

Granuloma piogénico gravídico

GRAVIDIC PYOGENIC GRANULOMA

NELLY VELAZCOⁱ • ÉRICA GONZÁLEZⁱⁱ • BELKIS QUIÑÓNEZⁱⁱⁱ

ⁱCátedra de Patología Clínica y Terapéutica Estomatológica. Departamento de Medicina Oral. Grupo de Bioseguridad.

ⁱⁱEstudiante de Pregrado. ⁱⁱⁱCátedra de Farmacología y Terapéutica. Departamento de Biopatología.

Facultad de Odontología. Universidad de Los Andes. Mérida-Venezuela. E-mail: nellyvelazco@cantv.net

RESUMEN

El granuloma piogénico es una lesión reactiva focal, no neoplásica, de tejido fibrovascular o de granulación. Las hormonas sexuales femeninas influyen en su etiopatogenia y cuando ocurre durante el embarazo es llamado granuloma piogénico gravídico o tumor del embarazo. Durante la gestación esta lesión puede presentar un crecimiento rápido y exagerado, adquiriendo dimensiones que interfieren con la masticación, afectando la nutrición y en consecuencia el desarrollo fetal. El granuloma piogénico gravídico se localiza con mayor frecuencia en la encía vestibular anterior del maxilar superior. Sin embargo, también se ha reportado su presencia a nivel extragingival. Este reporte de caso describe las características clínicas, radiográficas, histopatológicas y el tratamiento de un granuloma piogénico gravídico de localización extragingival inusual, en el reborde alveolar edéntulo de una paciente de 22 años de edad en período postparto.

Palabras clave: granuloma piogénico gravídico, cambios hormonales, embarazo.

ABSTRACT

The pyogenic Granuloma is a focal reactive injury, not neoplastic, of fibrovascular tissue or granulation. Feminine sexual hormones influence its etiopathogeny and when it occurs during pregnancy it is called gravidic pyogenic granuloma or pregnancy tumor. During gestation, this injury can present a rapid and accelerated growth, acquiring dimensions that interfere with chewing, affecting nutrition and consequently fetus development. Gravidic pyogenic granuloma is located more frequently in the front vestibular gum in the upper maxillary. However, its presence has also been reported at an extra gingival level. This case report describes the clinical, radiographic, histopathologic characteristics and the treatment of an unusual extra gingival located gravidic pyogenic granuloma, in the edentate alveolar locking lip of a 22 year-old patient in post pregnancy period.

Key Words: gravidic pyogenic granuloma, hormonal changes, pregnancy.

Introducción

El granuloma piogénico (GP) es una lesión reactiva focal común de tejido fibrovascular o de granulación con proliferación endotelial, no neoplásica (Sapp, Eversole y Wysocki, 1998). Se presenta como respuesta a una agresión ante una infección inespecífica, puede desarrollarse tanto en piel como en mucosas, siendo la bucal la más frecuentemente afectada, con una evolución alarmante en algunos casos. Clínicamente la lesión aparece en forma rápida, por lo general elevada, puede ser pediculada o sésil y generalmente de consistencia blanda. La superficie puede ser lisa, granular o lobulada, no dolorosa (Goodman-Topper y Bimstein, 1994) y sangrar fácilmente debido a los espacios vasculares superficiales dilatados que producen una apariencia de mora (Lawoyin, Arotiba y Dosumu, 1997). El color va en un rango entre rosa pálido y rojo vino tinto, si ha ocurrido hemorragia en la lesión esta se torna marrón (Muench, Layton y Wright, 1992). La superficie pudiera estar ulcerada dependiendo de su localización y la exposición a irritación traumática, también puede estar necrótica y cubierta por un fluido blanco que clínicamente semeja pus (Goodman-Topper y Bimstein). En cuanto al tamaño puede ir desde milímetros hasta varios centímetros (Esmeli, Lozada-Nur y Epstein, 2005), de hecho puede alcanzar grandes tamaños en corto tiempo sin que involucre espontáneamente (Regezy y Sciubba, 2000). Radiográficamente se puede observar reabsorción localizada de hueso alveolar en lesiones de gran tamaño y larga data. (Goodman-Topper y Bimstein, 1994).

