

**Trabajo de
fin de grado**

**Análisis de la tasa de recurrencia en Hiperplasia Gingival Espongiótica tras escisión quirúrgica.
Revisión sistemática y reporte de casos clínicos**

Análise da taxa de recurrencia da Hiperplasia Gingival Espongiótica tras escisión cirúrxica: revisión sistemática e reporte de casos

Analysis of the Recurrence Rate of Spongiotic Gingival Hyperplasia after Surgical Excision: Systematic Review and Case Report

Autora: Antía González González

Tutor: Mario Pérez-Sayáns García

Cotutora: Alba Pérez González

Departamento: Departamento de Cirugía y Especialidades Médico-Quirúrgicas.

Junio 2025

AGRADECIMIENTOS

*“Donde nos llevó la imaginación,
donde con los ojos cerrados,
se divisan infinitos campos.”*
Antonio Vega, 1992.

A mis padres, por haber hecho todo lo posible para que pudiera alcanzar mi sueño en esta profesión. Gracias por haberme brindado una vida llena de oportunidades, cariño y amor. Por ser siempre mi refugio y por enseñarme el verdadero significado de hogar.

A mi hermano *Guati*, por recordarme cada día la esencia de quién soy, por inspirarme y contagiarme su energía con esa forma tan especial de ver la vida.

A Sam por llenar el corazón de todos y acompañarme desde que aprendía a escribir.

A mi pareja, Alex, por volver a mi vida como un rayo de luz cuando más lo necesitaba, y por estar a mi lado con infinita paciencia, amor y un apoyo incondicional que me ha sostenido incluso cuando yo dudaba.

En el ámbito profesional, al Dr. Mario Pérez-Sayáns por su labor como tutor y por haberme orientado, junto con la Dra. Alba Pérez, durante el desarrollo de este proyecto.

Por último, agradecer a los profesores que he tenido a lo largo de estos años y compañeros que, además de compartir el camino, se han convertido en grandes amigos, como *Almu* y Erik.

Muchas gracias a todos.

RESUMEN

Introducción. La hiperplasia gingival espongiótica juvenil localizada es una lesión rara, recientemente descrita, que se presenta como un crecimiento gingival no inducido por placa, con características clinicopatológicas particulares, patogénesis controvertida y etiología aún desconocida, sin una clara predilección por género.

Objetivos. El presente trabajo tiene como objetivo evaluar la recurrencia de las hiperplasias espongióticas tras su escisión quirúrgica.

Material y método. Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura en las bases de datos MEDLINE (vía PubMed), SCOPUS y bases de datos de la OMS, incluyendo artículos publicados hasta enero de 2025. La calidad de los estudios incluidos fue evaluada mediante las listas de verificación del Instituto Joanna Briggs (JBI) y la herramienta ROBINS-I, según el diseño metodológico de cada estudio.

Resultados. Se incluyeron quince estudios, de los cuales 5 fueron reportes de caso, 9 series de casos y una revisión narrativa con casos clínicos. Las tasas de recurrencia tras escisión quirúrgica variaron entre el 5,8% y el 25% en las series más amplias. En 4 estudios no se observaron recidivas, aunque dos artículos no especificaron el tiempo de seguimiento. El riesgo de sesgo fue globalmente moderado.

Discusión. La escisión quirúrgica fue el tratamiento más frecuente y, en general, efectivo. Sin embargo, algunos casos presentaron recurrencia, posiblemente relacionada con factores como resecciones incompletas o seguimiento insuficiente. La heterogeneidad de los estudios y la escasa estandarización metodológica limitan la interpretación de los resultados.

Conclusión. La hiperplasia gingival espongiótica presenta un riesgo potencial de recidiva tras la escisión quirúrgica. Son necesarios estudios prospectivos con muestras más amplias y seguimiento estandarizado para establecer pautas clínicas basadas en evidencia sólida.

Palabras clave: Medicina oral, Patología oral, Enfermedades gingivales, Hiperplasia gingival espongiótica, Recurrencia, Escisión quirúrgica.

RESUMO

Introdución. A hiperplasia xinxival esponxiótica xuvenil localizada (LJSGH) é unha lesión rara e descrita recentemente, caracterizada por un crecemento gingival non inducido por placa, con características clinicopatolóxicas distintivas, unha patoxénese controvertida e unha etioloxía descoñecida. Non se estableceu unha predilección clara por sexo.

Obxectivos. Este estudo ten como obxectivo avaliar a taxa de recidiva da hiperplasia esponxiótica despois da escisión cirúrxica e describir os factores de risco asociados.

Materiais e métodos. Realizouse unha revisión sistemática das bases de datos MEDLINE (a través de PubMed), SCOPUS e bases da OMS, incluíndo artigos publicados ata xaneiro de 2025. A calidade dos estudos incluídos avaliouuse empregando as listas de verificación do Joanna Briggs Institute (JBI) e a ferramenta ROBINS-I, segundo o deseño metodolóxico de cada estudo.

Resultados. Incluíronse quince estudos, principalmente informes de caso e series de casos. As taxas de recidiva tras a escisión cirúrxica oscilaron entre o 5,8 % e o 25 % nas series máis amplas. En varios estudos non se observaron recidivas; con todo, moitos non especificaron a duración do seguimento postoperatorio. O risco global de sesgo foi moderado.

Discusión. A escisión cirúrxica foi o tratamento máis frecuentemente descrito e, en xeral, efectivo. Non obstante, observáronse recidivas nalgúns casos, posiblemente relacionadas cunha resección incompleta ou seguimento clínico limitado. A heteroxeneidade dos estudos e a falta de estandarización metodolóxica dificultan a interpretación dos achados.

Conclusión. A hiperplasia xinxival esponxiótica pode presentar risco de recidiva tras o tratamento cirúrxico. Son necesarios estudos prospectivos con mostras máis amplas e seguimento estandarizado para desenvolver recomendacións clínicas baseadas na evidencia.

Palabras clave: Medicina oral, Patoloxía oral, enfermidades xinxivais, Hiperplasia xinxival esponxiótica, Recidiva, Escisión cirúrxica.

ABSTRACT

Introduction. Localised juvenile spongiotic gingival hyperplasia (LJSGH) is a rare and recently described lesion characterised by a non-plaque-induced gingival overgrowth with distinctive clinicopathological features, controversial pathogenesis, and unknown aetiology. No clear gender predilection has been established.

Objectives. This study aims to evaluate the recurrence rate of spongiotic hyperplasia following surgical excision and to describe the associated risk factors.

Materials and methods. A systematic review was conducted using the MEDLINE (via PubMed), SCOPUS, and WHO databases, including articles published up to January 2025. The quality of the included studies was assessed using the Joanna Briggs Institute (JBI) checklists and the ROBINS-I tool, according to the design of each study.

Results. Fifteen studies were included, primarily consisting of case reports and case series. Recurrence rates after surgical excision ranged from 5.8% to 25% in the largest series. Several studies reported no recurrence; however, many did not specify the duration of postoperative follow-up. The overall risk of bias was moderate.

