciente de 11 años, de sexo masculino, caucásico, concurre a la consulta estomatológica por presentar una "lesión elevada en encía" de 6 meses de evolución. (figs. 1 y 2) Durante la anamnesis no refiere patología sistémica, no consume medicamentos. No presenta hábitos orales deletéreos. Es respirador nasal y presenta una correcta función lingual. Como antecedente familiar de relevancia, su madre fue diagnosticada de carcinoma de células escamosas de la mucosa yugal, hace 8 años, que se resolvió quirúrgicamente, sin recidiva hasta la fecha.

Tratamiento: se indicó la extirpación quirúrgica. Hasta la fecha no ha presentado recidiva desde hace 18 meses a la fecha. El informe de anatomía patológica confirmó el diagnóstico de HGELJ. (fig. 3)

Caso 2

Paciente de 7 años, de sexo femenino, caucásica, concurre a la consulta estomatológica por presentar una "lesión elevada en encía", no relacionada con la erupción dentaria. (fig.4a). Durante la anamnesis no refiere patología sistémica, no consume medicamentos. Presenta frenillo labial corto. Tratamiento: se indicaron pautas de cuidado e higiene local. Curiosamente, la lesión remitió espontáneamente luego que la paciente contrajo una infección primaria por el *virus del herpes simple tipo 1 (VHS tipo1)*. (fig. 4b) Fue tratada sintomáticamente con analgésicos y antipiréticos, no recibió tratamiento antiviral, local ni sistémico.

Caso 3

Paciente de 9 años, de sexo femenino, etnia indígena concurre a la consulta estomatológica por presentar una lesión abultada en la encía del elemento incisivo superior izquierdo (fig. 5) de 3 meses de evolución. A la anamnesis no refiere presentar patología sistémica asociada, no consume fármacos. No presenta hábitos orales deletéreos. Es respiradora nasal y presenta disfunción lingual. No refiere antecedentes familiares relevantes. Al examen clínico presenta frenillo lingual y labial corto con mordida invertida anterior. Presenta lesión única en encía vestibular del 21, eritematosa elevada, edematosa no sangrante, no relacionada con placa bacteriana, que abarca toda la encía libre e insertada. Se indica técnica de higiene oral. A los 20 días se realiza

control, sin cambios clínicos evidentes. Se realiza frenectomía labial y lingual por indicación de su odontopediatra. Diagnóstico clínico: hiperplasia gingival espongiótica juvenil localizada. A los 3 meses posteriores, se observa un mayor abultamiento de la lesión en encía marginal del 21 y focos en 12 y 24 (fig. 6), presentándose como una HGEJL multifocal. Tratamiento: cuidados generales y control de evolución clínica.

Discusión

Debido a su semejanza con otras lesiones se realiza el diagnóstico diferencial con la gingivitis puberal, el granuloma piógeno, granuloma periférico de células gigantes, lesiones benignas vasculares como hemangiomas y malformaciones vasculares¹⁴. El virus del papiloma humano no participa en la patogénesis de HGEJL. La expresión de P16INK4K en ausencia de ADN de VPH detectable probablemente se puede atribuir a la inflamación intensa asociada con HGEJL.⁴

Debido al rango etario que presenta esta lesión y sus características clínicas patognomónicas, su diagnóstico es clínico y se realiza su seguimiento. No se encuentra relacionado a la presencia de placa bacteriana, lo que se demuestra debido a la falta de respuesta al tratamiento periodontal.¹

El patrón de expresión de citoqueratina (CK) en la HGEJL, es similar al descrito en la literatura para el epitelio de unión (EU). Posiblemente, el EU, se exteriorice desde el surco gingival, siendo así más propenso a los irritantes locales, situación que daría lugar a la inflamación e hiperplasia, con el desarrollo subsiguiente de HGEJL.³

Debido a su mayor presentación en la población juvenil se realizaron estudios de inmunohistoquímica CK 5/6 y 19, con receptores de estrógeno y progesterona, no resultaron reactivos para la HGEJL.¹

Los casos presentados poseen una evolución clínica particular. El rango de edades fue de 7 a 11 años. Con un predominio en mujeres de 2:1 y caucásicos 2:1. Todas las lesiones involucraron el maxilar superior siendo en su mayoría localizadas. Su evolución y fue diferente en los tres casos.

