

Reporte de caso de granuloma piógeno relacionado a tercera molar inferior *Case report of pyogenic granuloma related to the third lower molar*

*Pablo Mejía, **Sthephanie Velasquez, ***Anthony Castro Tovar, *** Dennis O. Cardona

RESUMEN: El granuloma piógeno es un tumor que tradicionalmente se ha considerado de naturaleza no neoplásica. Es una lesión reactiva a varios estímulos de bajo grado, como ser traumas, fármacos, mala higiene oral, desbalances hormonales, que con el tiempo su estructura se ve modificada, es más común en la cavidad oral. Principalmente se asocia a mujeres sin importar el grupo de edad, debido a un efecto vascular mediado por cambios hormonales. Este reporte de caso tiene como objetivo describir la inusual localización de este tipo de lesión y su tratamiento. Se presenta el caso clínico de una paciente femenina de 17 años de edad quien presenta una lesión nodular de tipo exofítica de consistencia firme y sangrante a la palpación, con un tiempo de evolución de un año, de curso progresivo a nivel de la segunda molar inferior derecha. El diagnóstico definitivo se obtuvo mediante el estudio anatomopatológico dando como resultado una lesión reactiva como ser el granuloma piógeno. Se indicaron exámenes imagenológicos como ser radiografía periapical, radiografía panorámica y hematológicos para su respectivo abordaje quirúrgico que consistió en realizar una biopsia de tipo excisional; al control postquirúrgico se observó una adecuada cicatrización y sin signos de recidiva a los 6 meses de control. Debido a su extraña ubicación se decide documentar y compartir este caso clínico, en el cual se optó por el tratamiento convencional quirúrgico obteniendo una adecuada resolución.

PALABRAS CLAVE: Biopsia, granuloma, hiperplasia gingival, inflamación, tercer molar.

ABSTRACT: The pyogenic granuloma is a tumor that has traditionally been considered of non-neoplastic nature. It is a reactive lesion to various low-grade stimuli, such as trauma, pharmaceutical drugs, poor oral hygiene, hormonal unbalances, that over time modifies its structure, more commonly in the oral cavity. It is mainly associated with women regardless of age group, due to a vascular effect mediated by hormonal changes. The objective for which this case report is to describe the unusual location of this type of injury and its respective treatment. The clinical case of a 17-year-old female patient is exposed, which presents an exophytic type nodular lesion of firm consistency and bleeding on palpation with a progressive course of one year in the 4.7 area. The definitive diagnosis was obtained through the anatomicopathological study, resulting in a reactive lesion such as pyogenic granuloma. Imaging examinations such as periapical radiography, panoramic radiography, as well as hematology exams were indicated for their respective surgical approach, which consisted of performing an excisional-type biopsy; At post-surgical control, adequate healing was observed, and no signs

*Especialista en cirugía oral y maxilofacial, Universidad Heredia; pablopaz16@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-0725-8632>

**Especialista en cirugía oral y maxilofacial, Universidad Medellín; smvelasquez1991@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-5768-2538>

***Odontólogo general, Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula;

ajtovar_3347@hotmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-4249-0760> denniscardona93@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-5516-9669>

Dirigir correspondencia a: pablopaz16@gmail.com / Recibido: 10 de junio del 2021 Aprobado: 15 de noviembre del 2021

of recurrence were observed after 6 months of control. Due to its strange location, it was decided to document and share this clinical case, in which conventional surgical treatment was chosen, obtaining an adequate resolution.

KEYWORDS: Biopsy, granuloma, gingival hyperplasia, inflammation, third molars.

