

Granuloma Piógeno: Reporte de caso clínico

Carolina García¹, Catalina Mejía²

Resumen

La recidiva después del tratamiento de lesiones como el granuloma piógeno ha sido bien reportada en la literatura por diferentes autores. Este tipo de lesión aunque generalmente es indolora, puede causar molestias de tipo estético y funcional que hacen necesario la remoción quirúrgica de esta clase de agrandamiento gingival. Algunos autores han descrito técnicas mucogingivales para cubrir los defectos producidos por la excisión quirúrgica para mejorar la estética y la morfología gingival. En el reporte de este caso se utilizaron 2 técnicas diferentes para dicho propósito presentándose recidiva con ambas, la primera consistió en un injerto gingival libre y la segunda en colgajos desplazados lateralmente. Debido a esto, se decidió realizar la excisión quirúrgica sin cubrimiento posterior del defecto. Como conclusión se observó que la recidiva del granuloma piógeno es independiente de la técnica utilizada para cubrir dichos defectos. **Palabras claves:** Granuloma piógeno, injerto gingival, biopsia, residiva.

Abstract

The recurrence after the treatment of lesions such as pyogenic granuloma, has been well reported in the literature by different authors. Although this type of lesion is generally painless, it can cause esthetic and functional problems that require the surgical remotion of this kind of gingival overgrowth. Some authors have described mucogingival techniques to graft the defects produced by the surgical excision improving the esthetic and gingival morphology. In this case report 2 different types of techniques were used for this purpose, presenting recurrence in both cases. The first consisted of a free gingival graft and the second one of laterally sliding flaps. Because of this, it was decided to make an excision of the granuloma without grafting the area. In conclusion there seems to be no link between the recurrence of the pyogenic granuloma and the technique used to solve said defects. **Key words:** Pyogenic granuloma, gingival graft, biopsy, recurrence.

Introducción

El granuloma piógeno es más correctamente llamado granuloma telangiectático, ya que esta lesión es altamente vascular y no es supurativa como lo describe el término piógeno¹.

Frecuentemente estas lesiones se encuentran ulceradas y la apariencia de la úlcera cubierta por fibrina puede asemejarse a una lesión purulenta.

El granuloma piógeno se puede producir por una reacción exagerada del tejido a un trauma menor sin demostrar la presencia de un microorganismo infeccioso definido¹.

Individuos inmunocomprometidos que tienen un mayor riesgo de estar infectados con papilomavirus, parecen tener un riesgo incrementado a presentar granuloma piógeno².

¹ Residente de segundo año de postgrado de Periodoncia CES.

² Residente de primer año de postgrado de Endodoncia CES.

El embarazo también es un estado que incrementa el riesgo a presentar granuloma piógeno e infecciones por Papilloma Virus³.

Debido a que este tipo de lesión y el papiloma virus comparten sitios de predilección y algunos factores predisponentes, existe la hipótesis de que el granuloma piógeno puede ser causado por el papiloma virus, aunque Miller y Col en 1997 demostraron lo contrario⁴.

El granuloma piógeno puede ocurrir en todas las áreas de la mucosa oral, pero es más frecuente encontrarlo en el área de la encía marginal (Makek y Sailer 1985). Ocurre comúnmente en el aspecto vestibular de la mandíbula y el maxilar inferior⁵.

Puede desarrollarse rápidamente y el tamaño varía considerablemente. Su color varía entre rojizo o azulado, y algunas veces es lobulado, puede ser sesil o pediculado. Puede ocurrir sangrado de la lesión pero usualmente no es doloroso.

Los dientes se pueden separar debido a la presión que causa la lesión¹. Histológicamente la lesión se caracteriza por proliferación vascular que se asemeja a tejido de granulación.

Numerosos espacios vasculares y células endoteliales se pueden observar en agregados lobulares organizados. Algunas células características de la inflamación crónica pueden ser también observadas en la parte más profunda de la lesión. El contenido de eritrocitos en los espacios vasculares son los responsables del color rojizo de la lesión¹.

A nivel clínico esta lesión es similar al granuloma de células gigantes periférico el cual también se presenta como una masa roja, aunque en esta lesión es más probable encontrar reabsorción ósea. Otra consideración es el fibroma periférico, aunque esta tiende a ser de un color más claro.

La biopsia establece el diagnóstico definitivo⁶. El tratamiento para el granuloma piógeno es la excisión quirúrgica, la cual incluye la eliminación del tejido conectivo del cual surge la lesión, ya que esta lesión tiene alto potencial de recurrencia.

Es importante remover cualquier factor irritativo como placa, cálculos o restauraciones defectuosas. Anderegg C y Metzler D en 1996 reportaron un caso en el que utilizaron una técnica la cual consistió en colocar un injerto gingival libre en el defecto resultante después de remover un granuloma piógeno. A los 6 meses, el injerto parecía haber restaurado la salud gingival y mantenido la estética y la función con un proceso quirúrgico de un solo paso⁴.

Nuestro reporte describe el tratamiento realizado a un paciente el cual presentaba un granuloma piógeno, y su recurrencia después de diferentes tipos de terapias quirúrgicas.