En el primero, se realizó la resección quirúrgica de la lesión, sin recidiva a la fecha. En el segundo caso, la lesión remitió espontáneamente, luego de que la paciente presentara una gingivoestomatitis herpética por VHS tipo 1. La misma no recibió tratamiento antiviral, pero sí analgésicos y antipiréticos. Este caso, toma importante relevancia, ya que es uno de los pocos casos descritos en la literatura de remisión espontánea.

La remisión espontánea se describe por primera vez en 2018¹⁴ y posteriormente en 2021.⁵ Siamantas *et al.*¹⁴, reportaron un caso clínico de HGEJL multifocal que involucraba los cuatro cuadrantes, confirmada por biopsia, en una paciente de 19 años de sexo femenino. El examen clínico, microscópico e inmunohistoquímico con citoqueratina 19 confirmó el diagnóstico. Las lesiones biopsiadas mostraron una recurrencia luego de 4 meses, mientras que a los 15 meses hubo remisión espontánea de 3 de las 4 lesiones. Las recurrencias son comunes, mientras que la remisión puede ocurrir. Decani *et al.*⁵, presentan una paciente de 8 años, derivada por presentar una lesión gingival no dolorosa, de un año de evolución y refractaria a un tratamiento periodontal. La paciente fue vista periódicamente durante 43 meses, y en su última visita la lesión se resolvió espontáneamente. Por lo que propone, el seguimiento de los pacientes como una alternativa a la cirugía. El caso clínico presentado por Decani *et al.*⁵ refirió haber presentado una historia previa de dermatitis atópica y alergia al kiwi. Mientras que la lesión bien definida se presentó como un crecimiento que involucraba

la zona del incisivo maxilar izquierdo, sin afectar la encía marginal, aunque luego de un traumatismo que produjo desprendimiento de la lesión, reapareció luego de 6 meses, en esta oportunidad afectando la encía marginal.

El tercer caso, se presentó inicialmente localizada, mientras que en controles posteriores fueron apareciendo otros focos de lesión, transformándose en una lesión multifocal, la particularidad del caso es que se presenta en una paciente de etnia indígena por lo que nos cuestionamos si las lesiones multifocales, serían más frecuentes en estos pacientes. Siendo las lesiones multifocales menos frecuentes, se estima que se encuentren subdiagnosticadas, debido a su similitud con la gingivitis puberal.² Siamantas *et al.*¹³ publicaron un caso de HEGJL que abarcaba los cuatro cuadrantes.

Aún existe controversia respecto del tratamiento de la GHEJL. Algunos autores recomiendan la escisión quirúrgica¹⁵ a pesar de la recurrencia entre un 6% al 25%.

Vieira *et al.*¹⁶ publicaron un caso clínico tratado con terapia fotodinámica, en oposición con el tratamiento quirúrgico. El paciente de 9 años presentó una reducción significativa de la hiperplasia, demostrando que la terapia fotodinámica con láser de dióxido de carbono y la crioterapia fue segura, rápida y no dolorosa, como alternativa de tratamiento sin daño estético. Moine *et al.*¹⁷, presentaron un caso clínico tratado con aplicaciones tópicas de ácido tricloroacético, luego de una recurrencia posterior al tratamiento quirúrgico. Roberts *et al.*¹⁸, publican el primer caso de HEGJL tratada con una nueva terapia de ablación de baja energía con láser de dióxido de carbono en un paciente de 56 años. La crioterapia podría ser beneficiosa en la población pediátrica.⁶

Nueva evidencia sugiere la eficacia de un tratamiento conservador, ya que se ha visto que la remisión espontánea es posible, hay que realizar visitas de revisión para evaluar la salud periodontal y reforzar las instrucciones de higiene oral.¹⁹

Existen algunas publicaciones de casos en mayores de 20 años.^{1-4, 20-23}. Situación que nos replantea una vez más su definición, algunos autores cuestionan que, por lo tanto, la lesión no puede ser ni localizada²¹ ni juvenil^{12,13}. Lafuente-Ibáñez de Mendoza *et al.*⁹ concluyen en su estudio que la HGEJL es un tumor reactivo de la encía de etiología odontogénico, ya que su origen parece ser de remanentes del epitelio de unión. Theofilou, *et al.*²⁴ proponen un nuevo término "gingivitis odontogénica espongiótica" o "gingivitis espongiótica con metaplasia odontogénica (SGOM)". Mientras que Albergoni Silveira *et al.*²⁵, proponen el término de Hiperplasia Espongiótica de la mucosa oral.