INTRODUCCIÓN: El granuloma piógeno es un crecimiento tumoral no neoplásico en los tejidos de la boca o piel. Es el tipo de hiperplasia más común en la boca; su histología revela proliferación de tejido granular con un infiltrado inflamatorio y gran capacidad angiogénica; por estas razones, se presentan neoformaciones vasculares de diferentes diámetros, estas formaciones exhiben un inicio y terminación abruptos dentro del tejido.⁽¹⁾ Afecta todas las edades, pero más comúnmente en jóvenes.⁽²⁾ Los casos ocurren más frecuentemente en mujeres. El grupo de Lesiones Hiperplásicas Reactivas está compuesto por hiperplasia fibrosa inflamatoria (HFI), granuloma piógeno oral (GPO), fibroma de células gigantes (FCG), fibroma osificante periférico (FOP) y lesiones periféricas de células gigantes (LPCG). Todos ellos comparten una semejanza en apariencia clínica similar a la mucosa oral y representan las lesiones orales más comunes, excluyendo la caries, la enfermedad periodontal y las lesiones inflamatorias periapicales.⁽³⁾

Para el granuloma piógeno, las ubicaciones comunes incluyen los labios y la mucosa gingival. Algunos estudios citan la lengua como el sitio más común, seguido de las encías, la mucosa nasal, la conjuntiva, el cuello uterino y la vagina. Otros autores sugieren que la encía es el sitio más común para el granuloma piógeno. En el embarazo, la lesión ocurre con mayor frecuencia en la mucosa bucal y las encías.⁽⁴⁾

El granuloma piógeno tiene una incidencia más femenina que masculina con una proporción de 3:2. El sitio más común es la encía queratinizada en aproximadamente el 75% de los casos, seguido, respectivamente, por la lengua, los labios y la mucosa bucal. Ocurre más comúnmente en el maxilar que en la mandíbula y en la región anterior que en la posterior.

La presencia de enfermedad periodontal y cálculo dental se sospecha con frecuencia como factores causales iniciales. En los últimos años, el granuloma piógeno (GP) y el granuloma periférico de células gigantes han sido considerados las lesiones reactivas más frecuentes asociadas a los implantes. En el protocolo de manejo se recomienda la eliminación de los factores desencadenantes y la extirpación quirúrgica.⁽⁵⁾

En un estudio realizado por el departamento de Patología Oral y Maxilofacial de Navodaya Dental College, India, el granuloma piógeno reportó una prevalencia del 27% de todas las lesiones reactivas de la encía con un promedio de edad de 33.3 años. Mayor prevalencia en el sexo femenino, con predominación en la encía.⁽⁶⁾ La predilección femenina se debe al hecho de los efectos vasculares causados principalmente por las hormonas femeninas.⁽⁷⁾

Usualmente, la encía es la región más afectada por estar expuesta a la irritación del biofilm, calculo, impactación de comida, restauraciones o prótesis mal adaptadas, y factores iatrogénicos.⁽³⁾ Basándonos en las características histológicas, hay dos tipos de granuloma piógeno. a) el primer tipo se encuentran vasos capilares proliferativos que están organizados en agregados lobulares, aunque superficialmente la lesión no atraviesa ningún cambio específico, incluyendo edema, dilatación capilar o reacción inflamatoria granular del tejido, este tipo histopatológico de granuloma piógeno fue llamado hemangioma lobular capilar, mientras que b) el segundo tipo consiste de proliferación altamente vascularizada que asemeja tejido granulomatoso, este fue llamado no hemangioma lobular capilar.⁽⁸⁾

El abordaje quirúrgico consiste en la biopsia excisional, extirpando el tejido, realizando un curetaje, removiendo factores irritantes y luego enviándolo al laboratorio de patología. En la mayoría de los casos se ha reportado una tasa de recurrencia del 3 al 15 por ciento.⁽²⁾

CASO CLÍNICO: Se presenta caso de una paciente femenina de 17 años sin antecedentes sistémicos y alérgicos aparentes, acude a la clínica estomatológica en la Universidad Peruana Cayetano Heredia, quien presenta una recidiva de una lesión nodular posterior a tratamiento ortodóntico.

