

CASO CLÍNICO/CLINICAL CASE

Revista Científica de Ciencias de la Salud
Vol. 01 – N° 1 – 2019, pp. 80-87
Url: <http://revistas.upla.edu.pe>

ISSN: 2706-705X Impresa
ISSN 2706-7068 Digital
Facultad Ciencias de la Salud UPLA

GRANULOMA PIÓGENO DE UBICACIÓN INUSUAL**Pyogenic granuloma of unusual location**

F. Tomas¹, R.J. Zúñiga²
Universidad Peruana Los Andes

Entregado: 05-05-19

Aceptado: 13-05-09

Resumen

El granuloma piógeno es una lesión benigna de la piel y la mucosa oral que se manifiesta con mayor frecuencia relacionada con diversas etiologías como. Lesiones reactivas que surgen como respuesta a varios estímulos de irritación, traumatismos de la mucosa oral y cambios hormonales. Su manifestación clínica muestra una lesión hiperplásica de tamos variables, altamente vascularizados, de base pedunculada o sesil con crecimiento lento. No tiene una tendencia al sexo y edad suele aparecer con mayor predominancia en los labios, mucosa oral y en el reborde alveolar desdentado con escasos reportes de casos clínicos ubicados en la cara lingual del reborde alveolar de la mandíbula izquierda.

El artículo tiene el objetivo de mostrar un reporte de caso clínico con la finalidad de diagnosticar y describir la lesión granular hiperplásica en la región de la cara lingual del reborde alveolar desdentado del maxilar inferior izquierdo en un paciente de 55 años de edad sexo femenina. Se realizó la biopsia excisional y al diagnóstico histopatológica fue granuloma piógeno, el proceso de cicatrización se desarrolló dentro de su normalidad con el control estricto llegando a una cicatrización adecuado con ligera hipersensibilidad no presentando signos recidivantes al control de los 6 meses.

Palabra clave: Granuloma piógeno o piogenicum, hiperplasias reactivas.

1. Cirujano Dentista. Esp. Cirujano Bucal Maxilofacial. Docente Escuela Profesional de Odontología, Facultad de Ciencias de la Salud, UPLA. Email cirmaf@gmail.com ftomas@mail.edu.pe ID: <https://orcid.org/0000-0001-8089-5649>

2. Cirujano dentista. Docente Escuela Profesional de Odontología, Facultad de Ciencias de la Salud, UPLA. Email rubenzg2@hotmail.com ID: <http://0000-0003-4228-848X>

ABSTRACT

Pyogenic granuloma is a lesion benign of the skin and oral mucosa that manifests itself most frequently related to various etiologies such as. Reactive lesions that arise in response to various irritation stimuli, oral mucosal traumas and hormonal changes. Its clinical manifestation shows a hyperplastic lesion of variable types, highly vascularized, with a pedunculated or sessile base with slow growth. It does not have a tendency to sex and age usually appears with greater predominance in the lips, oral mucosa and in the toothless alveolar ridge with few reports of clinical cases located on the lingual aspect of the alveolar ridge of the left jaw.

The aim of the article is to present a clinical case report with the purpose of diagnosing and describing the hyperplastic granular lesion in the region of the lingual surface of the alveolar ridge of the left lower jaw in a 55 year old female patient. . the excisional biopsy was performed and the histopathological diagnosis was pyogenic granuloma, the healing process was developed within its normality with strict control reaching adequate healing with slight hypersensitivity, showing no signs of recurrence at 6 months of control.

Keyword. Pyogenic granuloma or pyogenicum, reactive hyperplasias

INTRODUCCION

La definición de granuloma piógeno surge de grandes discusiones que creyeron su origen de microorganismos de los estreptococos y estafilococos y hongos siendo los primeros estudios de esta patología según Ponce y Dor. en 1987 quienes los denominaron Botrino micosis hominis. El cual fueron descubriendo que la causa fue los microtraumatismos, injurias irritaciones locales sobre la mucosa y la piel, respuesta a ello se formaban tejidos de granulación exagerada. Se establece por primera vez la definición de granuloma piógeno en 1904 por hartzell, como una tumoración benigna de características invasivas presentándose a menudo con mayor frecuencia en las encías, labios y en la mucosa oral cuya causa principal son las reacciones a una irritación local crónica, traumatismos, microtraumatismos, desequilibrio hormonal y como respuesta a dosificaciones farmacológicas dando con resultado una lesión hiperplásica proliferativa de tejido conectivo súper vascularizado (1-4)

