

Granuloma piógeno de presentación inusual: Reporte de caso

Unusual pyogenic granuloma: Case report

*Karina Cordero Torres, Universidad Viña del Mar, Chile, kcordero@uvm.cl
Nelson Pardo Carrasco, Universidad Viña del Mar, Chile, npardocarrasco@gmail.com
Andrea Arellano Rojas, Universidad de Viña del Mar, Chile, andrea_arellano@live.com*

RESUMEN

El granuloma piógeno se considera una lesión reactiva, que surge en respuesta a variados estímulos. Su etiología más común es el trauma y se asocia a higiene oral deficiente. De tamaño variable, la mayoría de los casos asintomáticos y es común su desarrollo en encía. Principalmente se asocia a mujeres jóvenes, en la segunda década de vida, posiblemente debido a un efecto vascular mediado por cambios hormonales. Se presenta el caso de una paciente de 22 años, que presenta una lesión de 10 años de evolución, dolorosa, en encía en relación con los dientes 1.1 a 1.4, la cual clínicamente era compatible con fibroma.

Se dispuso una biopsia excisional, y el diagnóstico histológico fue un granuloma piógeno fibrosado. Al control postquirúrgico, se apreció cicatrización excelente, asintomático y sin signos de recidiva posterior a un año de control. El diagnóstico definitivo fue dado mediante estudio histopatológico, lo que indica la vital importancia de este tipo de exámenes cada vez que se realiza la extirpación de alguna lesión. El granuloma piógeno no se puede considerar como una neoplasia verdadera, sino como una lesión reactiva que va modificándose con el tiempo y va variando su estructura.

PALABRAS CLAVE

Granuloma piógeno, hemangioma capilar lobular, fibroma irritativo, fibroma osificante periférico.

ABSTRACT

Pyogenic granuloma is considered as a reactive lesion, which is produced as a response to various stimuli. Its most common cause is trauma which is associated with poor oral hygiene. Resizable, most asymptomatic cases and are common developed in gum. It is mainly associated to young women, during the second decade of life, possibly due to a vascular effect mediated by hormonal changes.

A 22-year-patient is presented, with an injury of 10 years of evolution, painful, in gum relative to the teeth 1.1 to 1.4, which was clinically suitable to fibroma.

An excisional biopsy was indicated, with the histological diagnosis, and it resulted in a fibrotic pyogenic granuloma. In the post surgical control, wound healing was excellent, asymptomatic and without signs of recurrence after one year of monitoring.

The definitive diagnosis was given by a histopathological study, which indicated the vital importance of these tests each time a removal of injury is made. Pyogenic granuloma can not be considered as a true neoplasm but as a reactive lesion, that evolves over time and is changing its structure.

KEYWORDS

Pyogenic granuloma, lobular capillary hemangioma, irritation fibroma, peripheral ossifying fibroma.

Recibido: 23 abril, 2016

Aceptado para publicar: 30 de mayo de 2016

Cordero, K., Pardo, N. & Arellano, A., (2016). Granuloma piógeno de presentación inusual: Reporte de caso.

Odontología Vital, 2(25), 36-43. <https://doi.org/10.59334/ROV.v2i25.242>

INTRODUCCIÓN

El granuloma piógeno es un tipo de hiperplasia inflamatoria. Estas hiperplasias describen a un amplio número de crecimientos nodulares de la mucosa oral que se caracterizan por presentar un tejido fibroso, con signos de inflamación y tejido de granulación. Se le atribuye una recurrencia importante, pudiendo desarrollarse tanto en piel como en la cavidad oral donde es encontrado, a menudo, en tejido queratinizado (Jafarzadeh, 2006).

En el año 1904, Hartzell introduce el término granuloma piógeno, a pesar de que Hullihen, en 1844, pareciera indicar una descripción del quizás primer granuloma piógeno reportado en la literatura inglesa. (Adusumilli, 2014)

A pesar de que originalmente se pensaba que era causado por organismos piógenos, ahora se cree que no guarda relación con este tipo de infección, ya que no contiene pus y no es, en estricto rigor, un granuloma (Jafarzadeh, 2006). Histológicamente se asemeja a una lesión angiomasiosa en lugar de una granulomatosa (Gomes, 2013).