La paciente refiere que aproximadamente un año después de haber culminado su tratamiento de ortodoncia siente un pequeño nódulo a nivel de la encía lingual de la pieza 4.7 y refiere haberse auto retirado la lesión y posteriormente nota la reaparición del nódulo.

Al realizar el examen intraoral, (ver imagen No. 1, flechas color azul), se observa un nódulo de 1 cm de diámetro, base pediculada que nace a nivel de la pieza 4.8, de bordes irregulares, consistencia firme, color eritematoso con presencia de material blanquecino que se desprende y sangra a la palpación.

Imagen No. 1: Vista oclusal de la lesión

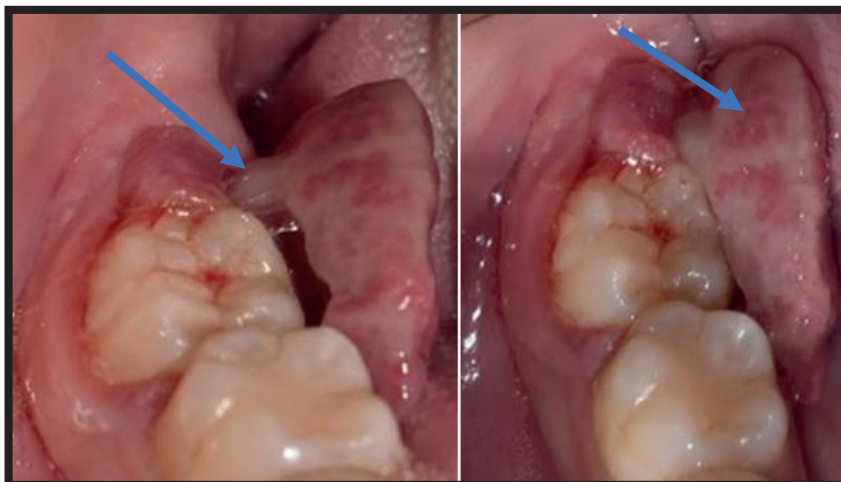


Imagen No 1. Vista oclusal de la lesión.
Fuente: Autor Pablo Mejía.

Se solicitó radiografías periapicales de las piezas 4.7 y 4.8, posteriormente se solicitó una radiografía panorámica.

Imagen No. 2

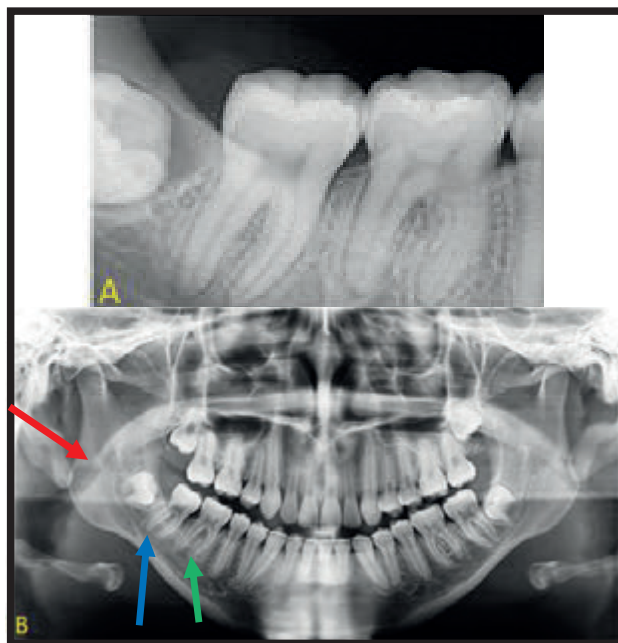


Imagen No. 2A Radiografía periapical, 2B. Panorámica.
Fuente: Laboratorio radiológico de la clínica Cayetano Heredia.

Evaluación Radiográfica:

Diente 4.7 (flecha color azul):

Ensanchamiento del espacio para ligamento periodontal peri radicular. Engrosamiento de la lámina dura peri radicular. Raíces proyectadas en cortical superior del conducto dentario inferior. Reabsorción ósea alveolar leve.