Discussion. Surgical excision was the most frequently reported and generally effective treatment. Nonetheless, recurrence occurred in some cases, potentially due to incomplete resection or limited follow-up. The heterogeneity of study designs and the lack of methodological standardisation limit the interpretability of the findings.

Conclusion. Spongiotic gingival hyperplasia may present a risk of recurrence following surgical treatment. Future prospective studies with larger sample sizes and standardised follow-up are necessary to develop evidence-based clinical guidelines.

Keywords: Oral medicine, Oral pathology, Gingival diseases, Spongiotic gingival hyperplasia, Recurrence, Surgical excision.

ÍNDICE

1. <u>INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN</u>	1
1.1 DEFINICIÓN.....	1
1.2 NOMENCLATURA Y ORIGEN	1
1.3 ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO	1
1.4 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	1
1.5 CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.....	2
1.6 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	2
2. <u>OBJETIVOS</u>	3
3. <u>MATERIAL Y MÉTODO</u>	4
3.1 FUENTE DE DATOS.....	4
3.2 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD Y PROCESO DE SELECCIÓN DE ESTUDIOS	4
3.3 VARIABLES DEL ESTUDIO.....	5
3.4 CALIFICACIÓN DE LOS ARTÍCULOS.....	5
4. <u>RESULTADOS</u>	6
4.1 RESULTADOS CUALITATIVOS	6
4.2 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS ESTUDIOS	9
5. <u>PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS PROPIOS</u>	10
6. <u>DISCUSIÓN</u>	13
6.1 RESUMEN DE RESULTADOS.....	13
6.2 COMPARACIÓN CON LA LITERATURA EXISTENTE	13
6.3 INTERPRETACIÓN DE LA RECIDIVA	14
6.4 IMPLICACIONES CLÍNICAS.....	15
6.5 FORTALEZAS DE ESTA REVISIÓN	15
6.6 LIMITACIONES DEL LOS ESTUDIOS INCLUIDOS	15
6.7 RECOMENDACIONES	16
7. <u>CONCLUSIÓN</u>	17
8. <u>BIBLIOGRAFÍA</u>	18
9. <u>ANEXOS</u>	21

1. INTRODUCCIÓN

1. Definición

La Hiperplasia Gingival Espongiótica Juvenil Localizada (LJSGH) es una lesión rara descrita en 2008, caracterizada por un crecimiento gingival excesivo no inducido por placa, con características clinicopatológicas únicas. Su patogénesis es controvertida y su etiología aún no ha sido completamente establecida. Aunque inicialmente se propuso que afecta predominantemente a la población pediátrica, se han documentado casos en pacientes de diversas edades y sin una clara predilección por sexo [1,2].

2. Nomenclatura y Origen de la LJSGH

El término "LJSGH" fue propuesto por Chang et al. (2008) [3] tras revisar las características clínicas e histológicas de la entidad previamente conocida como "gingivitis espongiótica juvenil", descrita por primera vez por Darling et al. (2007) [4]. Esta denominación hace referencia a agrandamientos gingivales rojizos que afectan principalmente a adolescentes. Sin embargo, autores como Solomon et al. (2013) [5] han cuestionado la validez del término, proponiendo un cambio hacia "hiperplasia gingival espongiótica" debido al amplio rango de edad en el que puede presentarse.

3. Etiología y Factores de riesgo

La etiología de la LJSGH permanece incierta. Se ha planteado una posible influencia hormonal debido a su alta prevalencia en la segunda década de vida. No obstante, la ausencia de expresión inmunohistoquímica de receptores hormonales contradice esta hipótesis [2]. También se ha explorado la relación con el virus del papiloma humano (VPH), aunque hasta el momento no se ha identificado su ADN en las lesiones [6]. Otros factores como trauma local, uso de ortodoncia o respiración oral han sido sugeridos como posibles desencadenantes, pero sin evidencia suficiente que respalde una relación causal directa. Algunos autores han propuesto un origen odontogénico, debido a similitudes histológicas entre la LJSGH y el epitelio de unión [2,7].

4. Características Clínicas de la LJSGH

Clínicamente, la LJSGH es una lesión benigna, generalmente asintomática, que puede ser focal o multifocal. Se presenta como una placa eritematosa, edematosa y exofítica, con una superficie lisa, papilar o granular. La lesión, en la mayoría de los casos, es solitaria (0,2-1 cm de diámetro) y se localiza predominantemente en la encía adherida, en la zona maxilar anterior, sin afectar la encía libre [2,8,9]. Aunque la lesión no suele ser hemorrágica al tacto, puede sangrar durante el cepillado dental [2]. No parece estar relacionada con la placa y no responde a los tratamientos periodontales convencionales [1].

5. Características Histológicas

Desde el punto de vista histológico, la LJSGH se caracteriza por una lesión exofítica recubierta por epitelio escamoso estratificado no queratinizado, con una arquitectura papilar. Además, se observa espongiosis, edema intercelular prominente e infiltración neutrofílica [10]. En el tejido conectivo subyacente, se presenta vasodilatación e inflamación tanto aguda como crónica, con exocitosis de células inflamatorias. Aunque la lesión presenta características que podrían sugerir una relación con el VPH, la ausencia de paraqueratosis descarta el diagnóstico de papiloma [11]. Además, la lesión no va acompañada de reabsorción ósea subyacente [2].

6. Diagnóstico y Tratamiento

El diagnóstico de LJSGH es clínico, pero debe confirmarse mediante biopsia y análisis histopatológico [7]. La posibilidad de resolución espontánea ha llevado a algunos autores a proponer un enfoque de observación en casos seleccionados, especialmente en pacientes jóvenes o cuando la lesión se encuentra en zonas estéticamente sensibles. Sin embargo, la escisión quirúrgica sigue siendo el tratamiento más habitual, particularmente en lesiones que no responden al control de placa ni a las medidas periodontales convencionales [1,2,12]. Las tasas de recurrencia reportadas varían entre el 6% y el 17%, y se han documentado casos de recidiva incluso tras una escisión completa [1,13].

El tratamiento con láser Nd:YAG ha mostrado buenos resultados en algunos casos, ya que permite la ablación del epitelio afectado preservando el tejido conectivo sano y minimizando las complicaciones estéticas [12]. No obstante, este abordaje no elimina completamente el riesgo de recidiva, y en ciertos casos puede ser necesaria una intervención quirúrgica posterior [14].

JUSTIFICACIÓN

La escisión quirúrgica ha sido el tratamiento más frecuentemente descrito para la hiperplasia gingival espongiótica juvenil localizada (LJSGH); no obstante, los resultados clínicos publicados son dispares. Mientras algunos autores informan recurrencias tras la intervención, otros han observado resoluciones espontáneas sin necesidad de tratamiento activo. Esta variabilidad en la evolución de la lesión pone de manifiesto la falta de consenso sobre la estrategia terapéutica más adecuada y evidencia la necesidad de establecer directrices clínicas fundamentadas.