El granuloma piógeno se considera usualmente como una lesión reactiva, que surge en respuesta a variados estímulos; irritación crónica local de bajo grado, injurias traumáticas, factores hormonales, o cierto tipo de medicamentos. Aproximadamente un tercio de las lesiones ocurre después de un trauma, y es por esto que se asocia en gran medida a este factor, sobre todo en los de tipo extragingival (Jafarzadeh, 2006). Al existir un trauma menor o irritación crónica, los tejidos reaccionan abriendo una vía para invasión de microorganismos no específicos, aunque rara vez estos han sido demostrados dentro de la lesión. El consenso general es que la patogénesis del

granuloma piógeno es todavía discutible. (Kamal, 2012)

Una higiene oral deficiente también puede ser un factor precipitador en muchos de estos pacientes. Además, algunos factores como el óxido nítrico sintasa, el factor de crecimiento endotelial vascular, el factor de crecimiento de fibroblastos y el factor de crecimiento del tejido conectivo, son conocidos por estar envueltos en la angiogénesis y en el crecimiento rápido del granuloma piógeno. Adicionalmente, drogas como la ciclosporina, tienen un rol importante en la génesis de esta patología y también se ha descrito a la práctica dental iatrogénica como estimuladora de esta lesión reactiva (Jafarzadeh, 2006).

Otros autores sugieren que el granuloma piógeno representa una proliferación exuberante de tejido conectivo, a un estímulo conocido o lesión como cálculo o material extraño dentro del surco gingival (Regezi, 2003).

Su tamaño varía desde unos pocos milímetros a centímetros. Puede ser doloroso, especialmente si se encuentra en un área del cuerpo donde se altera constantemente. (Adusumilli, 2014). El granuloma piógeno de la cavidad oral, es conocido por desarrollarse mayormente en encía. Su variedad extragingival puede ocurrir en labios, lengua, mucosa bucal, paladar y similares (Kamal, 2012).

Principalmente se asocia a mujeres jóvenes, en la segunda década de vida, posiblemente debido a un efecto vascular mediado por cambios hormonales. Se presenta en un 1% de las embarazadas. (Adusumilli, 2014)

El diagnóstico de un granuloma piógeno, puede ser confirmado mediante el análisis de cortes histológicos de las muestras de una

Biopsia. El tratamiento ampliamente utilizado y recomendado es la escisión quirúrgica conservadora, donde las tasas de recurrencia pueden variar de 0% a 16%. (Adusumilli, 2014)

En este trabajo se presenta un reporte de caso de un granuloma piógeno Fibrosado, en una paciente de 22 años de edad. En este caso la histopatología y discusión son vitales, ya que a primera vista, clínicamente, la lesión presenta características más compatibles con una lesión fibrosa que una con un mayor contenido vascular.

CASO CLÍNICO

Se presenta a la Clínica Odontológica de la Universidad de Viña del Mar, Chile, una paciente de 22 años, sexo femenino, estudiante y fumadora habitual, sin antecedentes mórbidos relevantes para este caso.

La paciente consulta por un aumento de volumen en la zona anterior del maxilar superior de 10 años de evolución, cuyo un crecimiento fue lento y asintomático en un inicio. Al momento de la consulta relata dolor agudo que califica como un dolor 10 dentro de la escala visual análoga (EVA).

Al realizar el examen intraoral se observa un aumento de volumen de forma ovalada que va desde el margen gingival, abarcando encía adherida hasta muy cerca del fondo de vestíbulo. Esta lesión se extiende desde distal del diente 1.1 hasta mesial del 1.4. A la palpación, su consistencia es muy firme y tiene un color rosa pálido y presenta una base pediculada (Figura 1 y 2). Se observa higiene oral deficiente y lesiones activas cervicales en dientes anteriores superiores.

Se solicitó radiografía periapical bisectal de dientes 1.1 al 1.4 (Figura



Figura 1: Vista frontal de la lesión



Figura 2: Aumento de volumen oval que va desde distal de 1.1 hasta mesial de 1.4

ra 3) y una radiografía oclusal de la zona (Figura 4). No se observaron alteraciones óseas.



Figura 3: Radiografía periapical de zona comprometida.



Figura 4: Radiografía oclusal de zona comprometida.

Teniendo estos antecedentes se generan como hipótesis diagnóstica; fibroma irritativo, fibroma osificante periférico.

Se realizó una biopsia excisional de la lesión bajo anestesia local con vasoconstrictor. Al momento de retirar la lesión y realizar la biopsia, se observó una zona de exostosis ósea bajo la lesión, que se retiró en el momento de la cirugía (Figura 5).