El GP puede ocurrir en cualquier edad, pero se ha reportado que 60% de las lesiones se observan en personas entre 11 y 40 años de vida. Se considera que esta lesión no tiene predilección racial (Jafarzadeh, Sanatkhan y Mohtasham, 2006). Ambos sexos son afectados, pero la mayor incidencia es en individuos del sexo femenino (Regezy y Sciubba, 2000; Sapp et al., 1998), lo cual se atribuye a los efectos vasculares de las hormonas femeninas que ocurren durante la pubertad, el embarazo y la menopausia (Patil, Mahoma y Ambika, 2006). El GP que ocurre durante el embarazo es llamado granuloma piogénico gravídico (GPG) o tumor del embarazo (Courtney, Koleda

y Titchener, 2003). Los cambios hormonales del embarazo modifican el curso clínico del GP ya que los niveles elevados de estrógenos y progesterona parecen ejercer un efecto proliferativo hacia el endotelio. Se ha sugerido además, que la progesterona tiene un impacto importante en el sistema vascular gingival, al incrementar el fluido gingival lo cual afecta la integridad de las células del endotelio capilar (López-Labady, Lazard y Arreaza, 2003).

EL GPG se presenta en un 0,5 a 5% de las mujeres embarazadas, generalmente durante el segundo y tercer mes de gestación, con tendencia a sangrar y posible interferencia con la masticación (Jafarzadeh et al., 2006). La localización por excelencia es la encía (Regezy y Sciubba; Sapp et al. 2000). Sin embargo, también se han reportado GPG en nivel lingual (Elmustafa y Badie, 2001), sublingual (Suntra, Dolan y Gibbons, 1998), labial (Cohen, 1996), nasal (Park, 2002), en la mejilla (Demir, Y.; Demir, S. y Aktepe, 2004), oído (Courtney et al., 2003) y en el cuero cabelludo (Domínguez-Cherit, Puebla-Miranda, Rangel-Gamboa y Roldan-Marín, 2006).

Este reporte describe un caso de GPG extragingival localizado en el reborde alveolar edéntulo de una paciente en período postparto.

Reporte de caso clínico

Paciente femenina de 22 años de edad procedente del estado Mérida, con dos meses de post parto de su primer embarazo, que acude a la consulta de Clínica Estomatológica, de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes, por presentar una lesión tumoral elevada que interfiere con sus funciones básicas de alimentación, fonación e higiene oral, además de que es antiestética, por lo que ella solicita sea removida.

Al interrogatorio la paciente manifiesta que descubrió la aparición de la lesión al tercer mes de embarazo, la cual tuvo un crecimiento lento, continuo e indoloro que persistió aún después del parto hasta alcanzar las actuales dimensiones, dificultando la masticación y ocasionando su preocupación. No existen antecedentes familiares ni personales de importancia.

A la exploración extraoral se observa paciente normo cefálica, ligera asimetría facial del lado izquierdo del tercio inferior de la cara y macroquilia superior e inferior.

Intraoralmente presenta higiene oral deficiente y algunas caries superficiales. En el reborde alveolar inferior izquierdo se observa una lesión de crecimiento lento y continuo, indolora, del color de la mucosa, de consistencia semidura, base pediculada, superficie irregular, cubierta por una pseudomembrana de color blanquecino, de aproximadamente 3 cm de longitud, 2 cm de ancho y 2 cm de alto, que cubre la zona del reborde edéntulo del primer y segundo molar, involucrando tanto la región vestibular como la lingual (Figura 1).