Diente 4.8 (flecha color rojo):

Perdida parcial de la cortical superior.

A la evaluación de la radiografía panorámica se observa (Imagen 2B):

Diente 4.6 (flecha color verde): Engrosamiento de la lámina dura, y ensanchamiento del espacio para ligamento periodontal peri radicular.

Diente 4.7 (flecha color azul): Ensanchamiento del espacio para ligamento peri radicular de ambas raíces. Engrosamiento de lámina dura peri radicular. Defecto óseo mesial. Reabsorción de la cresta ósea mesial. Aumento de la densidad de tejidos blandos proyectada en el borde anterior de la rama ascendente mandibular hasta la superficie oclusal de diente 4.7.

Diente 4.8 en evolución intraósea, en posición horizontal, estadio Nolla 6. Ápices radiculares en formación proyectadas en conducto dentario inferior.

Diagnósticos Diferenciales:

Tomando en cuenta los antecedentes y características clínicas de la lesión se generan los siguientes diagnósticos diferenciales de acuerdo al siguiente orden: fibroma osificante periférico, granuloma piógeno, granuloma periférico de células gigantes, hemangioma.

Obteniendo como resultado final del estudio histopatológico **Granuloma Piógeno**.

Examen anatomopatológico

Las secciones estudiadas muestran proliferación de vasos capilares pequeños y mediano calibre y algunos de mayor calibre en su base, con denso infiltrado inflamatorio linfoplasmo-citario, distribuidos en un estroma de tejido conectivo fibroso; el epitelio de la superficie presenta áreas de hiperplasia y otras de ulceración superficial cubiertas por fibrina. (Ver imagen No. 3).

Imagen No. 3

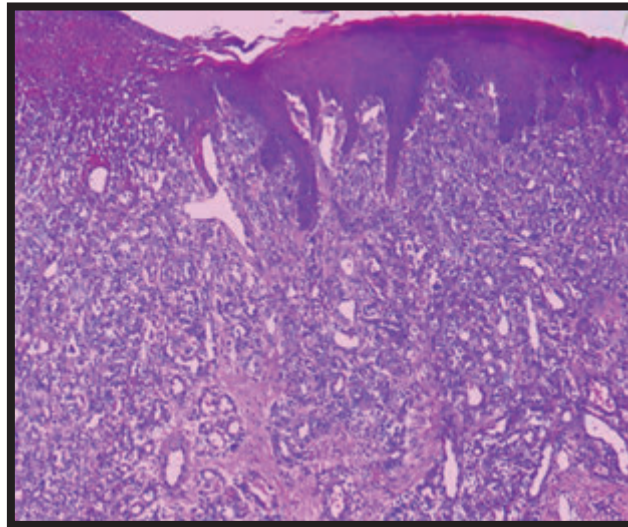


Imagen No. 3. Filmina de estudio histopatológico.
Fuente: Laboratorio de la clínica estomatológica Cayetano Heredia.

Tratamiento

En este caso se le realizó exodoncia de la pieza 4.8, escisión quirúrgica de la lesión bajo anestesia local con vasoconstrictor, se tomo la muestra para el examen histopatológico almacenándolo en formol al 10%, se procedió con un curetaje culminando con la colocación sutura punto simple y profilaxis dental para eliminar los factores que ocasionaron la recidiva. Se realizaron controles postoperatorios para retirar los puntos de sutura donde se encontró una adecuada evolución sin presencia de recidiva alguna.