A inicio de su definición, se creía que la lesión era causada por un microorganismo o piocitos. En la actualidad, se descarta que no guarda relación este tipo de infección ya que no contiene secreción purulenta y no es un estricto rigor granuloma demostró Jafarzadeh, 2006. Según los resultados, histológicamente se asemeja a una lesión angiomatosa en lugar a un tejido granulomatosa demostró Gomes, et.al, 2013.

El granuloma piógeno es considerado como una lesión benigna reactiva como respuesta a varios estímulos de irritaciones repetitivas locales, microtraumatismos, traumatismos (en las extracciones traumáticas del diente), desordenes hormonales (adolescentes y gestantes) y algunos medicamentos en tratamiento de los pacientes. Las lesiones del granuloma piógeno se presentan aproximadamente un tercio después de las lesiones traumáticas. Es por ello que se asocia en un porcentaje mínimo a este factor a las lesiones de tipo extra gingivales demostró Jafarzadeh, 2006. Al existir un trauma o micro trauma, con irritación continua de los tejidos reaccionan formando un tejido de proliferación e invasión de microorganismos no específicos, algunas veces demostraron presencia de los microorganismos oportunistas dentro de la lesión según Kamal, 2012. La patogénesis del granuloma piógeno es todavía discutible.

Uno de los causales también puede ser la higiene deficiente por la acumulación de restos alimenticios formando su biofilm y llegando a calcificarse infra gingivalmente, así mismo, el óxido nítrico sintetiza para el factor de crecimiento endotelial y vascular el factor de crecimiento fibroblástico y el factor de crecimiento del tejido conectivo son los que más son conocidos por estar dentro del angiogénesis para el crecimiento rápido del granuloma piógeno. Consecuentemente la medicación como la ciclosporina tiene un rol inductor a la aparición de esta lesión benigna, así mismo está adscrito a la práctica estomatológica iatrogénica como fuente de estimulación de la lesión reactiva.

La lesión varía su tamaño de un milímetro a centímetros mayores presentando dolor por presentarse especialmente en un área donde se altera el tejido constantemente. El granuloma piógeno de la mucosa de la cavidad bucal es más conocido por ubicarse desarrollarse en las encías dentadas, su variedad extra gingivales puede desarrollarse en los labios, la lengua, mucosa del paladar, mucosa de la boca en la región faríngea según Kamal, 2012.

Esto se asocia principalmente mujeres jóvenes, segunda década de vida, debido a un defecto vascular inducidos por el cambio hormonal. Presentándose el 1% de las personas embarazadas según Adusumilli, 2014.

Para llegar a un diagnóstico de granuloma piógeno debemos realizar una buena historia clínica, exámenes de laboratorio, exámenes imagenológicas para los diagnósticos presuntivos diferenciales y planificando una biopsia para su análisis de cortes histológicos de la muestra de la biopsia. El tratamiento adecuado y recomendado es la escisión quirúrgica conservadora la tasa de recurrencia puede darse de 0 -16%. en este trabajo casuístico se presenta un reporte de caso de granuloma piógeno fibrozado de 55 años de edad de sexo femenina, su localización es poco inusual mostrándose en la cara lingual del reborde alveolar desdentado en el maxilar inferior izquierdo. La histopatología y la discusión son de muy vitales, al hacer el examen clínico la lesión presenta una tumoración móvil pediculado ulcerativo violáceo más compatible con una lesión fibrosa vascularizada. Con los estudios histológicos muestrearon el diagnóstico definitivo granuloma piógeno inusual.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 45 años de edad acude a la consulta al servicio de Cirugía Bucal y maxilofacial del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgica "Daniel A. Carrión" Huancayo Perú. El 01 de diciembre del año 2018, con el motivo de consulta dolor y tumoración en la boca, tiempo de enfermedad 3 años aproximadamente, inicio insidioso, curso progresivo, signos síntomas: dolor y tumoración en la boca.