Hasta la fecha, no se ha publicado ninguna revisión sistemática centrada específicamente en la tasa de recurrencia de la LJSGH tras la escisión quirúrgica. Por ello, se considera pertinente realizar una síntesis de la literatura que permita identificar la frecuencia de recidiva y los posibles factores asociados, contribuyendo así a una mejor comprensión del pronóstico de esta entidad.

Este trabajo tiene como propósito apoyar la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia y servir como punto de partida para futuras investigaciones orientadas al manejo óptimo de esta lesión.

2. OBJETIVOS

El objetivo es realizar una revisión sistemática para evaluar la recurrencia de las hiperplasias espongióticas tras la escisión quirúrgica.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

El protocolo de esta revisión sistemática fue registrado en PROSPERO con el código [CRD420251025594](#) y para realizarlo se siguieron las guías PRISMA.

3.1 Fuente de datos

Tras una búsqueda minuciosa, detallada y completa se encontraron diversos estudios sobre la Hiperplasia Gingival Espongiótica en diversas bases de datos, como MEDLINE a través de PubMed, SCOPUS. La estrategia de búsqueda se adaptó sintácticamente a cada base de datos. Se incluyeron todas las fechas hasta enero del 2025.

La sintaxis de búsqueda empleada para aumentar la sensibilidad fué: ("juvenile"[All Fields] OR "juvenile s"[All Fields] OR "juveniles"[All Fields] OR "juvility"[All Fields]) AND "spongiotic"[All Fields] AND ("gingiva"[MeSH Terms] OR "gingiva"[All Fields] OR "gingival"[All Fields] OR "gingivally"[All Fields] OR "gingivals"[All Fields] OR "gingivitis"[MeSH Terms] OR "gingivitis"[All Fields] OR "gingividades"[All Fields])

3.2 Criterios de elegibilidad y proceso de selección de estudios.

La población estudiada debe tener LJSGH, por lo que se han incluido todos los estudios que confirman el diagnóstico a través de una biopsia y posterior examen histopatológico. Los pacientes deben haber sido tratados con escisión quirúrgica y los estudios deben reportar datos sobre recurrencia tras la escisión quirúrgica. Se incluyó cualquier artículo relevante de acuerdo con los criterios mencionados anteriormente, sin restricción en cuanto idioma o fecha de publicación. Además, se exploraron las referencias de los estudios incluidos para complementar nuestra estrategia de búsqueda. Los artículos fueron seleccionados en dos fases por dos autores (AGG y APG), primero seleccionando los títulos y resúmenes que aparentemente cumplían los criterios de inclusión, y después leyendo los textos completos para evaluar su inclusión final. Durante el ejercicio de calibración, los revisores discutieron minuciosamente los criterios y los aplicaron a una muestra del 50% de los estudios recuperados para determinar el acuerdo entre revisores. Cualquier discrepancia entre los investigadores fue resuelta por un tercer investigador ciego a la hipótesis del estudio.

La pregunta PICO planteada fue: ¿Es menor la recurrencia de la hiperplasia espongiótica tras su escisión quirúrgica?

Participants/ Participantes: Pacientes con Hiperplasia Gingival Espongiótica

Intervention/ Intervención: Escisión quirúrgica y curación total

Comparator/ Comparador: Escisión con o sin tratamiento médico y recidiva

Outcome/ Resultado: Frecuencia de recidiva y factores de riesgo

El resultado principal fue la tasa de recurrencia de la LJSGH tras la escisión quirúrgica. La recurrencia se definió como la reaparición del sobrecrecimiento gingival en el mismo sitio después del tratamiento quirúrgico, confirmada clínica o histopatológicamente.

3.3 Variables del estudio y extracción de datos

Se recopiló información sobre: el primer autor y el año de publicación, el país, el diseño del estudio, el tamaño de la muestra, el sexo y la edad de los pacientes, el periodo de seguimiento y la recurrencia.

Dos investigadores fueron responsables de la extracción de datos (AGG y MPS) utilizando una hoja de extracción diseñado ad-hoc. Este proceso fue revisado exhaustivamente posteriormente por un tercer participante (APG). En caso de desacuerdos, estos se resolvieron mediante un debate minucioso.

3.4 Calificación de los artículos

La evaluación de la calidad metodológica y el análisis del riesgo de sesgo de los estudios incluidos en esta revisión fue evaluada utilizando herramientas específicas (resumidas en la tabla 2) como: Risk Of Bias In Non-randomised Studies of Interventions (ROBINS-I) para estudios no aleatorizados de intervenciones como series de casos estructuradas y estudios retrospectivos; y la lista de verificación del Instituto Joanna Briggs (JBI) para evaluar la calidad de reportes de caso y series de casos. Dos revisores independientes realizaron las evaluaciones de forma ciega a la hipótesis de estudio, resolviendo cualquier discrepancia mediante consenso o mediante la intervención de un tercer revisor. No se solicitó información adicional a los autores de los estudios en caso de datos incompletos.

Globalmente, los estudios mostraron un riesgo de sesgo moderado, con principales limitaciones en la selección de pacientes, en la estandarización de las intervenciones y en el seguimiento postquirúrgico.

4. RESULTADOS

4.1 Resultados cualitativos

La *figura 1* muestra el diagrama de flujo de la búsqueda electrónica en las diferentes bases de datos, que dio como resultado 115 artículos. Se encontraron un total de 90 artículos tras eliminar los duplicados. De ellos, 76 han sido descartados por incumplir los criterios de selección, ya sea porque no confirma el diagnóstico de LJS GH, el tratamiento no es la escisión quirúrgica o no analiza la recurrencia tras la escisión.