Conclusión

Debido a las escasas publicaciones que describen la HGEJL, el propósito de las autoras es aportar nueva información con la presentación de tres casos clínicos con evolución clínica diferente. Exponiendo por primera vez en la literatura, el caso de remisión post-primo infección herpética como así también, la evolución de una lesión localizada a multifocal. Debido a sus características clínicas patognomónicas, su diagnóstico es clínico y se sugiere realizar su seguimiento. No se encuentra relacionado a la presencia de placa bacteriana, lo que se demuestra debido a la falta de respuesta al tratamiento periodontal.

Referencias

1. Darling, M. R., Daley, T. D., Wilson, A., & Wysocki, G. P. (2007). Juvenile spongiotic gingivitis. *Journal of periodontology* 78; 1235–40. <https://doi.org/10.1902/jop.2007.060502>
2. Chang, J. Y., Kessler, H. P., & Wright, J. M. (2008). Localized juvenile spongiotic gingival hyperplasia. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics*, 106; 411–8. <https://doi.org/10.1016/j.tripleo.2008.04.024>
3. Allon, I., Lammert, K. M., Iwase, R., Spears, R., Wright, J. M., & Naidu, A. (2016). Localized juvenile spongiotic gingival hyperplasia possibly originates from the junctional gingival epithelium-an immunohistochemical study. *Histopathology*, 68(4), 549–55. <https://doi.org/10.1111/his.12774>
4. Argyris, P. P., Nelson, A. C., Papanakou, S., Merkourea, S., Tosios, K. I., & Koutlas, I. G. (2015). Localized juvenile spongiotic gingival hyperplasia featuring unusual p16INK4A labeling and negative human papillomavirus status by polymerase chain reaction. *Journal of oral pathology & medicine : official publication of the International Association of Oral Pathologists and the American Academy of Oral Pathology*, 44(1), 37–44. <https://doi.org/10.1111/jop.12214>
5. Decani, S., Lodi, G., Sardella, A., & Varoni, E. M. (2021). Localised juvenile spongiotic gingival hyperplasia: A case of spontaneous resolution and a literature review. *European journal of paediatric dentistry*, 22(2), 159–62. <https://doi.org/10.23804/ejpd.2021.22.02.14>
6. Nogueira, V. K., Fernandes, D., Navarro, C. M., Giro, E. M., de Almeida, L. Y., León, J. E., & Bufalino, A. (2017). Cryotherapy for localized juvenile spongiotic gingival hyperplasia: preliminary findings on two cases. *International journal of paediatric dentistry*, 27(3), 231–5. <https://doi.org/10.1111/ipd.12278>
7. Petruțiu, Ș. A., Roman, A., Soancă, A., Sârbu, C., & Stratul, Ș. I. (2014). Localized Juvenile Spongiotic Gingival Inflammation: A Report on 3 Cases. *Clujul medical* (1957), 87(3), 198–202. <https://doi.org/10.15386/cjmed-287>
8. Solomon, L. W., Trahan, W. R., & Snow, J. E. (2013). Localized juvenile spongiotic gingival hyperplasia: a report of 3 cases. *Pediatric dentistry*, 35(4), 360–3.
9. Lafuente-Ibáñez de Mendoza, I., Alberdi-Navarro, J., Marichalar-Mendia, X., Mosqueda-Taylor, A., & Aguirre-Urizar, J. M. (2019). Characterization of juvenile spongiotic gingival hyperplasia as an entity of odontogenic origin. *Journal of periodontology*, 90(12), 1490–5. <https://doi.org/10.1002/JPER.19-0022>
10. McNamara, K. K., & Kalmar, J. R. (2019). Erythematous and Vascular Oral Mucosal Lesions: A Clinicopathologic Review of Red Entities. *Head and neck pathology*, 13(1), 4–15. <https://doi.org/10.1007/s12105-019-01002-8>
11. Silveira, H. A., Toral-Rizo, V. H., Lara-Carrillo, E., Dominguet, M., Silva, E. V., Ribeiro-Silva, A., Bufalino, A., Almeida, L. Y., & León, J. E. (2022). Spongiotic hyperplasia of the oral mucosa: case series and immunohistochemical analysis. *Oral and maxillofacial surgery*, 26(2), 333–7. <https://doi.org/10.1007/s10006-021-00996-2>
12. Kalogirou, E. M., Chatzidimitriou, K., Tosios, K. I., Piperi, E. P., & Sklavounou, A. (2017). Localized Juvenile Spongiotic Gingival Hyperplasia: Report of Two Cases.

