

Granuloma Piógeno: Reporte de un caso de lesión hiperplásica reactiva con aspecto tumoral

Pyogenic Granuloma: Case report of a reactive hyperplastic lesion with tumor appearance

Lucia Lorena Livia De La Cruz^{1,a,2,b}, Abell Temistocles Sovero Gaspar^{1,c,d,e}, Jairo Sánchez León^{1,c,d,f}, Raúl Rafferty Herrera Mujica^{1,c,d,e}, Abel Alex Rivadeneyra Rodriguez^{1,c,d,g}

RESUMEN

El granuloma piógeno es una lesión reactiva en respuesta a diferentes factores locales, su etiología es por traumatismo, caries dental, desequilibrio hormonal, higiene oral deficiente, etc. que produce una proliferación inflamatoria del tejido conectivo, localizada frecuentemente en cavidad oral (encías, lengua, paladar duro, labios y piso de boca) y piel. Clínicamente se presenta como una lesión hiperplásica vascularizada con base pediculada o sésil de tamaño variable y crecimiento lento. Histológicamente presenta proliferación de tejido endotelial a una red vascular con signos de inflamación crónica y tejido de granulación. El presente caso clínico tiene como objetivo identificar las características clínicas, imagenológicas e histopatológicas de Granuloma Piógeno con aspecto tumoral en la cavidad oral en un paciente adulto de la Clínica Dental Docente Cayetano Heredia en el año 2017. Las características clínicas e histopatológicas de granuloma permiten un diagnóstico concreto, dado que su diagnóstico diferencial es similar. Como opciones de tratamiento además de exéresis, tenemos el pulsed-dye laser, inyección intralesional de etanol o corticoides, escleroterapia con tetradecil sulfato de sodio y criocirugía. Las hiperplasias reactivas pueden presentar aspecto tumoral que se descarta con el estudio anatomopatológico. El abordaje y tratamiento requiere un diagnóstico clínico e histopatológico adecuado.

PALABRAS CLAVES: Granuloma piógeno; fibroma osificante periférico; granuloma de células gigantes.

¹ Facultad de Estomatología, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² Instituto Universitário de Ciências da Saúde. Porto, Portugal.

^a Bachiller en Estomatología

^b Máster en Medicina Dentária

^c Cirujano Dentista

^d Docente del Departamento Académico de Medicina y Cirugía Bucomaxilofacial.

^e Especialista en Radiología Bucal y Maxilofacial

^f Especialista en Medicina y Patología Estomatológica

^g Especialista en Cirugía Bucal y Maxilofacial

SUMMARY

Pyogenic granuloma is a reactive lesion in response to different local factors, including traumatism, caries dental, hormonal imbalance or poor oral hygiene, which produces an inflammatory proliferation of connective tissue. Pyogenic granuloma is frequently located in oral cavity (gums, tongue, hard palate, lips, and floor of mouth) and skin. Clinically, it presents as a vascularized hyperplastic lesion with a slow-growing pedicled or sessile base of variable size and slow growth. Histologically, shows proliferation of endothelial tissue to a vascular network with signs of chronic inflammation and granulation tissue. This case report aims to identify the clinical, imaging and histopathological characteristics of Pyogenic Granuloma with tumor appearance in the oral cavity in an adult patient of the Clínica Dental Docente Cayetano Heredia in 2017. Clinical and histopathological characteristics of granuloma allow a specific diagnosis, given that their differential diagnoses are similar. The treatment options for pyogenic granuloma include excision, laser pulsed-dye, intralesional injection of ethanol or corticosteroids, sclerotherapy with sodium tetradecyl sulfate, and cryosurgery. Reactive hyperplasia may present a tumor appearance that is ruled out by anatomopathological study. Choosing the correct approach and treatment requires a proper clinical and histopathological diagnosis.

KEY WORDS: Pyogenic granuloma; peripheral ossifying fibroma; giant cell granuloma.

INTRODUCCIÓN

El granuloma piógeno es una hiperplasia reactiva que afecta los vasos sanguíneos, en respuesta a diferentes factores locales como traumatismo, restauraciones defectuosas, caries dental, desequilibrio hormonal, higiene oral deficiente y cierto tipo de medicamentos, que produce una proliferación inflamatoria del tejido conectivo, localizada frecuentemente en cavidad oral (encía, lengua, paladar duro, labios y piso de boca) y piel (1-5).