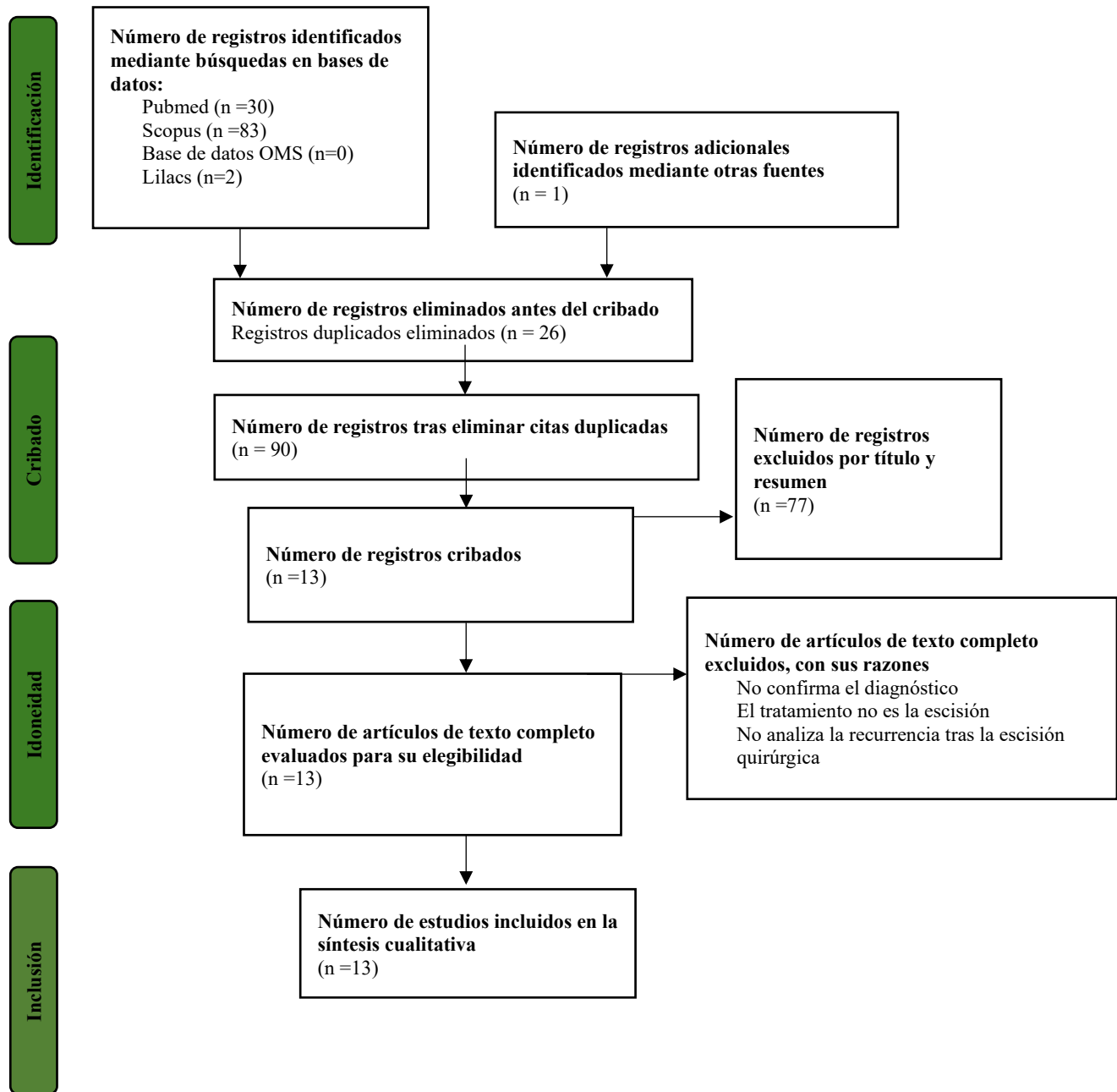


Figura 1. Diagrama de flujo

Se incluyeron un total de 13 casos de LJS GH, publicados entre 2007 y 2024 y se llevaron a cabo en diferentes países de cuatro continentes: Europa [8,9,13] Asia [15], América del Norte [12,11,6,4,3,16,5] y América del Sur [17,18].

Respecto al diseño metodológico, la mayoría de los trabajos correspondieron a reportes de caso [8,9,13,11,15,16,17] y series de casos [12,6,4,3,5,18].

El tamaño de la muestra varió significativamente entre los estudios, desde un único paciente [8,13,11,15,16], hasta un máximo de 52 [3]. Entre ambos extremos se encontraron posiciones intermedias de: 24[4], 21 [6], 8[18], 3[5] y 2[9,12,17]. El rango de edad entre los 5 y los 78 años, y una media de 12 años en la mayoría de ellos [2,9,12,4,5]. En cuanto al sexo, fue reportado de manera variable; algunos estudios mostraron una ligera predominancia femenina [3,17], mientras que otros documentaron una distribución más equilibrada entre hombres y mujeres [4,18].

El periodo de seguimiento también mostró heterogeneidad entre los estudios: uno de ellos realizó seguimientos desde los 2 a los 55 meses [6]; otros a los 4 meses [11,5]; algunos a los 6 meses [15,16,5], mientras que otros no especificaron el tiempo de control postoperatorio [3].

La recurrencia tras la escisión quirúrgica también mostró variaciones en sus resultados. Respecto a la recurrencia postquirúrgica, los resultados fueron los siguientes: Algunos estudios reportaron recidivas tempranas, por ejemplo, el artículo de Darling et al. (2007) [4], donde se documentaron 14 casos con seguimiento, reportó 4 casos con recurrencias a los dos meses de la cirugía. En 3 de esos 4 casos se hizo una segunda escisión y no recidivaron. El 4º no fue reintervenido y la lesión permaneció sin cambios dos años. De la misma manera, Chang et al. (2008) [3] identificó recidivas en tres casos, aunque sin precisar el tiempo exacto. Argyris et al. (2015) [6] identificaron recidivas a los 20 y 21 meses postcirugía. Por el contrario, otros estudios no evidenciaron recurrencias tras escisión quirúrgica durante los períodos de seguimiento [5,13,15,18]. Delli et al. (2017) [13] reportó un caso con múltiples recurrencias tras resecciones superficiales previas; tras una escisión quirúrgica amplia, no se observaron nuevas recidivas en 2 años de seguimiento. En el estudio de Goldberg et al. (2023) [12], en dos casos tratados con láser Nd:YAG, ambos mostraron mejoría clínica notable, aunque uno de ellos requirió un segundo tratamiento para alcanzar resultados satisfactorios. En el artículo de Nogueira et al. (2017) [17] ambas pacientes presentaron recurrencia de la lesión después de la escisión quirúrgica inicial. Posteriormente, se trató con crioterapia y no hubo recurrencia al final del periodo de seguimiento. Siamantas et al. (2018) [8] documentó recidivas de las múltiples lesiones sometidas a biopsia tras 4 meses, las cuales desaparecieron después de 15 meses (salvo una). Solomon et al. (2013) [5] reportó 3 casos, de los cuales 2 presentaron recidivas. Se reintervino uno de ellos sin nueva recidiva. Roberts et al. (2022) [11] identificó recurrencias al 4º mes tratada posteriormente con láser CO2, sin recidiva.

Por tanto, los hallazgos reflejan que, aunque la escisión quirúrgica es el tratamiento de elección en la mayoría de los casos de LJS GH, la posibilidad de recurrencia no puede ser descartada. Sin embargo, la mayoría de las recidivas parecen estar asociadas a escisiones superficiales, aunque puede manejarse eficazmente con tratamientos alternativos como el láser o la crioterapia, o incluso resolverse de forma espontánea. En aquellos casos donde se realiza una escisión amplia y se asegura un seguimiento adecuado, la probabilidad de recidiva es baja. Esto resalta la importancia de mantener un seguimiento clínico adecuado tras la intervención quirúrgica.