Paciente acude a la consulta por aumento de volumen en la zona desdentada del maxilar inferior izquierdo, desde hace 3 años de evolución fue creciendo lentamente sin sintomatología al inicio. Hace 7 meses se notó el crecimiento progresivo con dolor intenso a la masticación de los alimentos, al contacto de la lengua, sensación de cuerpo extraño en la garganta, dificultando la deglución de los alimentos. Se automedicó desconociendo el tipo de fármaco. Al persistir el dolor con mayor intensidad acudió al Centro de Salud, al ser evaluado fue referido a la Especialidad de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgica "Daniel A. Carrión". Su función biológica es a voluntad, no refiere antecedentes personales, patológicos, familiares.

Al realizar el examen clínico regional extra oral. Se evidencia ligero aumento de volumen difuso, sin cambios de color, a la palpación presenta sensibilidad dolorosa sin alza térmica localizado en la hemicara izquierda acompañado con adenopatía sub mandibular izquierdo (fig.1)

Al realizar el examen físico intra oral. Se observa apertura de la boca adecuada, mucosa oral húmedas, una lesión tumoral ovalada, hiperplásico ulcerado, ubicado en la cara lingual de la mucosa del reborde alveolar desdentado del maxilar inferior izquierdo, de aproximado 30mmx20mmx20mm. A la palpación la lesión es sensible al dolor de crecimiento exofítico, base pediculado de consistencia firme, de color rojizo en relación con la mucosa oral adyacente recubierta por una membrana delgada de la mucosa oral acompañado de ligero sangrado, móvil de tipo nodular definido. (Fig. 2)



Figura 1. Imagen extra oral

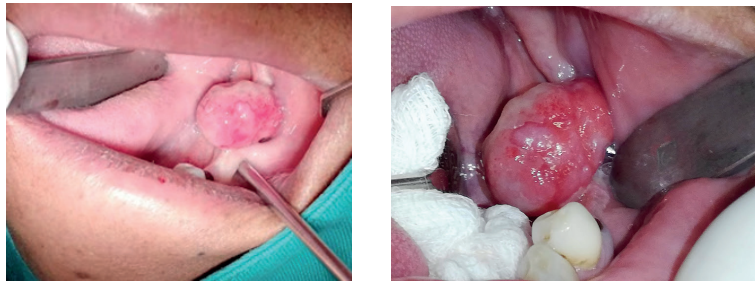


Figura 2. Imagen intra oral de la lesión tumoral en mucosa de la cara lingual del reborde alveolar desdentado de la mandíbula izquierda

Se solicitó los exámenes complementarios para su diagnóstico, prevención y su plan tratamiento correspondiente como: tomografía CONE BEAN y Exámenes de Laboratorio clínico y su riesgo quirúrgico.

Al ser evaluado la tomográfica CONE BEAN se aprecia una reacción osteolítica en el reborde alveolar, de volumen hiperdenso bien delimitado, localizado en la cara lingual del reborde alveolar desdentado del maxilar inferior izquierdo, no extendiéndose a planos profundos ni comprometiendo otras estructuras nobles de área de la lesión (Fig.3).

