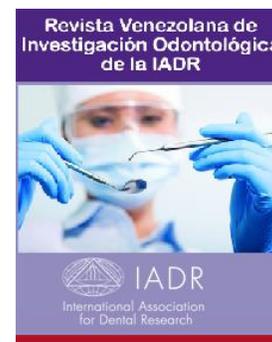




Depósito Legal: ppi201302ME4323
ISSN: 2343-595X

Revista Venezolana de Investigación Odontológica de la IADR

<http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/rvio>



CASO CLÍNICO

Presentación inusual de granuloma piogénico. Reporte de caso

Darío Sosa¹, Sol Cristina Del Valle²

1 Odontólogo, Residente del Postgrado de Cirugía Bucal, Facultad de Odontología, Universidad Central de Venezuela.

2 Odontólogo. Especialista en Cirugía Bucal, Profesora Asociada, Universidad Central de Venezuela.

RESUMEN

Historial del artículo

Recibo: 25-07-24

Aceptado: 01-09-24

Disponibile en línea:
01-09-24

Palabras clave:

granuloma piógeno; mucosa yugal; traumatismo; granuloma telangiectásico.

Introducción: El granuloma piógeno es una lesión vascular no neoplásica, pequeña, exofítica proliferativa asociada a traumatismos e irritantes locales. Tiene predilección por mujeres entre los 20 y 40 años de edad. Se observa de color rojizo, usualmente localizada en encía. Este informe tiene como objetivo describir un caso de presentación inusual.

Caso Clínico: Una paciente femenina de 27 años, se presenta con una lesión en mucosa yugal izquierda de presentación inusual asociada al resto radicular de 2do molar superior. **Conclusión:** El correcto diagnóstico tanto clínico como histopatológico es esencial para establecer el plan de tratamiento y seguimiento correcto de cada caso en particular.

Autor de correspondencia: Darío Sosa. E-mail: dario.sosa@gmail.com

An innusual presentation of pyogenic granuloma. A case report

ABSTRACT

Introduction: Pyogenic granuloma is a small, nonneoplastic, proliferative exophytic vascular lesion associated with trauma and local irritants. It has a predilection for women between 20 and 40 years of age. It is observed reddish, usually located in gum. **Case report:** a 27-year-old female patient case, with a lesion in the left cheek mucosa of unusual presentation associated with upper 2nd molar root rest. **Conclusion:** the correct clinical and histopathological diagnosis is essential to establish the correct treatment and follow-up plan for each particular case.

MeSH: *Pyogenic granuloma; cheek; traumatism; telangiectasic granuloma.*

Introducción

El granuloma piógeno es una lesión benigna no neoplásica que puede afectar piel y cavidad bucal.^{1,2} También es conocido en la literatura como granuloma telangiectásico, hemangioma lobular capilar, hemangioma eruptivo o tumor del embarazo³. El término “piógeno” es incorrectamente usado, ya que esta lesión no se caracteriza por la presencia de pus, ni está relacionado con entidades bacterianas productoras de pus. La aplicación de esta terminología se debe al infiltrado de neutrófilos y linfocitos presente en la lesión ¹.

Mayormente ocurre en pacientes de sexo femenino, entre la 2da y 4ta década de la vida. Constituye aproximadamente el 37% de las lesiones gingivales reactivas en pacientes en la 3era década de la vida⁴. La patogénesis de esta lesión no es muy clara; sin embargo, se asocia a traumatismo crónico de baja intensidad², también es comúnmente asociada a presencia de irritantes locales ¹ y a las hormonas sexuales femeninas, sobre todo durante la época de gestación ^{2,5,6}. Dentro de su patogenia también está reportado en la literatura que algunos fármacos como la ciclosporina, la terapia hormonal ³ y el uso de ramucirumab ⁷ pueden asociarse con la aparición de esta entidad.

Se presenta mayormente en cavidad bucal en zona de encía queratinizada, labios y lengua, pero puede aparecer en otras zonas de la misma^{1,2,4,8-10}. Se presenta como una lesión exofítica, sangrante, de base sésil o pediculada, superficie lisa o lobular. El color puede variar entre el rosado pálido, rojizo parduzco o morado. Puede ser de crecimiento rápido ⁷.