Primer Autor	Año	País	Diseño del estudio	Tamaño de la muestra	Sexo	Edad	Periodo de Seguimiento	Recurrencia
Darling et al	2007	Canadá	Serie de casos	24 pacientes	12 hombres y 12 mujeres	5-28 años (media de 12 años)	Sólo se documentó en 14 pacientes en un rango de 6 meses a 18 años)	Sí, en 4 casos
MacNeill et al	2011	EEUU	Reporte de caso	1 paciente	1 hombre	14 años	6 meses	Sin recurrencias
Chang et al	2008	Taiwán,EEUU	Serie de casos	52 pacientes	16 hombres y 36 mujeres	7-39 años (media de 11,8 años)	Dos de 6 y 8 meses y uno de 5 años	Sí, en 3 casos
Yang Jingmei et al	2024	China	Reporte de caso	1 paciente	1 mujer	10 años	6 meses	Sin recurrencias
Innocentini et al	2020	Brasil	Serie de casos	8 pacientes	4 hombres y 4 mujeres	6-24 años (media de 11,6 años)	De 4 a 15 meses	Sin recurrencias
Solomon et al	2013	EEUU	Serie de casos	3 pacientes	2 hombres y 1 mujer	9-15 años	De 4 a 6 meses	Sí, en 2 casos
Nogueira et al	2017	Brasil	Reporte de caso	2 pacientes	2 mujeres	11 y 9 años	5 y 6 meses	Sí, en ambos
Siamantas et al	2018	Grecia	Reporte de caso	1 paciente	1 mujer	19 años	De 4 a 15 meses	Sí
Kalogirou et al	2017	Grecia	Reporte de caso	2 pacientes	2 hombres	12 años ambos casos	12 y 17 meses	Sin recurrencia
Argyris et al	2015	EEUU	Serie de casos	21 pacientes	14 hombres y 7 mujeres	8-36 años (media de 13 años)	De 2 a 55 meses	Sí, en 2 casos
Goldberg et al	2022	EEUU	Serie de casos	2 pacientes	2 mujeres	11 y 13 años	Un caso hasta los 12 y otro hasta los 3 meses	Recidiva en un caso
Delli et al	2023	Países Bajos	Reporte de caso	1 paciente	1 mujer	49 años	2 años	Sin recurrencias
Roberts	2022	EEUU	Reporte de caso	1 paciente	1 hombre	56 años	4 meses	Sí

Tabla 1. Datos sobre el autor, año, la localización y el tipo de estudio, número, sexo y edad de los pacientes, el periodo de seguimiento y la recurrencia.

4.2 Evaluación de la calidad de los estudios

La evaluación de la calidad metodológica y el análisis del riesgo de sesgo de los estudios incluidos se resumen en la **Tabla 2**. Se aplicaron las herramientas ROBINS-I y JBI Critical Appraisal Checklists, según correspondiera al diseño de cada estudio. La mayoría de los estudios presentó un riesgo de sesgo global moderado, principalmente debido a la selección no aleatorizada de los pacientes, la ausencia de un criterio claro para definir qué se considera una recidiva y los periodos de seguimiento limitados.

Primer Autor	Año	Herramienta de evaluación	Riesgo de sesgo (global)
Darling et al	2007	ROBINS-I	Moderado
MacNeill et al	2011	JBI	Moderado
Chang et al	2008	ROBINS-I	Moderado
Yang Jingmei et al	2024	JBI	Alto
Innocentini et al	2020	JBI	Moderado
Solomon et al	2013	JBI	Moderado
Nogueira et al	2017	JBI	Moderado
Siamantas et al	2018	JBI	Moderado
Kalogirou et al	2017	JBI	Moderado
Argyris et al	2015	ROBINS-I	Moderado
Goldberg et al	2022	JBI	Moderado
Delli et al	2023	JBI	Alto
Roberts	2022	JBI	Moderado

Tabla 2. Evaluación de riesgo de sesgo

5. PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

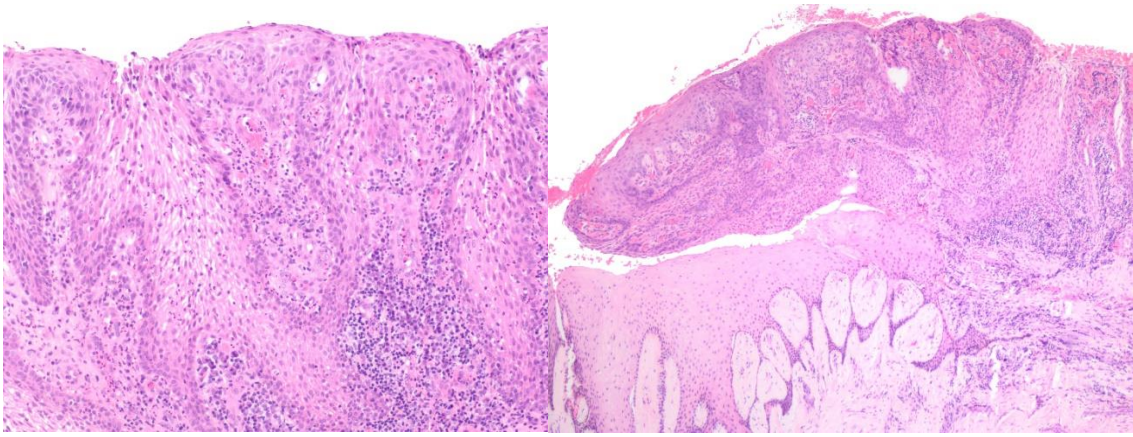
En el presente artículo se aportan dos casos clínicos de lesiones epiteliales benignas localizadas en la encía de pacientes pediátricas del sexo femenino. Ambos casos fueron manejados quirúrgicamente y no presentaron recurrencia posterior. El primer caso corresponde a una paciente de 10 años con una lesión pediculada de 4–6 mm de diámetro ubicada en la encía insertada del diente 2.3, sin síntomas, antecedentes traumáticos ni condiciones médicas asociadas. La evolución clínica fue de 4 meses, y el diagnóstico clínico fue de granuloma piogénico. Se aportan la imagen clínica y el estudio histopatológico de este caso, donde se observa una lesión hiperplásica epitelial que se origina del epitelio gingival mucoso, y a nivel microscópico se evidencia epitelio escamoso hiperplásico con espongiosis, exocitosis inflamatoria e infiltrado inflamatorio crónico en el tejido conectivo subepitelial, mediante tinciones con hematoxilina y eosina (H&E, 4x y 20x).

El segundo caso corresponde a una paciente de 15 años con una lesión de 5 mm en la encía del mismo diente (2.3), también asintomática y sin antecedentes relevantes. La evolución fue de 10 meses, con diagnóstico clínico de papiloma. Ambas pacientes fueron tratadas quirúrgicamente y no se reportó recurrencia en el seguimiento. La información resumida de estos casos se presenta en la tabla correspondiente.