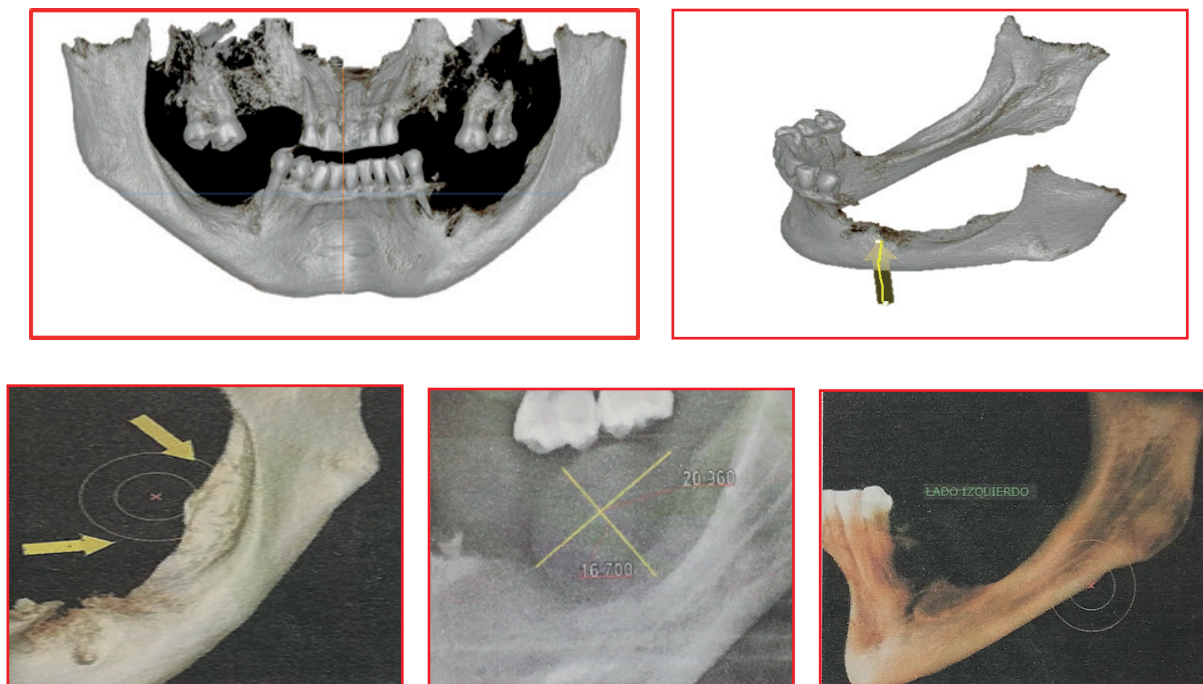


Figura 3. Tomografía CONE BEAN con corte, coronal, axial, sagital y reconstrucción 3D Observándose una lesión hiperdensa en el reborde alveolar desdentado del maxilar inferior izquierdo

En los estudios pre operatorios de laboratorio clínico (hemograma completo, perfil de coagulación, creatinina, glucosa, proteína, examen de orina completa, grupo Rh, serologías). los resultados estuvieron en los valores normales, re realizó una interconsulta a cardiología, anestesiología para su evaluación de los riesgos cardiológicos y anestesiológicos, para continuar con el procedimiento quirúrgico.

Llegando al diagnóstico presuntivos como: granuloma piógeno, fibroma traumático, fibroma osificante periférico pasamos a realizar la escisión quirúrgica.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO.

Primera fase, preparación psicológica, la premedicación, previa a su programación a sala de operaciones.

Segunda fase, la intervención quirúrgica en sala de operaciones bajo anestesia general, con asistencia de ayudantes, internos y alumnos de la escuela odontológica de la Universidad Peruana los Andes, se realizó la intervención quirúrgica con la exéresis total de la lesión, más el curetaje prolijo. Obteniéndose así la muestra para su estudio histopatológico en Medicina y Patología Oral.(Dra. Sonia Sacsquispe Contreras Patóloga oral) (Fig. 4), con todo los principios quirúrgicos correspondientes, con control de hemostasia, sutura por planos, pasa a recuperación sin complicaciones.