Es una lesión reactiva proliferativa, compuesta de tejido de granulación ampliamente vascularizado ⁸. Al microscopio puede observarse como una lesión circunscrita cubierta de epitelio plano estratificado no queratinizado. A nivel del corion se aprecia proliferación de vasos capilares con endotelio prominente y edema.¹ Gadea Rosa et al.⁴, Ribeiro et al.⁵ y

Sharma et al.⁶ establecen que, cuando los capilares se organizan en lóbulos de tejido granulomatoso y rodeado por bandas de colágeno, la lesión se denomina hemangioma lobular capilar. Caso contrario, cuando las formaciones vasculares se entrelazan sin ningún tipo de orden en el tejido, se denomina hemangioma capilar no lobular.

Su diagnóstico es clínico e histopatológico. Presenta como diagnósticos diferenciales: hemangioma, granuloma periférico de células gigantes, fibroma osificante periférico y fibroma traumático^{1,6}. Su tratamiento es la extirpación quirúrgica con curetaje subperióstico cuando se encuentra en encía. Para evitar recidivas, deben retirarse los factores etiológicos locales (biopelícula, restauraciones o filos desbordantes, entre otros)^{1,3,4,8}. Es por ello que el objetivo del presente manuscrito es describir un caso clínico de una paciente femenina con una lesión en mucosa yugal cuyo diagnóstico fue granuloma piógeno.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de trata de una paciente femenina de 27 años, de raza mestiza, natural y procedente de Caracas, Venezuela, sin antecedentes médicos personales ni familiares ni hábitos psicobiológicos contributivos, la cual acude, al servicio del Postgrado de Cirugía Bucal de la Facultad de Odontología, Universidad Central de Venezuela, cuyo motivo de consulta fue valoración y tratamiento de molar superior izquierdo. La paciente refiere inicio de enfermedad actual un año antes de la consulta, cursando con fractura por lesión de caries de molar superior izquierdo. Como sintomatología manifestó dolor agudo, espontáneo y localizado que exacerba con cambios de temperatura. Además, refiere que desde hace 5 meses aproximadamente ha notado una lesión en mucosa yugal izquierda que ha aumentado de volumen sin cambio de coloración ni sintomatología dolorosa. La paciente no refiere antecedentes familiares ni personales relevantes para el caso.

Al examen clínico intraoral, se observa caries y pérdida de estructura coronaria de pieza dentaria 27 (fig. 1). Además, en la mucosa yugal izquierda, tercio posterior, a la altura del borde dentario de pieza dentaria 27 se observa un tumor sésil. La mucosa que lo recubre está queratinizada por áreas y presenta una pérdida de sustancia central (ulceración) de aproximadamente 1,5 cm, de forma ovoide, superficie irregular no lisa de color blanquecina, consistencia firme y no sangrante (fig. 2). Se aprecia en la evaluación funcional que durante la masticación, la lesión se asocia a la pieza 27. Al examen imagenológico en una radiografía panorámica se observa imagen radiopaca compatible con porción radicular de la pieza 27 (fig. 3).



Figura 1: Fotografías intraorales de maxilar. Se observa pérdida de estructura coronaria de segundo molar superior izquierdo molar superior izquierdo.



Figura 2: Se observa aumento de volumen de color blanquecino y forma ovoide con base sésil asociada al resto radicular.



Figura 3. Radiografía panorámica. Se observa imagen radiopaca de bordes definidos compatible con porción radicular de la pieza dentaria 27.

Se determina como diagnóstico presuntivo: fibroma traumático. Como plan de tratamiento, se realiza exodoncia del resto radicular del órgano dentario 27 y biopsia excisional de la lesión (fig. 4) para envío al laboratorio histopatológico.



Figura 4. Biopsia excisional. Se observa la lesión blanquecina de forma ovoide, base sésil.

Se realizó un consentimiento informado verbal y escrito en el cual se explicó a la paciente los procedimientos requeridos para registrar, planificar y realizar el tratamiento, al igual que se obtuvo la autorización para la toma de fotografías intraorales concernientes para el caso y su publicación científica.

Al examen histopatológico, se observa una lesión reactiva de origen mesenquimático, caracterizada por lámina propia subepitelial, con abundante tejido de granulación conformado por vasos sanguíneos de neoformación e infiltrado inflamatorio crónico con fibras colágenas desordenadas. La lesión se encuentra revestida por epitelio plano estratificado hiperqueratinizado con acantosis e hiperplasia pseudoepiteliomatosa (figs. 5 y 6). Se obtiene como diagnóstico definitivo: granuloma piógeno en fase de fibrosis (granuloma telangectásico).