Imagen clínica e histopatológica de uno de los dos casos aportados



Lesión hiperplásica epitelial, pediculada, en el margen lateral de la muestra, que parte del epitelio gingival mucoso. Se utilizó una tinción de hematoxilina y eosina (H&E,4x).



Área de mucosa oral que muestra un epitelio escamoso hiperplásico con espongiosis epitelial, exocitosis inflamatoria e infiltración inflamatoria crónica en el conectivo subepitelial (H&E 20X).

Edad	Sexo	Localización	Síntomas	Antecedentes de trauma	Tamaño	Antecedentes médicos	Evolución	DX clínico	TTO	Recurrencia
10	F	Encía insertada 2.3	No	No	4-6mm	No	4 meses	Granuloma piogénico	Quirúrgico	No
15	F	Encía 2.3	No	No	5mm	No	10 meses	Papiloma	Quirúrgico	No

Tabla 3. Casos clínicos. DX (Diagnóstico); TTO (Tratamiento); F (Sexo femenino).

6. DISCUSIÓN

6.1 Resumen de los resultados

A través de esta revisión sistemática se ha intentado conocer con mayor profundidad el comportamiento clínico de la LJS GH, especialmente en relación con la posibilidad de que esta lesión recidive después del tratamiento quirúrgico. Aunque se trata de una patología rara, los estudios publicados en los últimos años permiten comenzar a identificar ciertos patrones, tanto en la presentación clínica como en la respuesta al tratamiento.

6.2 Comparación con la literatura existente

La mayoría de los estudios incluidos coincidieron en que la escisión quirúrgica ha sido la opción terapéutica más utilizada y, en general, efectiva. Sin embargo, no todos los casos evolucionaron igual. Algunos artículos informaron tasas de recidiva clínicas relevantes. Por ejemplo, Darling et al. (2007) [4] describieron seis casos de recidiva en una serie de 24 pacientes, de los cuales 23 fueron tratados mediante la escisión quirúrgica completa de la lesión. Solo se documentó seguimiento en 14 pacientes y de los seis casos que recidivaron (es decir, presenta una tasa de recurrencia del 16,7%), tres fueron reintervenidos con una nueva escisión quirúrgica, sin observarse recurrencias posteriores. El único paciente que no fue sometido a escisión quirúrgica se mantuvo bajo observación, y su lesión permaneció sin cambios durante dos años. Chang et al. (2008) [3] documentaron tres recurrencias entre 52 pacientes (6%) tras escisión quirúrgica convencional. Una de estas recidivas apareció a los 6 meses, otra a los 8 meses, y una tercera a los 5 años. En una de las recurrencias, la nueva lesión apareció adyacente, pero no en el mismo sitio exacto que la original, por lo que los autores no descartan que se trate de una nueva lesión primaria. Aunque este estudio no especifica el tipo de escisión quirúrgica empleada (parcial o total) es posible que estas diferencias pueden deberse a factores como técnica quirúrgica realizada, la extensión de la lesión o incluso al tiempo de seguimiento, que no siempre fue el mismo en todos los estudios. En el estudio de Solomon et al. (2013) reportó 3 casos, de los cuales 2 presentaron recidivas tras la escisión completa de la lesión (66,7%). En uno de ellos se observó una recurrencia leve a los 6 meses, que se trató con una segunda escisión sin nueva recidiva. En otro caso la lesión recidivó de forma más extensa a los 4 meses, pero no se siguió el caso posteriormente. Argyris et al. (2015) [6] reportó dos casos de recurrencia en 21 pacientes (9,5%) a los 20 y 21 meses tras la escisión quirúrgica convencional. Esto respalda que las recidivas pueden aparecer incluso tardíamente en comparación con otros estudios donde las recidivas fueron más precoces (a los 2–4 meses). En el artículo de Delli et al. (2017) [13] la paciente presentó dos recurrencias tras biopsia incisional (66,7%), es decir, la escisión fue limitada y no logró eliminar completamente la lesión. Ambas recidivas ocurrieron a las pocas semanas de cada cirugía. Posteriormente, se realizó una resección amplia (biopsia escisional) acompañada de una técnica de colgajo desplazado, con la que se logró una adecuada cobertura del defecto quirúrgico y una eliminación más radical del tejido afectado. Tras esta cirugía a los 3 meses no había signos de recidiva y a los 2 años de seguimiento la lesión no volvió a aparecer, es decir, no hubo nueva recurrencia. Este artículo sugiere que la persistencia puede ser más una cuestión técnica (tipo de escisión) que una tendencia de la lesión a recidivar. El estudio de Nogueira et al. (2017) [17], ambas pacientes presentaron recurrencias tras la escisión quirúrgica convencional, una a los 20 días y otra a los 30. Debido al carácter multifocal de las lesiones y las recidivas tras el tratamiento inicial, se optó por aplicación de crioterapia con nitrógeno líquido como tratamiento alternativo. No se observaron nuevas recurrencias durante un seguimiento de 5 a 6 meses. Roberts et al. (2022) [11] reporta un caso aislado tratado adicionalmente con

láser CO₂ tras la recidiva con la escisión convencional. Tras tres sesiones no se reportaron recurrencias. Este estudio sugiere que el tratamiento adicional con láser CO₂ puede ser útil en casos refractarios o como alternativa menos invasiva. En los casos documentados en el artículo de Goldberg et al. (2023) [12] se hizo una biopsia incisional de las lesiones para confirmar el diagnóstico y fueron tratadas directamente con con láser Nd:YAG, permaneciendo de manera parcial sin empeoramiento. En contraposición con otros estudios, aquí la recurrencia no fue evidente tras el retratamiento en un caso y no fue necesaria en el segundo. Además, la recidiva tras el tratamiento con láser Nd: YAG parece menos agresiva y más controlable estéticamente en comparación con los estudios con escisión convencional. Curiosamente, en el estudio de Siamantas et al. (2018) [8], la paciente de 19 años tenía lesiones multifocales de LJSNGH en los 4 cuadrantes. Se realizó una escisión quirúrgica sólo en las lesiones maxilares (debido a la preferencia de la paciente por motivos estéticos), las cuales recidivaron parcial o totalmente a los 4 meses. No se intervino de nuevo y, posteriormente, sin tratamiento adicional las lesiones desaparecieron esporádicamente a los 15 meses. Este caso documenta por primera vez una regresión espontánea tan clara tras recurrencia postquirúrgica en múltiples lesiones, lo cual contrasta con otros estudios que abordan la recidiva con una segunda intervención quirúrgica o con tratamientos adyuvantes como láser o crioterapia. En contraposición, varios autores, como Kalogirou et al. [9], Jingmei et al. [15] MacNeill et al. (2011) [16] e Innocentini et al. [18], no reportaron recidivas durante el seguimiento. No obstante, en muchos de estos casos el periodo de control postoperatorio fue breve o directamente no se especificó, lo cual limita la posibilidad de saber si una eventual recurrencia podría haber aparecido más tarde. Sin embargo, las recurrencias suelen aparecer en los primeros meses (2–8 meses), aunque en casos infrecuentes pueden manifestarse años después.

