

GRANULOMA PIÓGENO ORAL

Jorge Leonidas Ruiz-Cárdenas^{1,a,b}, Zarita Torres-Vásquez^{1,a}

RESUMEN

El granuloma piógeno es un tumor del tejido oral o dérmico que no es neoplásico. Es el tipo más común de hiperplasia inflamatoria oral y en la observación histológica podemos encontrar infiltración inflamatoria de la hiperplasia del tejido de granulación y una capacidad angiogénica alta. Generalmente aparece en la piel, dedos de manos y pies, los antebrazos y la cara. Pero también es relativamente común en la mucosa oral y de preferencia en la encía. Se presenta el caso de un paciente de 24 años de edad con agrandamiento gingival mamelonado en la encía vestibular superior derecha, inflamación gingival generalizada y presencia de placa bacteriana. Se realizó biopsia incisional de la lesión oral y estudio histopatológico. Luego de la caracterización con los exámenes previos se concluye en Granuloma Piógeno Oral.

Palabras clave: Granuloma piogénico (*Fuente:* DeCS- BIREME).

ORAL PYOGENIC GRANULOMA

ABSTRACT

Pyogenic granuloma is a tumor of the oral or dermal tissue that is not neoplastic. It is the most common type of oral inflammatory hyperplasia and in histological observation we can find inflammatory infiltration of granulation tissue hyperplasia and a high angiogenic capacity. It usually appears on the skin, fingers and toes, forearms and face. But it is also relatively common in the oral mucosa and preferably in the gum. We present the case of a 24-year-old patient with a mamelonado gingival enlargement in the upper right vestibular gingiva, generalized gingival inflation and presence of bacterial plaque. An incisional biopsy of the oral lesion was performed, histopathological study. After the characterization with the previous examinations, it is concluded in Oral Pyogenic Granuloma.

Key words: Granuloma pyogenic. (*Source:* MeSH-NLM).

¹ Servicio de Odontología. Hospital Regional Lambayeque. Chiclayo, Perú.

² Interna de Estomatología Universidad Señor de Sipán. Chiclayo, Perú.

^a Cirujano Dentista. Maestro en Estomatología. Magíster en Educación con mención en Docencia.

^b Docente Escuela de Estomatología, Universidad Señor de Sipán. Chiclayo, Perú.

Correspondencia: Jorge Leonidas Ruiz Cárdenas.

Correo: jorge_ruiz_cardenas_1975@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El granuloma piógeno es un tumor del tejido oral o dérmico que no es neoplásico. Es el tipo más común de hiperplasia inflamatoria oral y en la observación histológica podemos encontrar infiltración inflamatoria de la hiperplasia del tejido de granulación y una capacidad angiogénica alta, por lo que puede haber diferentes diámetros de angiogénesis que tienen inicio y fin repentino dentro del tejido⁽¹⁾.

Teniendo en cuenta el daño de reactividad a varios estímulos de bajo nivel, que incluyen: trauma repetido, agresión, factores hormonales y algunas drogas, la etiología de esta lesión no está clara. La alta incidencia de este daño durante el embarazo se asocia con altos niveles de estrógeno y progesterona⁽¹⁾.

Clinicamente, el granuloma piógeno aparece como una masa blanda, de crecimiento rápido y que puede peduncularse de tamaño variable, de color rojizo, a veces con ruptura superficial y con una alta tendencia a sangrar. Con menor frecuencia aparece en los labios, la lengua, la mucosa bucal y el paladar. Las lesiones más comunes son el paladar, las áreas vestibulares anterior y gingival, algunas se extienden hacia el área interproximal e involucran el vestíbulo y la encía lingual^(1,2).

Algunos requieren estudios histológicos para confirmar su diagnóstico diferencial, con una apariencia gingival ampliada, diferentes autores indican que cuando aparecen de forma localizada, no son verdaderas neoplasias debido a su aspecto clínico llamado pseudoneoplasias⁽³⁾.

El granuloma piógeno es una lesión hiperplásica inflamatoria ulcerosa que generalmente aparece en la piel, en los dedos de manos y pies (alrededor del lecho ungueal), los antebrazos y la cara. Pero también es relativamente común en la mucosa oral y puede aparecer en cualquier área a pesar de la preferencia por la encía. Más a menudo en las caras vestibulares de los dientes anteriores del maxilar superior y en los espacios interdentarios⁽⁴⁾.