- The Journal of clinical pediatric dentistry, 41(3), 228–31.
<https://doi.org/10.17796/1053-4628-41.3.228>
13. Siamantas, I., Kalogirou, E. M., Tosios, K. I., Fourmousis, I., & Sklavounou, A. (2018). Spongiotic Gingival Hyperplasia Synchronously Involving Multiple Sites: Case Report and Review of the Literature. *Head and neck pathology*, 12(4), 517–21.
<https://doi.org/10.1007/s12105-018-0903-9>
 14. Kalogirou, E. M., Chatzidimitriou, K., Tosios, K. I., Piperi, E. P., & Sklavounou, A. (2017). Localized Juvenile Spongiotic Gingival Hyperplasia: Report of Two Cases. *The Journal of clinical pediatric dentistry*, 41(3), 228–31.
<https://doi.org/10.17796/1053-4628-41.3.228>
 15. Rodríguez OG, Martínez RV, Ruiz GMC, et al. Gingivitis espongíotica juvenil localizada: revisión de la literatura. *Rev Mex Periodontol.* 2019;10(1-2):13-7.
 16. Vieira, D. L., Leite, A. F., de Souza Figueiredo, P. T., Vianna, L. M., Moreira-Mesquita, C. R., & de Melo, N. S. (2018). A Conservative Approach for Localized Spongiotic Gingivitis Hyperplasia Using Photodynamic Therapy: A Case Report and Review of the Literature. *Photomedicine and laser surgery*, 10.1089/pho.2018.4454. Advance online publication. <https://doi.org/10.1089/pho.2018.4454>
 17. Moine L, Gilligan G, Trichloroacetic Acid for localized juvenile spongiotic gingival hyperplasia: A case report with a novel treatment, *Pediatric Dental Journal* (2018).
<https://doi.org/10.1016/j.pdj.2018.05.003>
 18. Roberts, E. P., Schuster, G. M., & Haub, S. (2022). Case report of spongiotic gingivitis in an adult male treated with novel 9,300-nanometer carbon dioxide laser low-energy ablation. *Journal of the American Dental Association* (1939), 153(1), 67–73. <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2021.05.019>
 19. Bagattoni, S., Lardani, L., Ligori, S., Fitzgibbon, R., & Carli, E. (2022). Periodontology Part 2: Localised Juvenile Spongiotic Gingival Hyperplasia: histopathological and clinical features. *European journal of paediatric dentistry*, 23(2), 163–5.
<https://doi.org/10.23804/ejpd.2022.23.02.16>
 20. Kamperos G; Mageirou A; Piperi E; Zarnpi-Mageirou A; Sklavounou-Andrikopoulou A (2016). Localized Juvenile Spongiotic Gingival hyperplasia in an Orthodontic Patient: A case report. *Stomatologia* 2016, 73(3):139-42.
 21. Wang, M. Z., & Jordan, R. C. (2019). Localized juvenile spongiotic gingival hyperplasia: A report of 27 cases. *Journal of cutaneous pathology*, 46(11), 839–843. <https://doi.org/10.1111/cup.13549>
 22. Vargo, R. J., & Bilodeau, E. A. (2019). Reappraising localized juvenile spongiotic gingival hyperplasia. *Journal of the American Dental Association* (1939), 150(2), 147–153.e2. <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2018.10.001>
 23. Innocentini, L., Santos, T. T., Reis, M., Mandetta, C., Santos, R., Mesquita, R. A., da Silva, T. A., Grossmann, S., Lemos, C. A., Grisi, M., León, J. E., & Motta, A. (2020). Juvenile Spongiotic Gingival Hyperplasia: Clinicopathological Features of Eight Cases and a Literature Review. *Oral health & preventive dentistry*, 18(1), 953–8.
<https://doi.org/10.3290/j.ohpd.a45435>
 24. Theofilou, V. I., Pettas, E., Georgaki, M., Daskalopoulos, A., & Nikitakis, N. G. (2021). Localized juvenile spongiotic gingival hyperplasia: Microscopic variations and

proposed change to nomenclature. Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology, 131(3), 329–38. <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2020.10.024>

25. Silveira, H. A., Toral-Rizo, V. H., Lara-Carrillo, E., Dominguet, M., Silva, E. V., Ribeiro-Silva, A., Bufalino, A., Almeida, L. Y., & León, J. E. (2022). Spongiotic hyperplasia of the oral mucosa: case series and immunohistochemical analysis. Oral and maxillofacial surgery, 26(2), 333–7. <https://doi.org/10.1007/s10006-021-00996-2>