Reporte de caso

Un paciente de 32 años de edad de sexo masculino acudió al servicio de periodoncia de la Facultad de Odontología del CES ya que presentaba una masa de tejido de color rojo-azulosa de aproximadamente 15 mm de longitud por 9 mm de amplitud en la zona anterior mandibular a nivel de 41, 31, 32 (Foto 1).

La lesión era asintomática pero sangraba fácilmente, además de ser incómoda para la función, la estética y la adecuada higiene oral por parte del paciente.

Al interrogar al paciente, este reportó que la lesión había aparecido desde hacía un mes como una pequeña masa, pero que el crecimiento había incrementado notablemente durante los últimos 8 días.

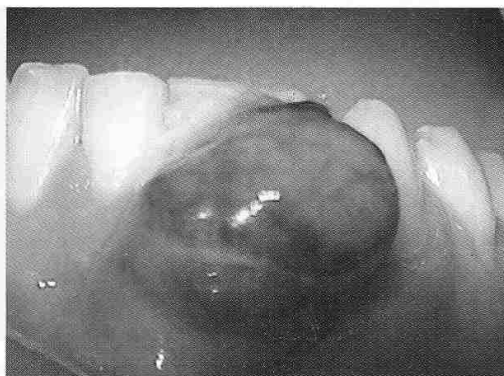


Foto 1. Granuloma piógeno a nivel de la encía vestibular de 41, 31 y 32.



Foto 2. Excisión quirúrgica del granuloma piógeno.

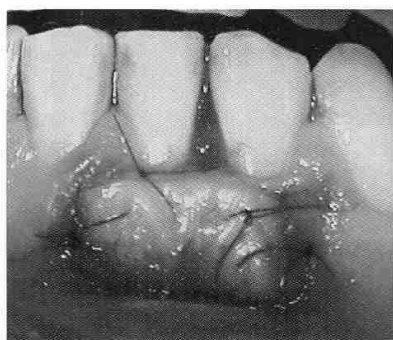


Foto 3. Colocación de injerto gingival libre.

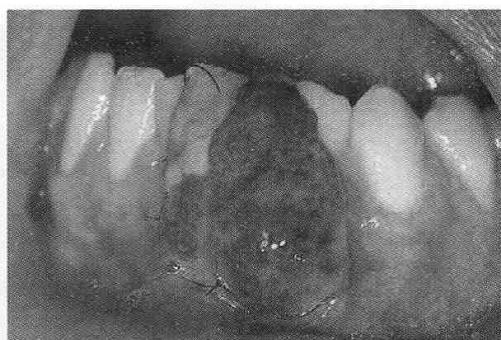


Foto 4. Primera recurrencia del granuloma.

Como antecedentes odontológicos el paciente relató haber sufrido un golpe directo en el 31 y 32 hacía un mes. No presentaba antecedentes médicos de importancia.

El paciente fue examinado en el Servicio de Endodoncia sin encontrar ningún compromiso pulpar.

Radiográficamente no se observó ninguna alteración ósea. Se decidió realizar la excisión quirúrgica del granuloma y enviar la biopsia para análisis histológico con la que se confirmó el diagnóstico de granuloma piógeno (Foto 2).

Durante el mismo procedimiento quirúrgico se decidió colocar un injerto gingival libre en la zona para que la salud periodontal, la estética y la función no fueran afectados como había sido descrito previamente por Miller A y col en 1996 (Foto 3).

A los 7 días después de la cirugía se observó la recurrencia del granuloma y se decidió realizar la excisión nuevamente de la lesión y cubrir el defecto con colgajos desplazados lateralmente (Fotos 4, 5 y 6).

Siete días después de este segundo procedimiento quirúrgico, se observó nuevamente la

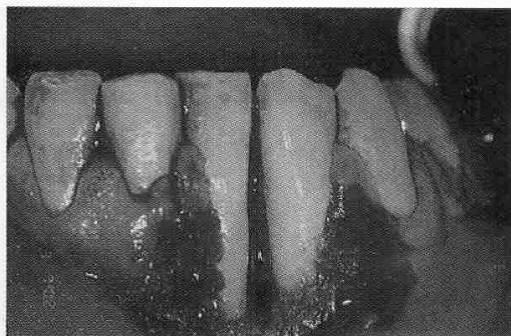


Foto 5. Excisión quirúrgica por segunda vez del granuloma piógeno.



Foto 6. Ocho días después de desplazamiento lateral del colgajo para cubrir el defecto dejado por la excisión del granuloma.

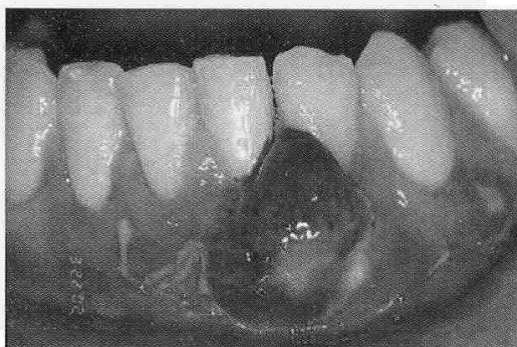


Foto 7. Tercera recurrencia del granuloma piógeno, quince días después del desplazamiento lateral del colgajo.

recurrencia de la lesión, por lo que se decidió excidir la lesión y no realizar ningún procedimiento mucogingival para cubrir el defecto (fotos 7 y 8). Con esta técnica se dejó el tejido conectivo expuesto cubierto por un apósito periodontal.