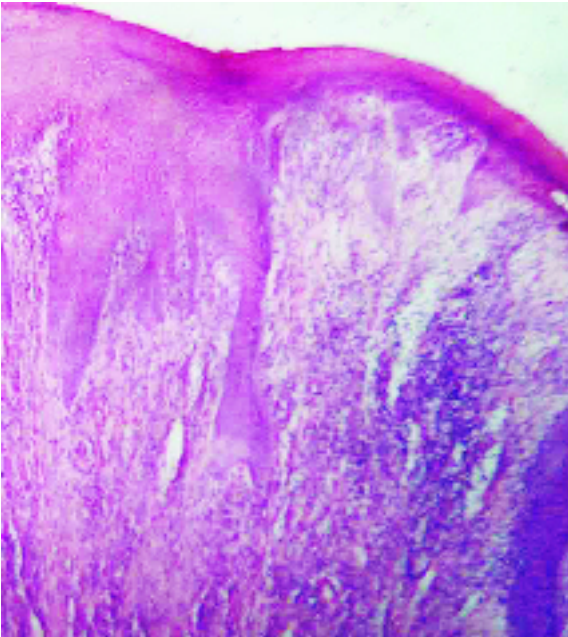


Figura 1. Aspecto clínico del granuloma piogénico gravídico ubicado en el reborde alveolar inferior izquierdo

Radiográficamente se observan caries dentales, anodoncia del 16, 36, y 47, secuestro radicular del 37, obturaciones y cálculo dental; en la zona postero-inferior izquierdo, correspondiente al primer y segundo molar, se observa una zona pseudorradiopaca de bordes irregulares, compatible con engrosamiento de la mucosa y alteración del patrón óseo en comparación con el lado contralateral (Figura 2).

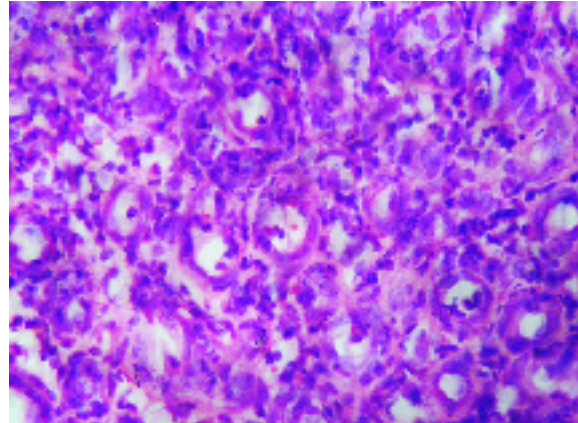


Figura 2. Radiografía panorámica de los maxilares. En la zona postero-inferior izquierda, se observa zona pseudorradiopaca de bordes irregulares, compatible con engrosamiento de la mucosa.

Considerando las características clínicas de la patología y su aparición durante el embarazo, se establece como diagnóstico provisional GPG.

Posteriormente a la realización de exámenes de laboratorio: hematología completa, cuenta y fórmula blanca, tiempo de coagulación y sangría los cuales reportaron resultados normales, se procede a realizar biopsia incisión al, el fragmento fue fijado en formol al 10% y posteriormente enviado al laboratorio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Los Andes para su diagnóstico definitivo. El examen histopatológico reportó fragmentos de tejido fibroconectivo revestidos parcialmente por epitelio plano estratificado en áreas acantótico con elongación de las redes de crestas, en otras áreas se muestran adelgazados alternando con zonas ulceradas, desprovistas de epitelio de revestimiento. El estroma subyacente se muestra edematoso con proliferación de vasos sanguíneos y severo infiltrado inflamatorio de tipo mixto (mononuclear y polimorfo nuclear). Histopatológicamente se confirmó el diagnóstico de GPG (Figura 3).