Se ubica frecuentemente en la cavidad oral dentro del maxilar superior en el sector anterosuperior, en encía (60-70%) (2,3).

Clínicamente se caracteriza por ser una lesión de color rosa o rojiza, de base sésil o pediculada con superficie lisa, lobulada o verrugosa; su crecimiento es lento y asintomático dependiendo de la zona anatómica afectada. Puede afectar a cualquier edad y tiene predilección por el sexo femenino (2-4); de acuerdo con el tamaño en promedio varía de 2 - 3 cm, sin embargo, puede crecer como un tumor maligno (1-7); histológicamente presenta proliferación de tejido endotelial a una red vascular con signos de inflamación crónica y tejido de granulación (8,9).

El presente caso clínico tuvo como objetivo identificar las características clínicas, imagenológicas e histopatológicas de Granuloma Piógeno con aspecto tumoral en la cavidad oral en un paciente adulto de la

Clínica Dental Docente Cayetano Heredia en el año 2017.

Reporte del caso

Paciente de sexo femenino de 54 años, mestiza y procedente de Lima niega, antecedentes sistémicos, alergias a medicamentos. Acude el año 2013 por presentar una lesión en el proceso dento alveolar antero asuperior (pre-maxila) en zona de piezas 12, 11 y 21, de 4x3x2cm, al servicio de Cirugía Oncológica del Hospital Nacional Cayetano Heredia, donde retiraron la lesión y fue enviada a estudio anatomopatológico he informan que no es una lesión neoplásica. Cuatro años después ingresa al Servicio de Cirugía Bucomaxilofacial de la Clínica Dental Docente Cayetano Heredia por un aumento de volumen en la región anterior del maxilar superior de crecimiento lento, asintomático y tiene dificultad al masticar.

Al realizar el examen clínico extraoral se observa un aumento de volumen en región labial superior por desplazamiento de la lesión en la cavidad oral de 4x3x2cm cubierta por piel de características normales. Al examen intraoral se observa una masa tumoral de 4x3x2cm en encía adherida y marginal hasta cerca del fondo de surco vestibular en la región anterosuperior que se extiende desde distal de la pieza 12, 11 y 21 de forma lobular con bordes regulares,



Figura 1. Examen clínico extraoral: a Deformidad facial por aumento de volumen en región labial superior sin cambios a nivel de la piel. Examen clínico intraoral: b,c ; Vista frontal y palatina. Masa tumoral de base pediculada en zona vestibular a nivel de línea media del maxilar superior, que condiciona divergencia radicular de las piezas. 11 y 21 d,e ; Vista lateral. Masa tumoral de color rosa-rojizo con manchas blanquecinas y desplazamiento de dientes 11, 21

base pediculada, eritematoso con zonas blanquecinas en los extremos, consistencia firme, adherido a la mucosa, asintomático que se extiende hacia el paladar duro entre las piezas 11 y 21. Divergencia y movilidad a nivel de las piezas 12, 11 y 21. Se observa higiene oral deficiente (figura 1).

Según los antecedentes clínicos se sospecha de las siguientes alternativas de diagnóstico presuntivo: fibroma osificante periférico, granuloma periférico de células gigantes y granuloma piógeno.

A la evaluación de las radiografías digitales panorámica, oclusal y periapicales se observa que las piezas 13, 12, 21 y 22 presentan ensanchamiento del espacio para el ligamento periodontal. En la pieza 13

se aprecia el aumento del grosor de la lámina dura. La pieza 11 se encuentra extruida con borramiento de la lámina dura perirradicular, y un defecto óseo angular severo mesial con extensión hacia el tercio radicular apical. Así mismo, se evidencia un defecto óseo entre las piezas 11 y 21 con alteración en el trabeculado óseo y disminución de la densidad del hueso alveolar. Signos radiográficos que llevan a la sospecha de una lesión en tejido blando vs. una lesión maligna que ocasiona saucerización y desplazamiento distal de las piezas 11 y 21 (figura 2).

Se realizó una biopsia excisional de la lesión bajo anestesia local que consistió en la remoción total de la lesión y controles para hacer seguimiento de la zona biopsiada (figura 3).