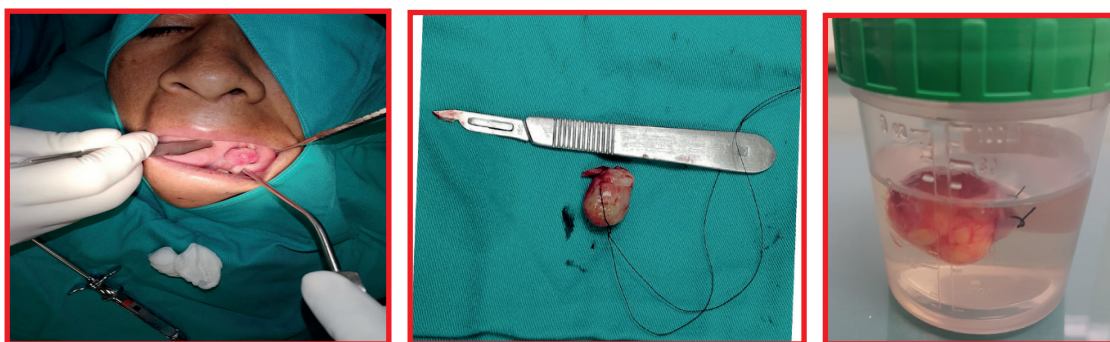


Figura 4. Exéresis total de la lesión tumoral bajo anestesia general

EXAMEN ANÁTOMO PATOLÓGICO.

La muestra se envió para su estudio Anátomo patológico, el estudio muestra proliferación de pequeños vasos capilares muchos de ellos dilatados y congestionados, así como infiltrado inflamatorio focal perivascular y difusos principalmente en la superficie, distribuidos en tejido conectivo fibroso. El epitelio de recubrimiento presenta extensas áreas de atrofia y ulceración superficial Diagnóstico definitivo granuloma piógeno. No presentando signos de malignización. (Fig.5)

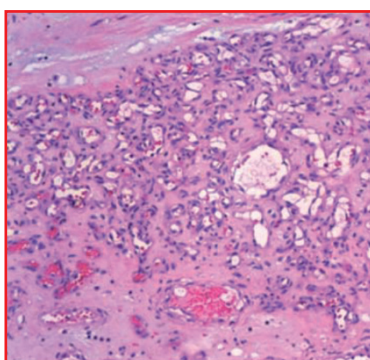


Figura 5. El estudio histopatológico en la que se muestran las características del granuloma piógeno.

El control post quirúrgico al mes y del tercer mes, no se evidenciaron signo de recidiva, la zona de la intervención quirúrgica se notó de color similar a la mucosa adyacente de la mucosa oral (fig. 6) asintomáticos sin molestias algunas, observándose una mejoría de la superficie lingual y alveolar mejorando la calidad de vida del paciente.



Al mes

A los 3 mes

Figura 6. Fotografía de control post operatorio al mes y a los 3 meses

DISCUSIÓN

Conociendo el caso, el granuloma piógeno es una lesión benigna común como resultado de una reacción inflamatoria a factores secundarios y causas múltiples como agentes irritantes, traumatizantes, localizados en las zonas dentarias, rebordes alveolares y en las mucosas orales; seguidos por las alteraciones hormonales. Los autores Yuan y Cols analizaron la expresión de factores morfogenéticos, vasculares como tie -2, Ange-2, ephrinB2 y EphB4 que participan con un nuevo regulador del angiogénesis en el granuloma piógeno y los compara con la expresión con los mismos factores angiogénicos en la encía sana. Demostrando una concentración elevada de estos factores en la lesión del granuloma piógeno señalando los 5 polipéptidos desempeñan un papel preponderante en la alteración del balance angiogénico y anti angiogénico, propiciando el desarrollo de una considerable neovascularización en la lesión benigna.^{1.9.}

En la revisión de la lectura el granuloma piógeno en una lesión reactiva que con muy poca frecuencia se manifiesta en la superficie de la lengua, rebordes maxilares desdentados de una persona de cuarta década tomando un aspecto granulomatoso vascularizado con crecimiento exofítico que muestra y muchas veces nos conlleva a pensar en lesiones de tipo malignas. Las lesiones de granuloma gigantes, por lo general, se han manifestado en pacientes mayores de 55 años, con resultados histológicamente, este tipo de lesión se compone de una alta proliferación de zonas de angiogénesis y la mayoría de las células comprometidas componen tejido de granulación abundante. Dependiendo de las zonas de ubicación la lesión de estas células pueden llegar a una esclerosis pudiendo perder parte de su vascularización.