En la figura 6 se observa el conjunto con abundantes fibras colágenas desordenadas, algunos capilares, y algunas zonas de infiltrado inflamatorio en la zona superior.



Figura 5: Zona de exostosis bajo la lesión.

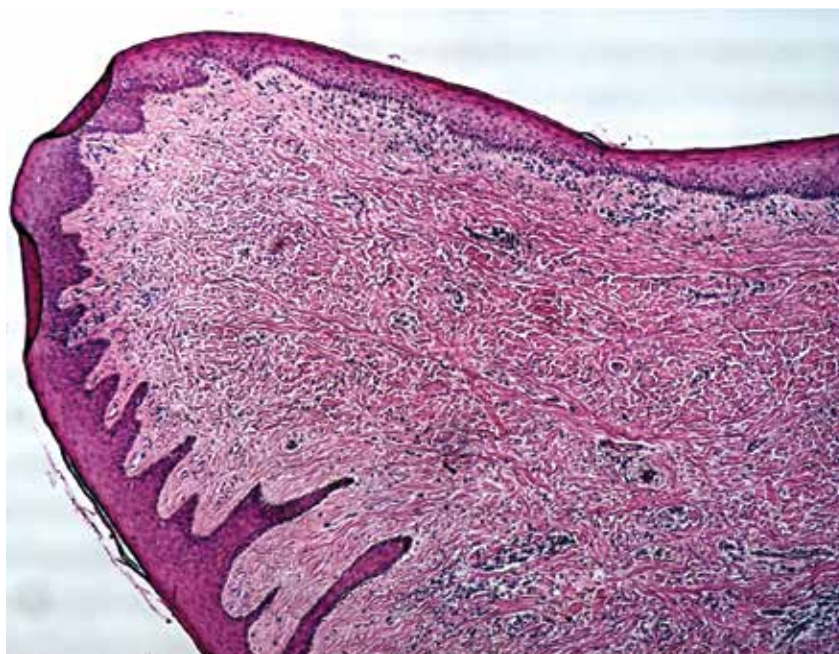


Figura 6: Aumento 4x

El sector superior derecho corresponde a la zona relacionada con la encía. Se observa epitelio de grosor normal y se concentra un leve infiltrado inflamatorio.

En la figura 7 se observan fibroblastos, sus núcleos y fibras dispuestas en distintas direcciones. También se identifican vasos sanguíneos y algunos linfocitos.