Puede ser una respuesta exagerada al trauma de baja intensidad, con prótesis mal adaptadas, caries dental, prótesis defectuosas y la presencia de sarro como ejemplos. Se asocia con cambios en las hormonas durante la adolescencia y el embarazo, y aquellas mujeres que tienen antecedentes de anticonceptivos orales^(4,5).

El granuloma piógeno es una formación limitada, que cuando se corta, impresiona como una estructura vascular y no se infiltra en la mucosa sobre la cual crece. Bajo el microscopio, se observa tejido granulomatoso que consta de capilares abundantes y endotelio fibroso cubierto por células endoteliales gruesas. El epitelio estratificado puede ser hiperplásico, adelgazado o ulcerado⁽⁶⁾.

Tradicionalmente, el tratamiento de este tipo de lesión es un curetaje subperióstico con la extirpación quirúrgica completa. Para evitar la recurrencia, también se deben eliminar los irritantes potenciales (placa bacteriana, prótesis de desbordamiento, etc.)⁽⁷⁾.

Por lo tanto, el propósito de este artículo es que la técnica correcta se aplica a la ablación y eliminar los factores contribuyentes, lo que reduce en gran medida la probabilidad de recaída.

REPORTE DE CASO

Paciente de sexo masculino de 24 años de edad, procedente de la provincia de Cutervo, Departamento de Cajamarca. Se presentó a la consulta en forma ambulatoria, al realizar la anamnesis el paciente refiere que hace cuatro meses siente dolor en el sector superior derecho de las encías al cepillarse los dientes y seguido de sangrado. Además refiere que en dicho sector le apareció un "bulto", el cual no le permite masticar sus alimentos por el dolor que le causa y por ende acude al servicio de Odontología del Hospital Regional Lambayeque.

Dentro de sus antecedentes personales refiere hace un año haber sido hospitalizado con el diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta, actualmente tiene el diagnóstico médico de Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento, no refiere antecedentes familiares, sus funciones vitales se encontraron dentro de los valores normales, no detectándose hinchazón de ganglios a nivel del cuello y de ninguna alteración extraoral.

Al examen clínico intraoral se observa un agrandamiento gingival mamelonado de color rojo brillante y sangrante en el cuadrante I en la encía vestibular entre las piezas 1.5 y 1.6, inflamación gingival generalizada y presencia de placa bacteriana.



Figura 1. Tejido gingival hiperplásico, presencia de placa bacteriana.

Los diagnósticos presuntivos que se plantearon y tomando en consideración: el sexo, toma de medicamentos, sintomatología, tiempo de evolución de la lesión, estado de salud general del paciente fueron: hiperplasia papilar inflamatoria, candidiasis hiperplásica crónica, tumor de células granulosas, granuloma de células gigantes, granuloma piógeno.



Figura 2. Vista oclusal: Tejido gingival hiperplásico, presencia de placa bacteriana.

El plan de trabajo que se elaboró fue: Fotografías (extraorales -intraorales), análisis radiográfico (panorámico), biopsia parcial de tejido hiperplásico e interconsulta al Servicio de Patología. El tratamiento del paciente se dividió en varias citas: En la primera cita se le brindó asesoría nutricional, charlas de higiene bucal y se le indicó clorhexidina al 0,12% como enjuague bucal durante 14 días. En la segunda cita se le realizó la biopsia del tejido hiperplásico.



Figura 3. Anestesia infiltrativa.

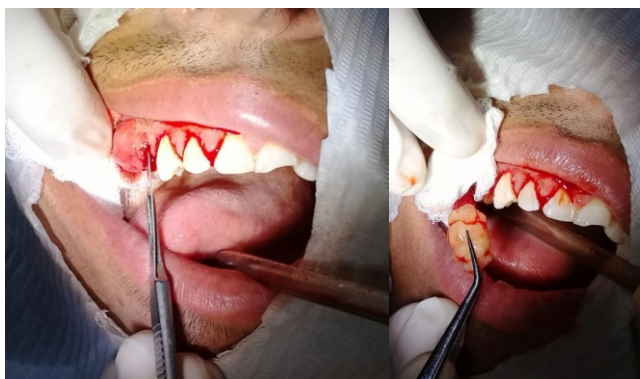


Figura 4. Biopsia parcial con abundante sangrado.