El estudio anatomopatológico reveló al examen

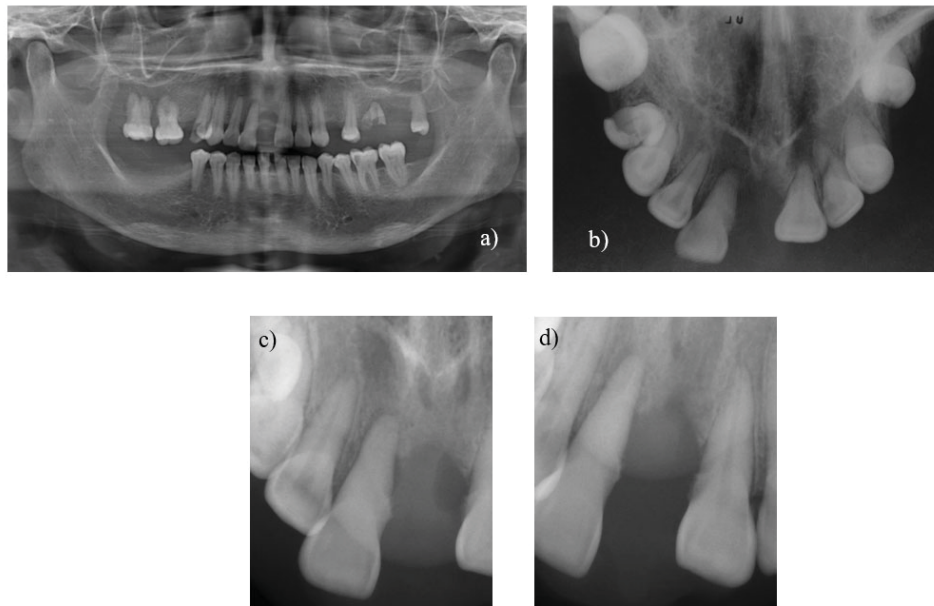


Figura 2. a. Radiografía panorámica. b. Radiografía oclusal superior. c. Radiografía periapical pza. 11. d. Radiografía periapical pza. 21

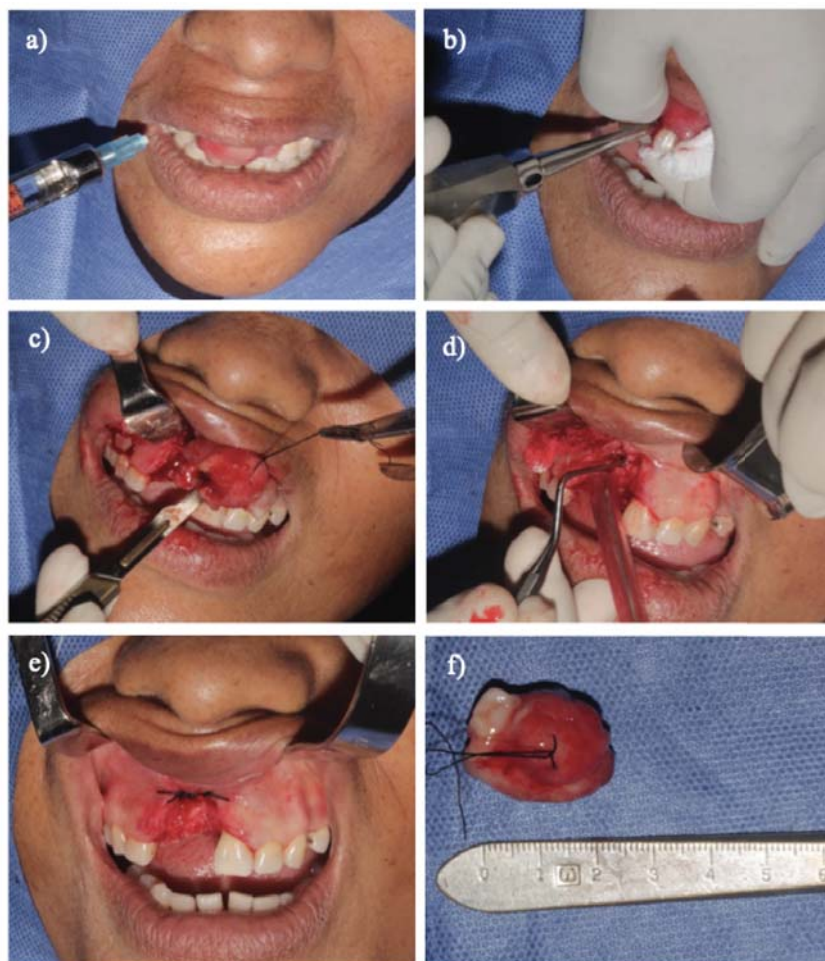


Figura 3. Exéresis del tumor con la pza 11. a. Anestesia local con lidocaína; b. Luxación de la pza 11; c. Incisión alrededor del tumor; d. Curetaje del tumor; e. Sutura a nivel apical de la pza 11; f. Masa tumoral con la pza 11