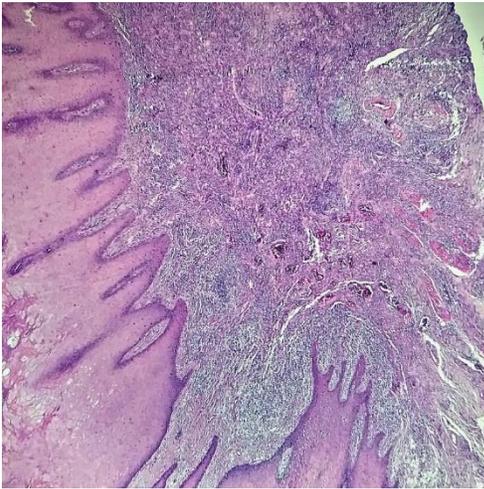


Figura. 5: Micrografía histopatológica (microscopía óptica de luz clara y teñida con H&E) con aumento 10X. Se observa revestimiento de epitelio plano estratificado hiperparaqueratinizado con acantosis e hiperplasia pseudoepiteliomatosa

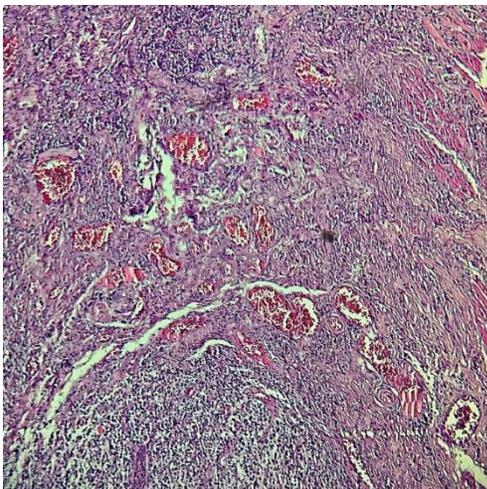


Figura 6. Micrografía histopatológica (microscopía óptica de luz clara y teñida con H&E) con aumento 40X. Revela presencia de lesión reactiva de origen mesenquimático caracterizada por la presencia, en la lámina propia subepitelial, de abundante tejido de granulación conformado por vasos sanguíneos de neoformación e infiltrado inflamatorio crónico septados haces de fibras colágenas desordenadas.

Se realizó consulta de control a los 8 días para retiro de sutura seda negra 000 y un segundo control a los 21 días. No se observan señales de recidiva de la lesión.

DISCUSIÓN

El granuloma piógeno es una lesión reactiva proliferativa cuya etiología se asocia mayormente a microtraumatismos de origen local ^{1,4,6}. En el presente caso, el origen de la lesión se asocia directamente al resto radicular del órgano dentario 27. Dentro de su epidemiología, autores como Sosa et al.¹, Martorelli et al.², Aldelaimi et al.³, Sharma et al.⁶, Gadea et al.⁴, entre otros, expresan que se da comúnmente en mujeres entre la 2da y 4ta década de la vida, similar a lo presentado en este caso.

Esta lesión, por lo general, aparece en encía queratinizada según varios autores ^{1,4,6}; sin embargo, puede aparecer en otras regiones de cavidad bucal, tal como en lengua ², paladar ⁹, labio ¹⁰, y mucosa bucal⁸. Esto coincide con lo presentado en este caso, donde la lesión se encontró en mucosa yugal del lado izquierdo.

El granuloma piógeno suele ser sangrante, de forma redondeada u ovoide, con una apariencia rosada-rojiza que varía en su tamaño desde unos pocos milímetros a 2 centímetros, aproximadamente, tal como lo establecen Sosa et al.¹, Martorelli et al.², Sharma et al. ⁶ y Kavitha et al.⁸, a diferencia de lo expuesto en este caso, donde la lesión no era sangrante, tenía un color blanquecino debido al trauma crónico, lo que obedece a la queratinización del tejido sin embargo, poseía una forma hemisférica con dos lóbulos separados por una pérdida de sustancia y su tamaño era de aproximadamente 1,5cms, que coincidía con la literatura consultada. Debido a esto, el diagnóstico clínico inicial fue de fibroma traumático, lo que coincide con Kavitha et al.⁸.