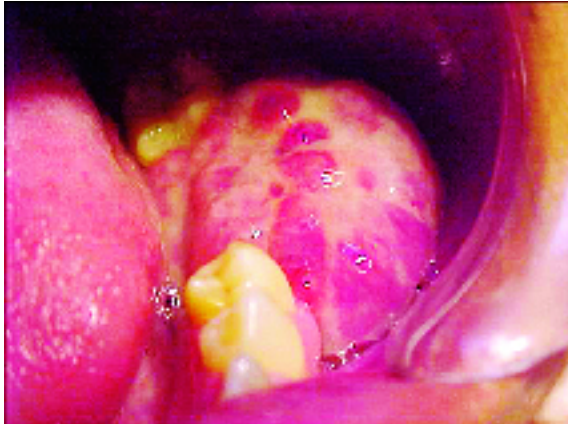


Figura 3. Estudio histopatológico de la lesión. Se observa proliferación de vasos sanguíneos y severo infiltrado inflamatorio (40X), además de tejido fibroconectivo revestido parcialmente por epitelio plano estratificado en áreas acantótico con elongación de las redes de crestas (10X).

A las dos semanas, la paciente retornó, posterior a la realización de la asepsia y antisepsia del campo operatorio y la colocación de las técnicas anestésicas troncular e infiltrativa, se procedió a la eliminación de la lesión con hoja de bisturí #15; finalmente se realizó el curetaje del periostio subyacente (figura 4), y se colocó un apósito periodontal. Se realizaron controles postoperatorios transcurridas una y cuatro semanas de la cirugía (Figuras 5 y 6). Luego se procedió a su rehabilitación bucal.



Figura 4. Post operatorio inmediato.



Figura 5. Postoperatorio una semana después de eliminada la lesión.

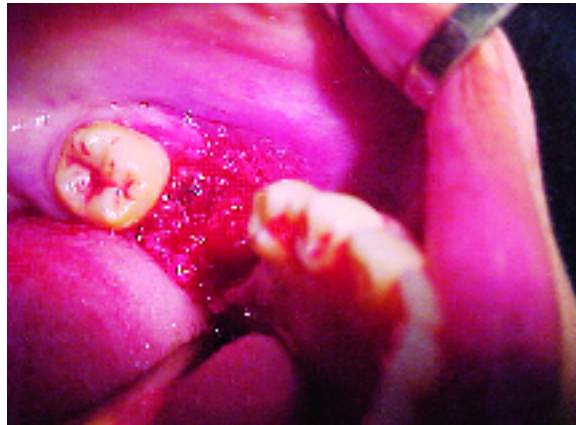


Figura 6. Postoperatorio un mes después.

Discusión

El GP y el GPG muestran gran predilección por la encía, aproximadamente un 75% de los casos se presentan en la región vestibular anterior del maxilar superior, siendo más común en la encía marginal que en la alveolar (Jafarzadeh et al., 2006). Sin embargo, se han reportado GP en el labio inferior (Patil, Mahoma y Ambika, 2006), lengua (Jurklewicz, 2005; Sánchez, Villarreal, Lopez-Labady y Mata de Henning, 2000), fondo del vestíbulo (Sánchez et al., 2000) y paladar (Vieira, Spalding y Morais, 2006). De igual forma, el GPG oral puede tener una ubicación extragingival a nivel lingual (Elmustafa y Badie, 2001) sublingual (Suntra et al., 1998) y labial (Cohen, 1996). En el caso aquí reportado el GPG presenta una localización ex-

tragingival poco frecuente, ya que involucra el reborde alveolar mandibular de la región posterior. Correa, Pinto, Brentegani, Senna y Leipner (2000) también reportaron un caso de GPG en la región mandibular posterior, pero a diferencia del presente, se encontraba asociado a la encía marginal y alveolar de premolares y molares. Un caso de GP ubicado en el reborde alveolar, fue descrito por Mariconi y Popowich (1984), sin embargo, se trata de un paciente masculino, en el cual hubo marcada remodelación del hueso alveolar de la mandíbula y la lesión se asoció a la presencia de una pieza dentaria retenida.