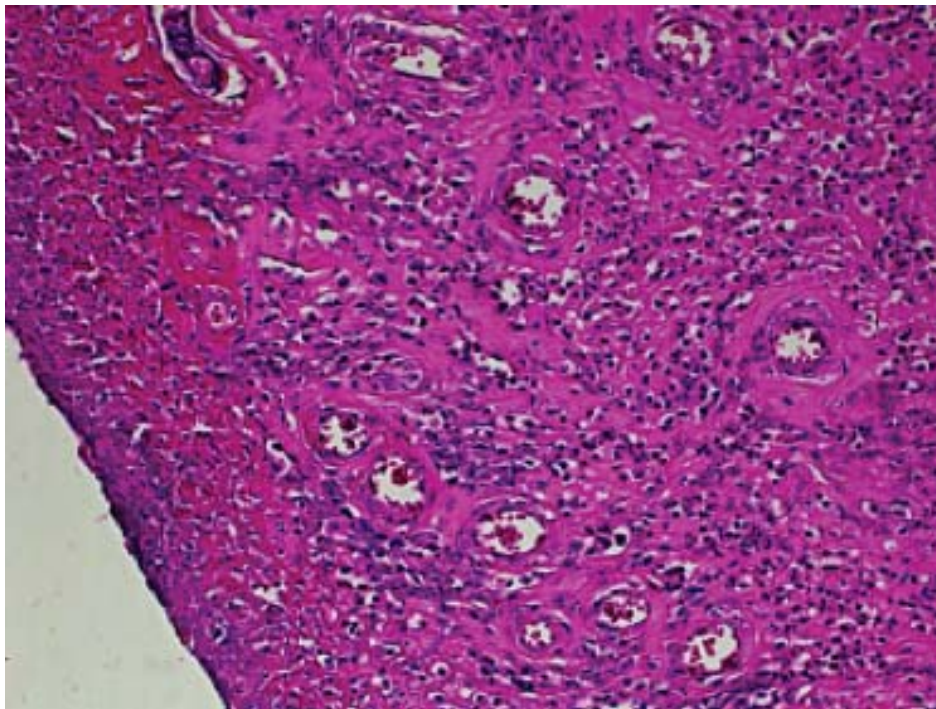


Figura 4. Microfotografía muestra con aumento de 100x

macroscópico, que el tejido estaba fijado en formol y mide 1,8x1,5x1 cm, de color blanquecino, consistencia firme, superficie irregular. Al examen microscópico, las secciones estudiadas muestran proliferación de vasos capilares pequeños y mediano calibre congestionados, con infiltrado inflamatorio linfoplasmohistiocitario difuso, distribuidos en tejido conectivo fibroso laxo. Se observa áreas de hemorragia y otras de colagenización. El epitelio de la superficie se encuentra adelgazado y con zonas de ulceración parcialmente con fibrina. El estudio histológico confirmó que el diagnóstico definitivo fue granuloma piógeno descrito como un épuilis (figura 4).

DISCUSIÓN

La histología y comportamiento clínico de granuloma han sido descritos ampliamente en la literatura, por lo que, su tamaño, sintomatología, antecedentes de enfermedades sistémicas, hallazgos radiológicos son criterios que permiten establecer un diagnóstico presuntivo, para este caso se sospecha de malignidad por su aspecto tumoral y poca frecuencia respecto a sus características clínicas y radiográficas; posteriormente se descartó su malignidad con el estudio anatomopatológico (8-16).

Se reconoce este tipo de lesión como Épuilis dental

que se define como una hiperplasia reactiva de la encía que puede causar reabsorción ósea; según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (ICD-11/2018) sobre ciertos trastornos específicos de la encía y la cresta alveolar edéntula se distingue de épuilis de células gigantes (granuloma periférico de células gigantes gingival), granuloma piógeno gingival y fibroma osificante (17-20).