Una vez retirada la lesión y el estímulo, la lesión no recidiva, tal como lo expresado por Sosa et al.¹, Martorelli et al.², Gadea et al.⁴ y Sharma et al.⁶ En el presente caso, se retiró el resto radicular del segundo molar superior izquierdo como factor estimulante y posteriormente, se realizó la excéresis de la lesión para envío al laboratorio histopatológico.

Al microscopio, el granuloma piógeno se observan múltiples vasos sanguíneos, infiltrado inflamatorio y tejido granular^{1,2,5,11}, muy parecido a lo reflejado en el presente caso, donde además se presentaron fibras colágenas desordenadas. Esto lo diferencia de histopatológicamente de entidades como el hemangioma (proliferación de células endoteliales), fibroma osificante periférico (focos de calcificación), granuloma de células gigantes (estroma hiper celular), entre otros ⁸.

En conclusión, el granuloma piógeno es una lesión benigna no neoplásica relativamente frecuente en cavidad bucal, que aparece entre los 20 y 40 años de edad con predilección sobre

el sexo femenino. Su etiología se debe a traumatismos e irritantes locales. Su diagnóstico es clínico e histopatológico. En el presente caso, hubo discrepancias entre la apreciación clínica, dado que tanto su apariencia como su sitio de aparición no son muy frecuentes para la lesión. Es por ello que radica la importancia de la realización del examen histopatológico. Su tratamiento es quirúrgico, mayormente.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses

Fuentes de financiamiento

Autofinanciado.

Agradecimientos

Al Dr. José Zambrano, por el diagnóstico histopatológico y haber colaborado con los autores con las imágenes microscópicas de la lesión.

Referencias

1. Sosa L, Ramírez D, Palacios MF, Arteaga S, Dávila L. Granuloma Piógeno. Reporte de un caso. *Acta Odontol Venez* 2010;48:1-12.
2. Martorelli SB de F, Martorelli F de O, Nogueira BGC, Lopes MLC de S, Albuquerque MM da C, Duque AB dos SP. Granuloma piógeno en el dorso lingual: caso clínico. *Rev Ateneo Argent Odontol* [Internet] 2022;66:17-20. Disponible en: <https://www.ateneo-odontologia.org.ar/articulos/lxvi01/articulo02.pdf>
3. Aldelaimi AAK, Aldelaimi TN. Management of pyogenic granuloma (Clinicopathological Study). *Indian J Forensic Med Toxicol* 2021;15:222-8.
4. Gadea Rosa C, Cartagena Lay A, La Torre AC. Diagnóstico y tratamiento del granuloma piógeno oral. *Rev Odontológica Mex* 2017; 21:e244-52. Disponible en: www.medigraphic.org.mx
5. Ribeiro JL, Moraes RM, Carvalho BFC, Nascimento AO, Milhan NVM, Anbinder AL. Oral pyogenic granuloma: An 18-year retrospective clinicopathological and immunohistochemical study. *J Cutan Pathol* 2021;48:863–9.
6. Sharma S, Chandra S, Gupta S, Srivastava S. Heterogeneous conceptualization

- of etiopathogenesis: Oral pyogenic granuloma. *Natl J Maxillofac Surg* 2019;10:3–7.
7. Aragaki T, Tomomatsu N, Michi Y, Hosaka H, Fukai Y, Iijima M, et al. Ramucirumab-related oral pyogenic granuloma: A report of two cases. *Intern Med* 2021;60:2601–5.
 8. Kavitha M, Prathima GS, Vinothini V, Vigneshwari SK. Recurrent episodes of oral pyogenic granuloma at different site in an 8-year-old girl: An unusual presentation. *Int J Clin Pediatr Dent* 2021;14:730–3.
 9. Min HJ, Kim KS. Pyogenic Granuloma of the Hard Palate. *J Craniofac Surg* 2020; 31:e612–4.
 10. Banjar A, Abdrabuh A, Al-Habshi M, Parambil M, Bastos P, Abed H. Labial pyogenic granuloma related to trauma: A case report and mini-review. *Dent Traumatol* 2020; 36:446–51.
 11. Vicensoto Moreira Milhan N, Cavassini Torquato L, Costa V, Carvalho De Marco A, Rodarte Carvalho Y, Lia Anbinde A. A mixed form of intravascular papillary endothelial hyperplasia in an uncommon location: case and literature review. *Dermatol Online J* 2018;24(2).