6.3 Interpretación de la recidiva

La recidiva de la LJSNGH tras la escisión quirúrgica presenta una gran variabilidad entre los estudios analizados, tanto en frecuencia como en el momento de aparición. En la mayoría de los casos, las recurrencias se produjeron en los primeros meses tras la cirugía (entre los 2 y 8 meses) [4,3,17,5], aunque también se han documentado recurrencias más tardías, incluso a los 20–21 meses [6] o a los 5 años [3]. Esto sugiere que el seguimiento prolongado es fundamental para una valoración adecuada del pronóstico postquirúrgico. Hay varios factores que pueden influir en la recidiva, por ejemplo, biopsias incisionales (resecciones parciales), como menciona Delli et al. (2017) [13], donde la persistencia de la lesión se resolvió únicamente tras una escisión amplia con colgajo. También hay estudios donde se probaron otros tratamientos además de la cirugía convencional. En los trabajos de Nogueira et al. [17] y Goldberg et al. [12], se usó crioterapia o láser Nd:YAG como alternativa o tratamiento adicional, y no se detectaron nuevas recidivas durante el tiempo de seguimiento. Aunque son pocos casos, podrían indicar que este tipo de abordajes ayudan a controlar mejor la lesión, sobre todo en situaciones multifocales o de recidiva. Por otro lado, llama la atención el caso reportado por Siamantas et al. (2018) [8], en el que las lesiones multifocales recidivaron a los 4 meses tras la escisión y posteriormente desaparecieron espontáneamente sin retratamiento. Este hallazgo plantea la posibilidad de que pueda darse la regresión espontánea, aunque poco frecuente y aun escasamente documentado.

En conjunto, la recurrencia tras escisión quirúrgica puede deberse a un conjunto de factores, como la técnica empleada (biopsia incisional o excisional) o la extensión clínica de la lesión. Esto refuerza la necesidad de una adecuada planificación quirúrgica, así como de un seguimiento prolongado para detectar recurrencias, evaluar su evolución y valorar, en su caso, nuevas intervenciones o tratamientos adyuvantes.

6.4 Implicaciones clínicas

En cuanto al seguimiento clínico, es importante señalar que la mayoría de los estudios no establecen una duración mínima común, y en algunos casos solo se hacen controles durante unos pocos meses. Esto supone una limitación relevante, ya que la recidiva no siempre aparece de forma inmediata. Sería recomendable que futuras investigaciones incluyeran periodos de seguimiento más largos y homogéneos para poder valorar mejor la evolución a largo plazo.

6.5 Fortalezas de esta revisión

Una de las principales fortalezas de esta revisión es haber reunido toda la información disponible y actualizada sobre una patología poco descrita en la literatura, permitiendo identificar patrones clínicos comunes, detectar vacíos de conocimiento y ofrecer una visión más global del comportamiento clínico de la LJSGH. Además, se utilizaron herramientas de evaluación de calidad adaptadas al tipo de estudio, como JBI y ROBINS-I, lo que aportó un análisis riguroso y estructurado del riesgo de sesgo. En relación con la calidad de los estudios, debe tenerse en cuenta que la mayoría fueron reportes de caso o series de casos, sin grupo control ni aleatorización. Para evaluar su rigor metodológico se utilizaron: JBI para casos clínicos y series, y ROBINS-I para estudios con cierto nivel de intervención organizada. En general, el riesgo de sesgo fue moderado, aunque algunos artículos presentaron riesgo alto debido a la escasa descripción del caso, la falta de seguimiento o la selección poco clara de los pacientes. Por ejemplo, Jingmei et al. [15] y Delli et al. (2017) [13] no describen de forma detallada los criterios de intervención ni la evolución a largo plazo, lo que limita la capacidad de evaluar su fiabilidad. Este artículo [15] presenta un caso con seguimiento a los 6 meses, pero no describe con precisión criterios detallados de intervención más allá de que se realizó una escisión con colgajo. Asimismo, [13] tampoco detalla con claridad los criterios de intervención inicial (previas resecciones superficiales), y aunque hay seguimiento hasta los 2 años, el análisis de la evolución se limita a un único caso.

6.6 Limitaciones de los estudios incluidos

La evidencia disponible presenta varias limitaciones, entre ellas destaca el sesgo elevado de algunos estudios. Esto se debe a que la mayoría de los estudios no especificaron el tiempo de seguimiento, y la definición de recidiva varió entre los trabajos, dificultando la comparación de los resultados. Además, en varios estudios no se detalló suficientemente la técnica quirúrgica utilizada ni los criterios para considerar una lesión como resuelta.

6.7 Recomendaciones

En vista de lo anterior, se considera necesario que en el futuro se desarrollen estudios con métodos más sólidos, criterios diagnósticos estandarizados y seguimiento prolongado. También sería interesante explorar en mayor profundidad la eficacia de terapias complementarias o mínimamente invasivas como el láser CO₂, Nd:YAG o la crioterapia con nitrógeno líquido.

7. CONCLUSIÓN

A partir de esta revisión sistemática, se puede concluir que la LJSGH es una entidad benigna poco frecuente, que generalmente responde de forma favorable a la escisión quirúrgica. Las tasas de recurrencia encontradas en los estudios revisados varían bastante (entre un 6% y un 66,7%), lo cual puede deberse a varios factores, desde el tipo de escisión realizada (si fue parcial o completa) hasta la extensión de la lesión o el tiempo de seguimiento, que no siempre fue el mismo ni suficientemente prolongado. Además, como muchos de los estudios analizados son reportes o series de casos con limitaciones metodológicas, sería interesante que en el futuro se hicieran investigaciones más amplias, con mejor diseño, más pacientes y un seguimiento estandarizado. Esto ayudaría a establecer pautas más claras para el manejo de esta entidad y a entender mejor por qué, en algunos casos, vuelve a aparecer.