En este caso hubiera sido propicio el aporte del estudio mediante la tomografía espiral multicorte (TEM) para corroborar el efecto en las áreas circundante condicionada por una lesión en tejido blando, debido a que radiográficamente los granulomas piógenos por lo general no son de gran tamaño, no presentan límites no definidos ni alteración en el trabeculado (21-27). Sin embargo, Tapia et al., mencionan que es poco frecuente encontrar un granuloma piógeno del tamaño promedio (7).

Dentro de las lesiones reactivas de Épuilis dental se encuentran las lesiones de células gigantes (LCG) que presentan dificultad de diagnóstico debido a características clínicas e histológicas semejantes y pueden estar relacionadas a enfermedades sistémicas (28-32). Según Truschnegg et al, se recomienda ampliar los estudios clínicos y de bioquímica

sanguínea que pueda guardar relación con la biopsia (26). Como opciones de tratamiento además de exéresis, tenemos el pulsed- dye laser, inyección intralesional de etanol o corticoides, escleroterapia con tetradecil sulfato de sodio y criocirugía (33,34).

CONCLUSIONES

Las características clínicas e histopatológicas de granuloma permiten un diagnóstico concreto por ser similares en su diagnóstico diferencial.

Las hiperplasias reactivas pueden presentar aspecto tumoral que solo se descarta con el estudio anatomopatológico.

Las lesiones reactivas de épulis dental son granuloma periférico de células gigantes, granuloma piógeno, fibroma osificante periférico.

El odontólogo debe aportar toda la información disponible en este tipo de patologías que ayuda al diagnóstico y determina posibles asociaciones de las lesiones y enfermedades sistémicas.

La radiografía digital facilita la visualización de las características propias de esta lesión sobre todo por el efecto que ocasionan (saucerización) donde se requiere mayor nitidez y resolución.

Es importante eliminar los factores locales que puedan ocasionar recurrencias y elegir el tratamiento idóneo según el caso de granuloma.

Correspondencia:

Lucia Livia

Correo electrónico: lucia.livia.d@upch.pe

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cordero K, Pardo N, Arellano A. Granuloma piógeno de presentación inusual: Reporte de caso. *Odontol vit.* 2016; 25(2):35-42.
2. González RGM, Piña C, Sánchez J. Granuloma piógeno de localización atípica: reporte de un caso. *Rev ADM.* 2017; 74(4):198-201.
3. Reet K, Parveen D, Abhiney P. Oral piogenic granuloma: Various concepts of ethiopatogenesis. *J Oral Maxilloff Pathol.* 2012; 16(1): 79-82.
4. Vega C, Palazzolo Y, Sanchez M, Martín V, Ialea E. Granuloma Piógeno: Presentación de caso clínico. *Rev Fac de Odontol UNCuyo.* 2017; 1(11):7-9.
5. Debnath K, Chatterjee A. Management of recurrent pyogenic granuloma with platelet-rich fibrin membrane. *J Indian Soc Periodontol.* 2018; 22:360-4.
6. Singh B, Gupta R, Joshi B. Laser therapy – a promising approach for managing pyogenic granuloma – a case report. *J Oral. Clin Dent Mumb.* 2015; 27-32.
7. Tapia D, Urías M, Benítez J, Verdugo L, Castro A, Vázquez A. Granuloma piógeno: Aspecto clínico e histológico de un caso. *Rev oral.* 2010; 2(11):7-8.
8. Krupp S, Briend M, Osnaghi L, Veloso C, Fortin P, Romero M. Tumor central de células gigantes em mandíbula: reporte de um caso clínico. *Rev ADM.* 2016; 73(3):144-150.
9. Salaria SK, Kaur S, Sharma I, Ramalingam K. Coronally advanced flap in conjunction with platelet-rich fibrin-assisted immediate management of residual gingival defect following surgical excision of recurrent pyogenic granuloma in the maxillary esthetic segment. *J Indian Soc Periodontol.* 2018; 22:273-6.
10. Carti O, Pirim E, Oznurhan F, Kapdan A. Pyogenic granuloma: a case report. *Cumh Dent J.* 2017; 20(2):77-84.
11. Gefrerer L, Popowski W, Nikodem J, Wojtowicz A. Recurrent pyogenic granuloma around dental implants: a rare case report. *Int J Period Rest Dent.* 2016; 36(4):573-81.
12. Marla V, Shrestha A, Goel K, Shrestha S. The histopathological spectrum of pyogenic granuloma: a case series. *Case Rep Dent.* 2016;2016:1323798.
13. World Health Organization Regional Office for Europe. European Health Information Gateway: Health for All explorer. Denmark: World Health Organization; 2014 (Citado 12 de setiembre del 2018) Disponible en: <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>.
14. Kaya A, Ugurlu F, Basel B, Sener CB. Oral pyogenic granuloma associated with a dental implant treated with an Er:YAG laser: a case report. *J Oral Imp.* 2015; 41(6):720-23.
15. Assaf M. Oral pyogenic granuloma: a literature review and case report. *Sml Dent J.* 2014; 9(4):18-21.
16. Mohanty G, Mohanty R, Satpathy A. Simultaneous occurrence of pyogenic granuloma at multiple sites associated with bone loss: report of a rare case. *J Ind Soc Perio.* 2018; 22:174-7.
17. Mastammanavar D, Hunasgi S, Koneru A, Vanishree M, Surekha R, Vardendra M. Agressive pyogenic granuloma: a case report. *Int J Oral Max Pat.* 2014; 5(2):29-32.
18. Adusumilli S, Yalamanchili P, Manthena S. Pyogenic granuloma near the midline of the oral cavity: a series of case reports. *J Ind Soc Perio.* 2014; 18(2):236-39.
19. Shivaswamy S, Jain A, Tambwekar S. A rare case of generalized pyogenic granuloma: a case report. *Quin Int.* 2011; 42(6):493-99.
20. Shaikh S, Singh G, Singh A, Gaur A. Pyogenic granuloma of unusual size with alveolar resorption in a 75-year-old patient. *Nat J Max Surg.* 2012; 3(1):75-79.
21. Cristino B, Cruz B, Borges A, Aldape B. Granuloma periférico de células gigantes: Revisión de 87 casos. *Rev ADM.* 2016; 73(4):175-182.