Los resultados de esta tercera intervención quirúrgica fueron muy favorables logrando el objetivo de la eliminación de la lesión.

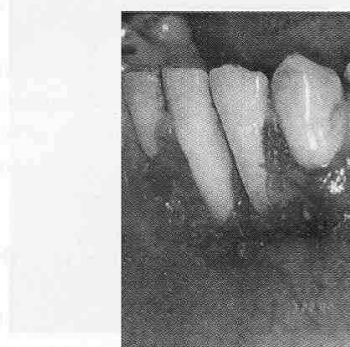


Foto 8. Última cirugía de excisión del granuloma.

Discusión

El granuloma piógeno es considerado una lesión inflamatoria de tipo hiperplásico, que ocurre con mayor frecuencia en adolescentes y mujeres embarazadas presentando una incidencia aproximadamente del 15%⁸.

La mala higiene oral y traumas menores pueden ser causantes de vías de entrada para

microorganismos inespecíficos en los tejidos. El tejido de granulación presente se produce como respuesta a una irritación local. Algunos autores sugieren que se produce una proliferación vascular del tejido conectivo⁹.

Cuando se presentan este tipo de lesiones se debe tomar biopsia para descartar algún tipo de lesión maligna.

Eversole y Robin en 1972¹⁰ observaron 166 granulomas y encontraron que el 56% se encontraban en el segmento anterior de los maxilares, afectando la estética, la función y la comodidad del paciente.

El tratamiento de elección para este tipo de lesiones es la excisión quirúrgica, dejando el área afectada expuesta o realizando procedimientos mucogingivales para cubrir el defecto.

Anderegg C y Metzler D en 1996⁷ reportaron una técnica para cubrimiento el defecto en un solo paso quirúrgico obteniendo buenos resultados. En nuestro caso, se observó una recidiva a los 7 días, probablemente por la presencia de tejido remanente afectado, y no por la técnica utilizada, ya que con la técnica de colgajos desplazados lateralmente ocurrió el mismo fenómeno.

Para el tratamiento del granuloma piógeno se debe tener en cuenta el alto porcentaje de recidiva que presentan, ya que este tipo de lesiones no están encapsuladas.

Farnoush y Schonfeld sugirieron que la cirugía mucogingival debería ser realizada cuando es difícil mantener el área afectada libre de placa, cuando hay poca encía queratinizada o cuando el paciente reporta sensibilidad o compromiso estético¹¹. Además lo consideran importante ya que pue-

de ser realizado en un solo paso, disminuyendo el tiempo en el consultorio odontológico.

Algunos autores reportan hasta un 16% de recurrencia después de la excisión quirúrgica¹², por lo que se debe pensar en si la corrección del defecto remanente es pertinente o no realizarlo en la misma fase quirúrgica.

Es importante que el área adyacente quede completamente libre de placa y cálculos para reducir el riesgo de recidiva¹. En conclusión, parecería que la recidiva del granuloma piógeno es independiente de la técnica utilizada.

Referencias

1. Lindhe J. Clinical Periodontology And Implant Dentistry. 3era ed. Copenhagen 1998: pag 358
2. Leigh IM, Glover MT. Skin cancer and warts in immunosuppressed renal transplant recipients. Recent Results Cancer Research 1995 ; 139: 69-86
3. Smith EM , Johnson SR. The association between pregnancy and human papilloma virus prevalence. Cancer Detection & Prevention 1991; 15: 397-402
4. Miller A, Sahl W. The role of papilloma virus in the development of pyogenic granulomas. International Journal of Dermatology 1997; 36: 673-676.
5. Quan M, Roy R. The role of human papilloma virus in carcinoma. J Am Acad Dermatol 1991; 25: 698-705.
6. Regezi – Scuibba. Patología Bucal. 2da ed. 1995. Pag: 148.
7. Anderegg C y Metzler D. Free gingival graft following biopsy: A case report of tissue management. Journal Periodontology 1996; 67: 532-535.

8. Carranza F. Periodontología Clínica de Glickman. 7ma ed. 1993 pag: 149
9. Shafer WG, Hine MK. Textbook of oral pathology. 4th ed. Philadelphia : WB saunders Co; 1983: 359-361
10. Eversole L, Rovin S. Reactive lesions of the gingiva. J Oral Pathol 1972; 1: 30-38.
11. Farnoush A, Schonfeld S. Rationale for mucogingival surgery: A critique and update. J West Soc Periodontol 1983; 31: 125-130
12. Kerr D. Granuloma Pyogenicum. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1951; 4: 158-176.

Correspondencia

Carolina García Siegert :Carolina_ga @ hotmail.com