FIGURAS



Figura 1. Caso 1: Lesión localizada en encía marginal elevada, de aspecto **vegetante**, no sangrante

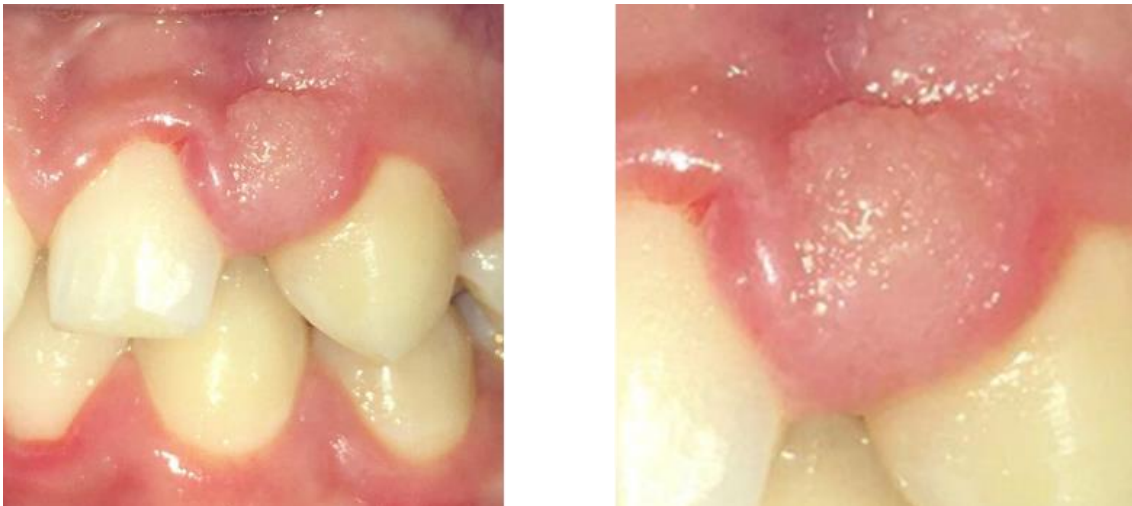


Figura 2. Caso 1: Vista en detalle de la lesión localizada en encía marginal en la papila **interdental** de los elementos 22-23

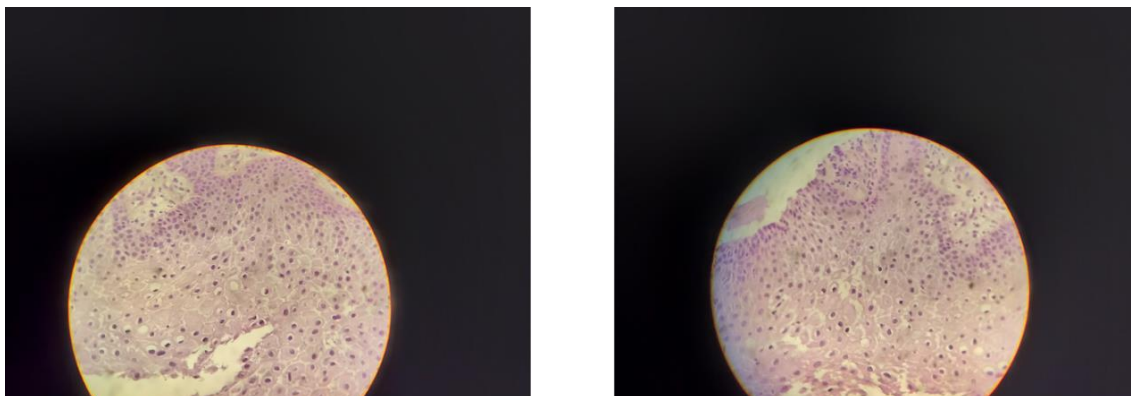


Figura 3. Caso 1: Anatomía patológica muestra hiperplasia epitelial con marcada espongirosis.



Figura 4. A: Lesión localizada en encía marginal elevada, de aspecto bulboso, no sangrante.



Figura 4. B: Obsérvese su completa remisión espontánea, luego de haber presentado infección por herpes virus.



Figura 5. Caso 3. **A y B:** Lesión abultada en la encía marginal de incisivos superiores



Figura 6. A y B: Obsérvese un mayor abultamiento de la lesión en encía marginal del 21 y focos en 12 y 24, presentándose como una HGELJ multifocal.