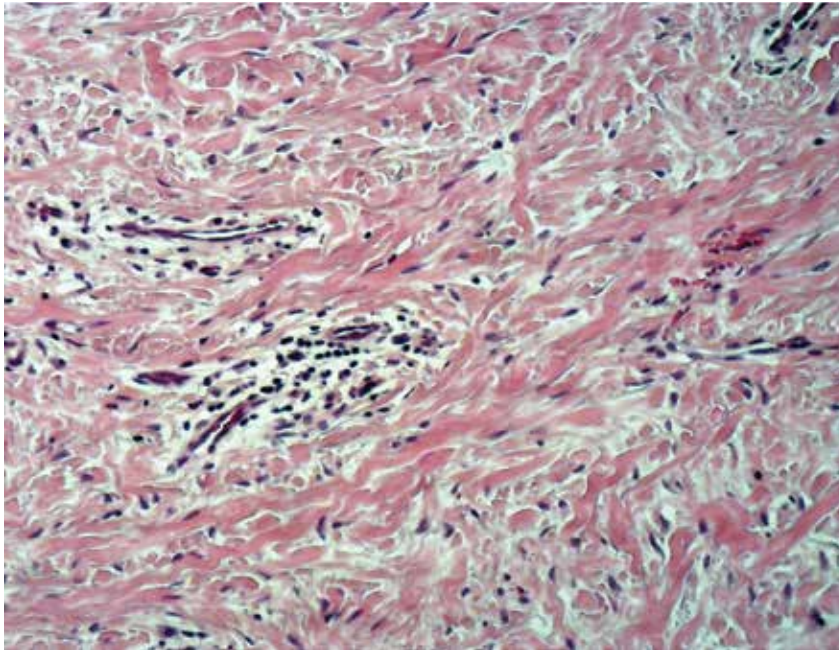


Figura 7: Aumento 10x

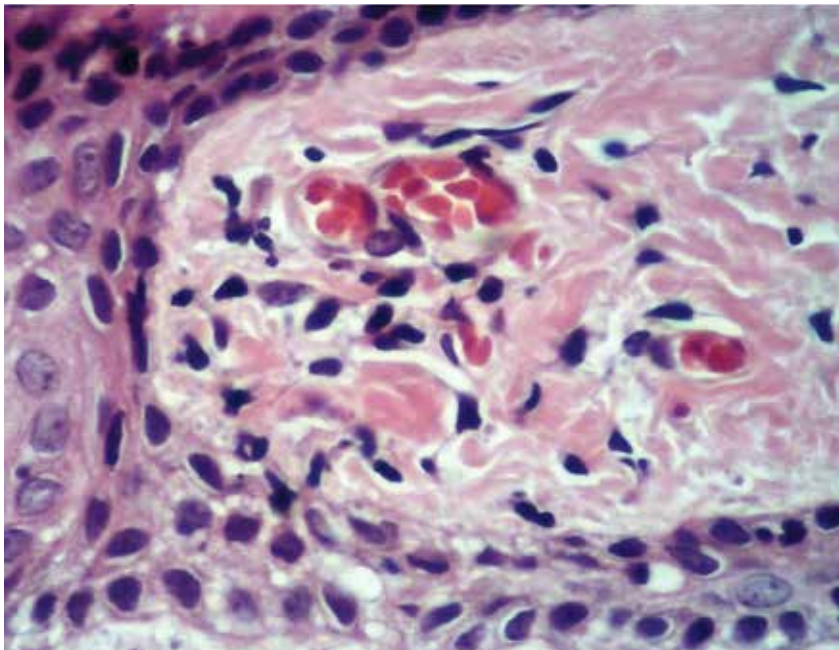


Figura 8: Aumento 40x

En la figura 8 se puede notar la cercanía de los vasos sanguíneos con el epitelio.

Teniendo esta información en cuenta el diagnóstico histopatológico

resulta en granuloma piógeno fibrosado.

Después de realizado el procedimiento de biopsia en julio del año 2014, se cita a la paciente a control

para verificar la cicatrización de la lesión y analizar si existen signos de recidiva.

Luego de 2 meses del procedimiento, existe una cicatrización completa, muy buena, considerando que se expuso tejido óseo. Sin signos ni síntomas posteriores a la cirugía. No se observan signos de recidiva al control 1 año posterior a la cirugía. (Fig.9)

DISCUSIÓN

Al observar el presente caso por primera vez, se pensó en dos diagnósticos diferenciales; el primero un fibroma irritativo y el segundo, un fibroma osificante periférico, ya que presentaban características clínicas clásicas de estos, exceptuando el gran dolor que relataba la paciente. Sin embargo, el estudio histopatológico fue clave en el diagnóstico final; resultando una lesión con un componente vascular, rodeado de tejido fibroso denso. Dichos hallazgos son compatibles con un granuloma piógeno fibrosado.

Respecto al fibroma irritativo, la literatura indica que es una lesión conjuntival de naturaleza reactiva. Su etiología más común es el trauma. Es una de las lesiones reaccionales más frecuentes y se asocia principalmente con mujeres. (Bagde, 2013). Es más frecuente en la segunda década de la vida, se presenta sin predilección por grupo étnico y aparece en áreas frecuentemente traumatizadas como carrillos, bordes laterales de la lengua y labio inferior. Un estudio de prevalencia realizado sobre 4.166 casos de lesiones benignas que afectan a la mucosa bucal, demostró que de las lesiones de tipo reactivas, el fibroma irritativo, fue la más frecuente, representada por 1.042 casos (25,01%). (Moret, 2012) Clínicamente, su aspecto es de una masa bien delimitada con superfi-



Figura 9: Fotografía de control tomada en septiembre de 2014, a 2 meses de realizada la intervención.

cie lisa y con una mucosa de color normal. La base puede ser sésil o pediculada, la consistencia es firme, y no genera sintomatología (Nazish-Alam, 2010). En relación con la superficie de la lesión, esta se puede mantener intacta o estar ulcerada en algunas ocasiones, debido al trauma repetido generando dolor e inflamación. (López-Labady J., 2009).

Al tener en cuenta estas generalidades, y analizarlas respecto a las características clínicas observadas en la paciente, pareciera casi inmediato pensar en el fibroma irritativo como primera opción.