Según Nakamura, existe una proteína llamado BAX involucrando en la apoptosis a nivel celular y a la vez en el crecimiento de tejido de granulación en los componentes el granuloma piógeno ello explica el comportamiento biológico, la resistencia y la recidiva cuando estas lesiones no son removidas adecuadamente por completo. Muchos autores señalan que el término piógeno está mal empleado en relación a la patología de la lesión sabiendo que por definición tiene mucha relación con la presencia de piocitos (pus) ^{2.8-10.11}

CONCLUSIÓN

El granuloma piógeno se presentó en un lugar poco habitual, asociada con dolor y las características clínicas de una lesión fibrosa, con los estudios anatomopatológicos se llegó a un diagnóstico definitivo, dándonos una cierta seguridad y una importancia de este tipo de examen para realizar un tratamiento quirúrgico certera de la lesión.

Al granuloma piógeno no se le puede considerar como una neoplasia maligna ya que no tiende a infiltrarse y a malignizarse, sin embargo, puede llegar a recaer por una mala acción quirúrgica. Hay una predisposición de aparecer en cualquier parte del cuerpo, teniendo la mayor predisposición de localizarse en la cavidad oral. Los situados más usuales son: en las encías, en la mucosa oral, en las mucosas del labio inferior. Las manifestaciones poco frecuentes o inusual son las regiones orofaríngeas, dorso de la lengua y mucosa del reborde alveolar desdentado, como el caso que reportamos. Es de ubicación inusual de gran interés, por su ubicación y su característica clínica puede simular otras lesiones patológicas de etiología agresiva o incluso maligna, por el cual su identificación clínica y su diagnóstico definitivo son de suma importancia para determinar el tipo de tratamiento apropiado.

Es de suma importancia, difundir a toda la comunidad empeñada a la estomatología quirúrgica y estudiantes, para que las lesiones puedan ser reconocidas clínicamente y diferenciarlos. La biopsia determinará con los estudios histopatológicos, confirmando con objetividad el diagnóstico final, respaldando al examen clínico primario, al diagnóstico inicial. Ello nos permitirá planificar el tratamiento correcto o su derivación a otros profesionales especialistas para el manejo adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Limmonthol S, Sayungkul C, Klanrit P. Oral pyogenic granuloma presenting as an atypically large soft tissue mass: a case report. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine, and Patology*. 2014; 26: 258-261
2. Adusumilli, S., Yalamanchili, P. S., & Manthena, S. Pyogenic granuloma near the midline of the oral cavity: A series of case reports. *Journal of Indian Society of Periodontology*, (2014). 18(2), 236–239.
3. Piñas L., Pérez M. Oral pyogenic granuloma: Treatment *Científica dental: Revista científica de formación continuada*, ISSN-e 1697-641X, ISSN 1697-6398, Vol. 9, N°. 1, 2012, págs.33-40
4. Vilas M. G., Montero L., Porquer M. Granuloma piógeno ISSN 1138- 3593 N 6. 2012 PAG. 447
5. Ruiz J.L., Cárdenas, Torres Z. Granuloma Piógeno Oral *Revista Experiencia en Medicina del Hospital Regional Lambayeque: REM*, ISSN-e 2412-4214, ISSN 2519-0369, Vol. 4, N°. 1, 2018 (Ejemplar dedicado a: Revista Experiencia en Medicina Hospital Regional Lambayeque), págs. 24-27
6. Anitua E., Piñas L., Pyogenic granuloma in relation to dental implants: clinical and histopathological findings *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, ISSN-e 1989-5488, Vol. 7, N°. 4 (octubre), 2015, págs. 447-450
7. Zambrano L, Gómez González C, Rojo López M, Alonso Pacheco M. Granuloma aséptico facial idiopático. *Rev Clin Med Fam*. 2014; 7(3):238-40.
8. Vega C, Palazzolo Y, Sánchez M, Martín V, Ialea E. Granuloma Piógeno: presentación de caso clínico. *Facultad de Odontología UNCuyo*. 2017;11(1):7-9.
9. Tovia ME, Urbano VS, Díaz CA Granuloma telangiectásico bucal *Rev cubana Estomatol* 2018; 55 (1)
10. 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.
11. Asha V, Dhanya M, Patil BA, Revanna G. An unusual presentation of pyogenic granuloma of the lower lip. *Contemp Clin Dent*. 2014.