Una vez tomada la muestra se colocó cemento quirúrgico para ayudar en la cicatrización y se le indicó en el primer día de medicación doxiciclina 200mg (1 tab c/8h) para luego indicarle el mismo medicamento, doxiciclina de 100mg a partir del segundo día y por diez días más. La muestra tomada en conjunto medía 2.0 x 1.3 x 0.5 cm de color parduzco, superficie lisa multinodular, consistencia elástica, presentando algunas áreas hemorrágicas y por la cual dicha muestra fue enviada al servicio de Patología. Los resultados de dicha muestra arrojaron como resultado: Lesión de encía con el cuadro histopatológico compatible con hiperplasia seudoepteliomatosa asociada a granuloma piógeno oral, por lo cual se le realizó estudios de inmunohistoquímica. En la tercera cita del tratamiento, se le dió el diagnóstico definitivo al paciente el cual fue Granuloma piógeno oral. Actualmente el paciente asiste a sus citas en dicho servicio para su tratamiento.

DISCUSIÓN

El granuloma piógeno es una hiperplasia inflamatoria que resulta de la respuesta exagerada del tejido conectivo frente a lesiones pequeñas localizadas o cualquier posible irritación. El estímulo puede ser cálculo dental, mala higiene oral, alguna infección inespecífica y restauraciones dentales sobreextendidas. Como resultado de esta estimulación, el tejido conectivo fibrovascular subyacente se vuelve hiperplásico y prolifera el tejido de granulación, dando como resultado la formación de granuloma piógeno.

En este caso es importante destacar que las lesiones reactivas son producto de la presencia de irritantes locales como el cálculo dental y que pueden provocar respuestas proliferativas de los tejidos como lo son los granulomas piogénicos.

En el examen microscópico, el granuloma piógeno muestra una gran hiperplasia vascular similar al tejido de granulación, un tejido compuesto de abundantes células endoteliales ricas en capilares. El epitelio estratificado puede ser hiperplásico, adelgazado o ulcerado. El exudado purulento no siempre existe.

Después de la eliminación de la lesión, se recomienda extirpar el tejido subyacente y eliminar 2 mm en el margen y la profundidad, incluido el periostio. Además cualquier cuerpo extraño, cálculo o prótesis que pueda estar asociado con granuloma piógeno debe ser eliminado.

Se puede concluir que para obtener el diagnóstico correcto, es importante observar los signos clínicos y la historia clínica que detalla el estado general del paciente, así como los factores locales favorables que contribuyen a la sobre-reacción del tejido, y a la formación de granulomas piogénicos. El diagnóstico clínico siempre debe confirmarse mediante examen histológico. De acuerdo con la situación observada, uno de los factores más importantes a considerar es el Índice de Higiene Oral, por lo que la fisioterapia debería ser el primer paso en el tratamiento del granuloma piógeno.

Además, en este caso, se instruirá al paciente para recibir tratamiento periodontal de apoyo.

Diversos estudios han evaluado técnicas de tratamiento, con altos porcentajes de éxito y bajas tasas de recidiva (criocirugía, flash de láser colorante pulsado y la convencional escisión quirúrgica). Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la resección quirúrgica se puede realizar en una sola sesión con instrumento quirúrgico básico, a diferencia de otras técnicas que requieren varias sesiones, equipos y capacitación específica. Esta técnica se puede utilizar fácilmente en la práctica clínica diaria para proporcionar a los pacientes una mayor comodidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jafarzadeh H, Sanatkhani M, Mohtasham N. Oral pyogenic granuloma: a review. *J Oral Sci.* 2006; 48 (4): 167-175.
2. Amirchaghmaghi M, Falaki F, Mohtasham N, Mozafari PM. Extralingival pyogenic granuloma: a case report. *Cases J.* 2008; 1 (1): 371.
3. Al-Khateeb T, Ababneh K. Oral pyogenic granuloma in Jordanians: a retrospective analysis of 108 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003; 61 (11): 1285-1288.
4. Epivatianos A, Antoniadis D, Zaraboukas T, Zairi E, Pouloupoulos A, Kiziridou A et al. Pyogenic granuloma of the oral cavity: comparative study of its clinicopathological and immunohistochemical features. *Pathol Int.* 2005; 55 (7): 391-397.
5. Kadeh H, Saravani S1, Tajik M. Reactive hyperplastic lesions of the oral cavity. *Iran J Otorhinolaryngol.* 2015; 27 (79): 137-144.
6. Castillo-Castillo A, Doncel-Pérez C. Granuloma piógeno. Presentación de un caso. *Rev Haban de Cienc Méd.* 2013; 12 (3): 322-328.
7. Kamal R, Dahiya P, Puri A. Oral pyogenic granuloma: Various concepts of etiopathogenesis. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2012; 16 (1): 79-82.

Revisión de pares: Recibido: 07/02/18 Aceptado: 27/03/18