DISCUSIÓN: Como se mencionó anteriormente, el granuloma piógeno es el resultado de una reacción inflamatoria secundaria a factores traumáticos, irritantes y/o por alteraciones hormonales. El granuloma piógeno constituye el 37% de las lesiones gingivales reactivas en pacientes de alrededor de 30.4($\pm$ 14.9) años de edad. Con aparición prevalente en la encía en el 75% de los casos. De manera menos común, aparece en labios, lengua, mucosa bucal y paladar.⁽¹⁾

En el caso de la paciente presentada se reafirma el hecho de que la prevalencia es mayor en el sexo femenino, donde podemos vincular nuestro caso con los factores hormonales relacionados al sexo y la edad. Sin embargo, a diferencia de la mayoría de los artículos

encontrados dentro de la literatura en este caso se observa una ubicación poco frecuente que llama la atención, la cual puede ser explicada por una infección crónica como la pericoronaritis en un tercer molar parcialmente erupcionada.

Los factores traumáticos o irritantes, pueden ser el cálculo dental, mala higiene oral, alguna infección inespecífica y restauraciones sobre contorneadas. Debido a esta irritación, el tejido conectivo fibrovascular subyacente se convierte en hiperplásico y hay proliferación de tejido de granulación, lo que conduce a la formación de un granuloma piógeno.⁽¹⁾ Las drogas son una causa bien conocida de desarrollo de granuloma piógeno, están relacionada en su mayoría con el uso de retinoides, agentes antirretrovirales, inhibidores del receptor del factor de crecimiento epidérmico y drogas antitumorales.⁽⁹⁾

Cabe mencionar que otra situación en la que las hormonas juegan un papel importante en la formación del granuloma piógeno es durante el embarazo, de manera que en muchas ocasiones se usa el término “Tumor del Embarazo” o “Granuloma Gravídico”.⁽²⁾ Estas lesiones se empiezan a desarrollar en el primer trimestre del embarazo y su prevalencia aumenta en el séptimo mes del embarazo. Cuya causa es el aumento de los niveles de estrógeno y progesterona. El efecto del estrógeno en el tejido periodontal incluye proliferación de fibroblastos gingivales, inflamación gingival aumentada y reducción de la queratinización en presencia de mínima acumulación de placa, mientras que la progesterona incrementa la dilatación vascular, por ende, aumentando la permeabilidad del tejido periodontal conduciendo a una mayor proliferación de células endoteliales.⁽⁶⁾

Es importante tomar en cuenta que existen varias entidades que pueden compartir características clínicas con dicha patología, como ser: El fibroma traumático, granuloma periférico de células gigantes, y fibroma odontogénico periférico. Por lo cual es relevante descartar diagnósticos diferenciales y poder realizar un adecuado abordaje quirúrgico.

El tratamiento de este tipo de lesiones es la extirpación completa y la eliminación de factores irritantes locales, en caso de estar presentes, para evitar recurrencias.⁽¹⁰⁾ La más común es la extirpación de tejido utilizando un bisturí u otro instrumento cortante. En el caso de las lesiones gingivales, la escisión debe extenderse hasta el periostio y los dientes adyacentes deben curetarse completamente para eliminar la fuente de irritación continua.⁽²⁾ Otro tratamiento alternativo puede ser la cirugía con láser de diodo ya que el tiempo de la cirugía es minimizado grandemente, no requiere afrontamiento con suturas y el láser de diodo permite una combinación óptima de corte limpio de tejido y hemostasia.⁽¹¹⁾

Se ha demostrado que la escleroterapia con sulfato de tetradecilo de sodio al 3%, que es un tratamiento no quirúrgico, es eficaz como enfoque conservador en el tratamiento del granuloma piógeno oral, es un procedimiento simple y no invasivo con un mejor perfil de seguridad, repetibilidad y bajo costo de tratamiento incluso cuando se necesitan múltiples sesiones con una baja tasa de recurrencia.⁽¹²⁾

El tratamiento efectuado como ser la excisión quirúrgica y el retiro de los factores irritantes los cuales han demostrado en múltiples estudios una adecuada resolución, así como podemos observarlos también en este caso presentado.