22. Tomić S, Davidović B. Peripheral giant cell granuloma – case report. *Serb Dent J.* 2016; 63(3): 139-144.
23. Vergara CI, Díaz A, Arévalo L. Peripheral giant cells granuloma. A clinical case report. *Rev Fac Odontol Univ Antioq.* 2010; 22(1):117-121.
24. Martos M, Bordonaba S, Sahuquillo J, Malet D. Large peripheral ossifying fibroma: Clinical, histological, and immunohistochemistry aspects. A case report. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac.* 2017; 39(1):28-49.
25. Gupta S, Verma G, Rajwar K. Gingival swelling – peripheral ossifying fibroma: a clinical report. 2016; 8(10):28-31.
26. Truschnegg A, Acham S, Kiefer B, Jakse N, Beham A. Epulis: a study of 92 cases with special emphasis on histopathological diagnosis and associated clinical data. *Clin Oral Invest.* 2016; 20: 1757-1764.
27. Hadžić S, Gojkov-Vukelić M, Pašić E. Diagnostic and therapeutic protocol with histopathologic analysis of gingival epulis: report of two cases. *Stomatološki vjesnik.* 2015; 4(2):107-111.
28. Choudhary V, Warriar S, Kaur A, Sahoo NK. Periodontal plastic procedure for the management of the residual gingival defect after excision of an epulis. *J Indian Soc Periodontol.* 2015; 19:345-7.
29. McCrea S. Microsurgical repair of labial gingival tissues following excision of an epulis: a case report with 18-month follow-up. *Oral Sug.* 2009; 2:126-135.
30. Arruda T, Mota S, Fernandes D, et al. CO2 laser surgery and prosthetic management for the treatment of epulis fissuratum. *ISRN Dent.* 2011; 2011: 282361.
31. Prasad V, Madhumietha A, Pratheeth G. Management of geriatric patient with epulis fissuratum using liquid nitrogen cryosurgery. *Oral Surg.* 2012; 7(5):63-65.
32. Hofmann E, Schmid M, Sedlmair M, Banckwitz R, Hirschfelder U, Lell M. Comparative study of image quality and radiation dose of cone beam and low-dose multislice computed tomography - an in-vitro investigation. *Clin Oral Invest.* 2014; 18:301-311.
33. Hofmann E, Rodich M, Hirschfelder U. The topography of displaced canines: A 3D-CT study. *J Orofac Orthop.* 2011; 72:247-260.
34. Obregón R. Principios radiológicos para el diagnóstico de tumores óseos con radiología convencional. *Rev Med Cost Ric Cent.* 2007; 580:139-143.

Recibido: 04-01-2019

Aceptado: 24-06-2019