Por otra parte, el fibroma osificante periférico se describe como una tumoración gingival en la cual se observan zonas calcificadas, que corresponden a osteoide. Este se localiza dentro de una proliferación no encapsulada constituida por fibroblastos benignos. También se encuentran células inflamatorias crónicas que rodean la

periferia, y con frecuencia hay ulceración superficial. (Regezi, 1989) Se describe como una lesión relativamente frecuente, que se presenta sólo en encía adherida o mucosa alveolar como una masa sésil o pediculada cubierta con epitelio normal. Puede presentarse a cualquier edad, pero más frecuentemente en niños y jóvenes. Puede derivar desde el ligamento periodontal. (Genco, 1993).

En este caso no se encontraron zonas de calcificación inmersas en los distintos cortes, pero sí se encontró una zona de exostosis luego de realizada la extirpación total de la lesión. La exostosis vestibular identificada en este caso se clasifica como una malformación del hueso de etiología discutible como por ejemplo factores genéticos, ambientales y sobre todo de hiperfunción masticatoria. Presentan un crecimiento lento, son asintomáticas y suelen iniciarse luego de la pubertad. La forma y tamaño son variables, desde el tamaño de

un guisante hasta ser multilobulado con un tamaño importante. (Medina, 1999)

En este caso clínico se proponen dos hipótesis: que la lesión reaccional haya formado esta zona de exostosis o que la zona de exostosis haya formado la lesión reaccional. Clínicamente, los granulomas piógenos se caracterizan por ser lesiones exofíticas, lisas o lobuladas con un color que van desde el rosado, pasando por rojo hasta marrón-amorotado. Generalmente son asintomáticos y tienden al sangrado luego de un trauma menor. En general no afecta a estructuras óseas, pero en algunos casos se observa leve erosión superficial (Martins-Filho, 2011)

Esta lesión se diagnosticó como granuloma piógeno porque, aunque no tuviera la clínica característica, al recorrer las muestras se encontraron componentes vasculares en reiteradas zonas y células propias de una lesión de esa naturaleza.

El tiempo que permaneció en boca la lesión juega un papel importante en el diagnóstico, ya que la literatura precisa que granulomas piógenos de larga data corresponden más a coloraciones rosáceas en vez de las de tonos rojizos mayormente estudiadas y comúnmente descritas. Esto coincide con la presentación clínica de la lesión, al igual que la transformación a un conectivo más fibroso que aún mantiene células vasculares que se observó en las preparaciones histopatológicas.

Estas observaciones, junto con la mala higiene presentada por la paciente, sugieren que la lesión comenzó como un granuloma piógeno que, a medida que fue evolucionando, fue adquiriendo componentes fibrosos debido al tiempo que estuvo en la cavidad oral, ade-

más del color y forma muy similar a un fibroma irritativo. Gracias a la realización del proceso de biopsia y al análisis de las muestras, se llegó finalmente al diagnóstico definitivo. Esto demuestra que este tipo de lesiones puede ser muy variable y, aunque se considere una lesión benigna, es siempre necesario determinar correctamente el diagnóstico definitivo. Finalmente esto mejora el estudio de las patologías orales y repercute directamente en una mejora en la atención odontológica.

CONCLUSIONES

Se presentó una forma poco habitual de granuloma piógeno, asociado a dolor agudo y con características clínicas de lesión fibrosa. El diagnóstico definitivo fue dado mediante estudio histopatológico, lo que asegura la vital importancia de este tipo de exámenes al realizar la extirpación de alguna lesión.

El granuloma piógeno no se puede considerar como una neoplasia verdadera sino como una lesión reactiva, que va modificándose con el tiempo y va variando su estructura.