Conclusiones El tumor no-neoplásico que representa un tipo de hiperplasia inflamatoria más frecuente en cavidad oral. El sexo femenino tiene mayor prevalencia en esta enfermedad, principalmente en etapas de cambios hormonales, como ser adolescencia, menopausia, y embarazo.

Se ha considerado que la aparición en la región de terceras molares es inusual. Es una lesión con alta tasa de recidiva.

Recomendaciones La importancia de la anamnesis y características clínicas en dicha patología es fundamental para un adecuado diagnóstico y tratamiento.

La eliminación de los factores irritantes posterior a la excéresis de la lesión. El control de la fase higiénica es clave para evitar casos de recidivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gadea Rosa C, Cartagena Lay A, Caceres La Torre A. Oral pyogenic granuloma diagnosis and treatment: a series of cases. Rev Odontol Mex [Internet]. 2017 [citado 3 marzo 2021]; 21(4): e244–52. Disponible en: <https://n9.cl/9rnkx>.
2. Neville BWD, Damm D, Allen C, Chi AC. Oral and maxillofacial pathology. 4th ed. Missouri: Elsevier;; 2016.
3. Dutra KL, Longo L, Grando LJ, Rivero ERC. Incidence of reactive hyperplastic lesions in the oral cavity: a 10 year retrospective study in Santa Catarina, Brazil. Braz J Otorhinolaryngol [Internet]. 2019 [citado 3 marzo 2021]; 85(4):399–407. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29705120/>.
4. Sarwal P, Lapumnuaypol K. Pyogenic granuloma [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. [citado 10 Marzo 2022]: Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32310537/>.
5. Tenore G, Mohsen A, Pompa G, Brauner E, Cassoi A, Valentini V, et al. Gingival reactive lesions in orally rehabilitated patients by free revascularized flap. Case Rep Dent [Internet]. 2018 [citado 10 marzo 2022]; 2018. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30159175/>.

6. Hunasgi S, Koneru A, Vanishree M, Manvikar V. Assessment of reactive gingival lesions of oral cavity: a histopathological study. J Oral Maxillofac Pathol [Internet]. 2017 [citado 3 marzo 2021];21(1):180. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28479713/>.
7. Ramos LS, Vieira R, Duarte B, Paulus M, Bellan MC. Doença periodontal como fator determinante para a recidiva do granuloma piogênico. Rev Odontol Araçatuba [Internet]. 2020 [citado 19 febrero 2021]; 41(2): 58–63.
Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/biblio-1102706>.
8. Jafarzadeh H, Sanatkhan M, Mohtasham N. Oral pyogenic granuloma: a review. J Oral Sci [Internet]. 2006 [citado 27 marzo 2021]; 48(4): 167-75.
Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17220613/>.
9. Gutiérrez Patiño-Paul AA. Un inusual caso de granuloma piogeno oral multiple, ¿asociado a tratamiento con levotiroxina?. Rev Estomatológica Hered [Internet]. 2020 [citado 29 marzo 2021]; 30(4): 294–301.
Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/REH/article/view/3883>.
10. González Rebattú y González M, Piña Ramirez CE, Sánchez Obregón JM. Granuloma piógeno de localización atípica: reporte de un caso. Rev ADM [Internet]. 2017 [citado 29 marzo 2021]; 74(4):198-201.
Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2017/od174h.pdf>.
11. Hasanoglu Erbasar GN, Senguven B, Gultekin SE, Cetiner S. Management of a recurrent pyogenic granuloma of the hard palate with diode laser: a case report. J Lasers Med Sci [Internet]. 2016 [citado 29 marzo 2021]; 7(1):56–61.
Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27330700/>.
12. Khaitan T, Sinha R, Sarkar S, Kabiraj A, Ramani D, Sharma M. Conservative approach in the management of oral pyogenic granuloma by sclerotherapy. J Indian Acad Oral Med Radiol [Internet]. 2018 [citado 29 marzo 2021]; 30(1): 46-51.
Disponible en: <http://www.jiaomr.in/text.asp?2018/30/1/46/230887>.