8. BIBLIOGRAFÍA

- [1] Decani S, Lodi G, Sardella A, Varoni EM. Localised juvenile spongiotic gingival hyperplasia: A case of spontaneous resolution and a literature review. *Eur J Paediatr Dent* 2021 Jun;22(2):159–162.
- [2] Bagattoni S, Lardani L, Ligorì S, Fitzgibbon R, Carli E. Periodontology Part 2: Localised Juvenile Spongiotic Gingival Hyperplasia: histopathological and clinical features. *Eur J Paediatr Dent* 2022 Jun;23(2):163–165.
- [3] Chang JYF, Kessler HP, Wright JM. Localized juvenile spongiotic gingival hyperplasia. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology* 2008;106(3):411–418.
- [4] Darling MR, Daley TD, Wilson A, Wysocki GP. Juvenile spongiotic gingivitis. *J Periodontol* 2007 Jul;78(7):1235–1240.
- [5] Solomon LW, Trahan WR, Snow JE. Localized juvenile spongiotic gingival hyperplasia: A Report of 3 cases. *Pediatr Dent* 2013;35(4):360–363.
- [6] Argyris PP, Nelson AC, Papanakou S, Merkourea S, Tosios KI, Koutlas IG. Localized juvenile spongiotic gingival hyperplasia featuring unusual p16INK4A labeling and negative human papillomavirus status by polymerase chain reaction. *Journal of Oral Pathology and Medicine* 2015;44(1):37–44.
- [7] Theofilou VI, Pettas E, Georgaki M, Daskalopoulos A, Nikitakis NG. Localized juvenile spongiotic gingival hyperplasia: Microscopic variations and proposed change to nomenclature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2021 Mar;131(3):329–338.
- [8] Siamantas I, Kalogirou E-, Tosios KI, Fourmoussis I, Sklavounou A. Spongiotic Gingival Hyperplasia Synchronously Involving Multiple Sites: Case Report and Review of the Literature. *Head and Neck Pathology* 2018;12(4):517–521.
- [9] Kalogirou E-, Chatzidimitriou K, Tosios KI, Piperi EP, Sklavounou A. Localized juvenile spongiotic gingival hyperplasia: Report of two cases. *J Clin Pediatr Dent* 2017;41(3):228–231.
- [10] Lafuente-Ibáñez de Mendoza I, Alberdi-Navarro J, Marichalar-Mendia X, Mosqueda-Taylor A, Aguirre-Urizar JM. Characterization of juvenile spongiotic gingival hyperplasia as an entity of odontogenic origin. *J Periodontol* 2019 Dec;90(12):1490–1495.
- [11] Roberts EP, Schuster GM, Haub S. Case report of spongiotic gingivitis in an adult male treated with novel 9,300-nanometer carbon dioxide laser low-energy ablation. *J Am Dent Assoc* 2022 Jan;153(1):67–73.
- [12] Goldberg AS, Fatahzadeh M, Bortnik V, Drew H. Novel treatment approach of localized juvenile spongiotic gingival hyperplasia with use of Nd:YAG laser. *Clinical advances in periodontics* 2023;13(4):253–257.

- [13] Delli K, Doff JJ, Vissink A, Spijkervet FKL. Localised (juvenile) spongiotic hyperplasia of the gingiva; a less common lesion. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2017 Feb;124(2):77–80.
- [14] Allon I, Lammert KM, Iwase R, Spears R, Wright JM, Naidu A. Localized juvenile spongiotic gingival hyperplasia possibly originates from the junctional gingival epithelium-an immunohistochemical study. *Histopathology* 2016;68(4):549–555.
- [15] Jingmei Y, Xin Z, Yafei W, Huan Z. Localized juvenile spongiotic gingival hyperplasia: a case report. *Hua Xi Kou Qiang Yi Xue Za Zhi / West China Journal of Stomatology* 2024;42(5):667–670.
- [16] Macneill SR, Rokos JW, Umaki MR, Satheesh KM, Cobb CM. Conservative Treatment of Localized Juvenile Spongiotic Gingival Hyperplasia. *Clin Adv Periodontics* 2011 -11;1(3):199.
- [17] Nogueira VKC, Fernandes D, Navarro CM, Giro EMA, de Almeida LY, León JE, et al. Cryotherapy for localized juvenile spongiotic gingival hyperplasia: preliminary findings on two cases. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2017;27(3):231–235.
- [18] Innocentini LMAR, Santos TT, Reis MBL, Mandetta CdMR, Santos RMC, Mesquita RA, et al. Juvenile Spongiotic Gingival Hyperplasia: Clinicopathological Features of Eight Cases and a Literature Review. *Oral Health Prev Dent* 2020 Oct 27;18(4):953–958.
- [19] Wang MZ, Jordan RC. Localized juvenile spongiotic gingival hyperplasia: A report of 27 cases. *J Cutan Pathol* 2019 Nov;46(11):839–843.
- [20] Petrutiu SA, Roman A, Soancă A, Sârbu C, Stratul SI. Localized juvenile spongiotic gingival inflammation: A report on 3 cases. *Clujul Medical* 2014;87(3):198–202.
- [21] Moine L, Gilligan G. Trichloroacetic Acid for localized juvenile spongiotic gingival hyperplasia: A case report with a novel treatment. *Pediatric Dental Journal* 2018;28(2):47–51.
- [22] Kala N, Prasad H. Localized juvenile spongiotic gingival hyperplasia. *Journal of Indian Society of Periodontology* 2023;27(6):642–644.
- [23] Alzahrani MJ. Prevalence of gingival hyperplasia in orthodontic patients. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences* 2020;14(3):1514–1516.
- [24] Vieira DL, Leite AF, Figueiredo PTS, Vianna LM, Moreira-Mesquita C, de Melo NS. A Conservative Approach for Localized Spongiotic Gingivitis Hyperplasia Using Photodynamic Therapy: A Case Report and Review of the Literature. *Photobiomodulation, photomedicine, and laser surgery* 2019;37(1):57–61.
- [25] Mendoza IL-, Alberdi-Navarro J, Marichalar-Mendia X, Mosqueda-Taylor A, Aguirre-Urizar J. Characterization of juvenile spongiotic gingival hyperplasia as an entity of odontogenic origin. *J Periodontol* 2019;90(12):1490–1495.
- [26] Vargo RJ, Bilodeau EA. Reappraising localized juvenile spongiotic gingival hyperplasia. *J Am Dent Assoc* 2019 Feb;150(2):147–153.e2.

- [27] Silveira HA, Toral-Rizo V, Lara-Carrillo E, Dominguet MHL, Silva EV, Ribeiro-Silva A, et al. Spongiotic hyperplasia of the oral mucosa: case series and immunohistochemical analysis. *Oral and Maxillofacial Surgery* 2022;26(2):333–337.
- [28] Saunbury T, Hodgson T, Carey B. Localized Juvenile Spongiotic Gingival Hyperplasia : a Case Series. *Dent Update* 2020;47(2):162–164.
- [29] Noonan V, Lerman MA, Woo S, Kabani S. Localized juvenile spongiotic gingival hyperplasia. *J Mass Dent Soc* 2013;62(2):45.
- [30] Caciva RC, Belardinelli P, Grenón M. Spongiotic gingivitis. Non-surgical clinical management. Report of a case. *Rev Asoc Odontol Argent* 2024;112(2).
- [31] Damm DD. Gingival red patch. Juvenile spongiotic gingival hyperplasia. *Gen Dent* 2009;57(4):448, 451.
- [32] DeSeta M, Baldwin D, Siddik D, Hullah E, Harun N, Yee R, et al. Conservative management of juvenile spongiotic gingivitis: a series of ten cases. *Br Dent J* 2020;229(5):287–291.
- [33] Flaitz CM, Longoria JM. Oral and maxillofacial pathology case of the month. Localized juvenile spongiotic gingival hyperplasia. *Tex Dent J* 2010;127(12):1312–1313,1315.