Es de vital importancia difundir en la comunidad odontológica que lesiones en la mucosa oral pueden ser biopsiadas, pero el proceso final diagnóstico, termina con el estudio histopatológico que se entrega y explica al paciente. Esto permite varios objetivos: confirmar al clínico y al paciente su diagnóstico inicial, respaldo de información en caso de que hubiese recidiva, y permite establecer tipo de tratamiento o derivación a otro especialista en caso que fuese necesario. Finalmente, contribuye al tener datos estadísticos y entender distintos tipos de presentaciones clínicas de una misma lesión. ■■■

Karina Cordero Torres, Cirujana Dentista Universidad de Valparaíso. Magíster en Ciencias Odontológicas, mención Patología y Medicina oral, Universidad de Chile. Profesora Asociada, Universidad Viña del Mar, Chile.
kcordero@uvm.cl

Nelson Pardo Carrasco, Cirujano Dentista, Universidad de Chile, Cirujano Maxilofacial Universidad de Valparaíso. Docente Patología Oral y Medicina Oral, Universidad Viña del Mar, Chile.
npardocarrasco@gmail.com

Andrea Arellano Rojas, Ayudante alumna, Carrera de Odontología, Universidad de Viña del Mar, Chile.
andrea_arellano@live.com

BIBLIOGRAFÍA

Adusumilli, S., Yalamanchili, P.S., & Manthena, S. (2014). Pyogenic granuloma near the midline of the oral cavity: A series of case reports. *Journal of Indian Society of Periodontology*, 18(2), 236–239. <https://doi.org/10.4103/0972-124X.131339>

Bagde H, Waghmare A, Savitha B, Vhanmane P, (2013). Irritation fibroma: A case report. *International Journal of Dental Clinics*. 5(1), pp.39-40.

Genco, RJ.; Goldman, HM.; Cohen, DW., (1993) *Periodoncia*. 1era Edición, Interamericana-Mc Graw-Hill: 297.

Hamid Jafarzadeh, Majid Sanatkhan, Nooshin Mohtasham. (2006). Oral pyogenic granuloma: a review. *Journal of Oral Science*. Vol. 48, No. 4.P 167-175. <https://doi.org/10.2334/josnusd.48.167>

López-Labady J., (2009) Estudio epidemiológico del Fibroma Traumático en una muestra de la población venezolana durante el período 1991-2001. *Acta Odontológica Venezolana*, 47 (3): 1-7.

Martins-Filho, Paulo Ricardo Saquete, Piva, Marta Rabello, da Silva, Luiz Carlos Ferreira, Reinheimer, Daniele Machado, & Santos, Thiago de Santana. (2011). Aggressive Pregnancy Tumor (Pyogenic Granuloma) with Extensive Alveolar Bone Loss Mimicking a Malignant Tumor: Case Report and Review of Literature. *International Journal of Morphology*, 29(1), 164-167. <https://doi.org/10.4067/S0717-95022011000100028>

Medina Adriana, Santos Marina, Rodríguez Lolyman. (1999). Torus and bony exostosis. Revision of the literature. *Acta odontológica Venezolana*, volumen 37, número 2, artículo 12.

Mesa M., Vázquez D., Rodríguez M., Reyna A., Ruiz C., (2013). Presentación de un paciente con fibroma traumático subyacente a prótesis dental. *Correo Científico Médico*. 17 (4), pp.523-527.

Moret J, López-Labady J, Cuberos M, Camacho A, González JM. (2012). Fibroma Traumático: dos presentaciones clínicas, una misma entidad. *Acta Odontológica Venezolana*. Volumen 50, número 4.

Nazish-Alam M, Chandrasekaran S.C, Valiathan M.,(2010). Fibroma of the gingiva: a Case Report of a 20 year old lesion. *International Journal of Contemporary Dentistry*, 1 (3), pp. 107-109.

Reet Kamal, Parveen Dahiya, and Abhiney Puri. (2012). Oral pyogenic granuloma: Various concepts of etiopathogenesis. *J. Oral Maxillofac Pathol*. 16(1): 79–82. <https://doi.org/10.4103/0973-029X.92978>

Regezi, J; Sciubba, J; (1989). *Texto de Patología Bucal*. 1era. Edición., Interamericana-Mc Graq-Hill: 137-140.

Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RC. (2003) *Oral pathology: Clinical pathologic considerations*. 4th ed. Philadelphia: WB Saunders; p. 115-6.

Sheiba R. Gomes, Quaid Johar Shakir, Prarthana V. Thaker, and Jamshed K. Tavadia. (2013). Pyogenic granuloma of the gingiva: A misnomer? – A case report and review of literature. *J Indian Soc Periodontol*. 17(4): 514–519. <https://doi.org/10.4103/0972-124X.118327>



Derechos de Autor © 2016 Karina Cordero Torres, Nelson Pardo Carrasco y Andrea Arellano

Rojas. Esta obra se encuentra protegida por una [licencia Creative Commons de Atribución Internacional 4.0 \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)