Las presentaciones atípicas del GP y del GPG, tanto en su localización como en el tamaño de la lesión, pueden conducir a diagnósticos erróneos, por ello debe establecerse el diagnóstico diferencial, mediante el estudio histopatológico, con otras patologías tales como: granuloma periférico de células gigantes, hemangioma capilar, carcinoma metastático, sarcoma de Kaposi, melanoma, fibroma periférico (López-Labady, Lazarde y Arreaza, 2003). El informe histopatológico, del GPG que se presenta en este reporte reveló características microscópicas similares a las descritas por otros autores (Correa et al.). La aparición de la lesión durante el tercer mes del embarazo también coincide con lo publicado en la literatura (Jafarzadeh et al., 2006). Sin embargo, se considera que el desarrollo de GPG durante el primer embarazo, como es el caso en discusión, es inusual (Park, 2002).

El tratamiento del GPG depende de la severidad de los síntomas. La lesión puede regresar espontáneamente después del parto, por ello, si la lesión es pequeña, indolora y no sangrante se recomienda mantener una buena higiene oral y control periódico durante el embarazo y esperar su involución, la cirugía durante la gestación está recomendada si existe sangramiento o si el dolor por la lesión dificulta el cepillado, la alimentación u otras actividades diarias (Correa, 2000). En el presente caso, debido a que la paciente se encontraba en su segundo mes del período posparto y el volumen de la lesión impedía la adecuada alimentación e higiene oral se realizó la excisión quirúrgica, sin observar las complicaciones hemorrágicas reportadas en la literatura (Courtney et al., 2003).

Aunque el GP no es una lesión neoplásica, durante la gestación puede presentar un crecimiento rá-

pido y exagerado, adquiriendo dimensiones que interfieren con la masticación, afectando la nutrición y en consecuencia el desarrollo fetal. Por ello la prevención, el diagnóstico y tratamiento adecuado de esta patología son muy importantes para la salud materno-fetal (Correa et al.).

Conclusiones y recomendaciones

Los cambios hormonales que se presentan durante el embarazo constituyen una de las causas más comunes de aparición del granuloma piogénico, llamado en estos casos granuloma piogénico gravídico. El conocimiento de esta lesión bucal puede contribuir a su identificación y manejo temprano, permitiendo a las autoridades sanitarias y a los odontólogos anticiparse para enfrentar la demanda de servicios y sus costos. Así mismo, los síntomas de esta patología plantean la necesidad de adoptar protocolos de atención odontológica a pacientes embarazadas que incluyan una higiene oral adecuada, a fin de evitar la aparición del granuloma piogénico gravídico y su recurrencia.

Referencias

- Cohen, P. R. (1996). Pregnancy-associated pyogenic granuloma of the lip: successful management using cryotherapy. *J Gt Houst Dent Soc*, 67(7): 18-19.
- Correa, Y., Pinto, C., Brentegani, L., Senna, M. y Leipner, M. (2000). Clinical and histological evaluation of granuloma gravidarum: case report. *Braz Dent J*, 11(2): 135-139.
- Courtney, M. J., Koleda, C. B. y Titchener, G. (2003). Aural granuloma gravidarum. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 129(1): 149-151.
- Demir, Y., Demir, S. y Aktepe, F. (2004). Cutaneous lobular capillary hemangioma induced by pregnancy. *J Cutan Patbol*, 31(1): 77-80.
- Díaz-Guzmán, L. M. y Castellanos-Suárez, J. L. (2004). Lesiones de la mucosa bucal y comportamiento de la enfermedad periodontal en embarazadas. *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal*, 9(5): 430-437.
- Domínguez-Cherit, J., Puebla-Miranda, M., Rangel-Gamboa, L. y Roldán-Marín, R. (2006). Giant gravidarum granuloma of the scalp. *Gac Med Mex*, 142(5): 411-413.
- Elmustafa, O. M. y Badie, A. A. (2001). Lingual granuloma gravidarum. *Saudi Med J*, 22(12): 1130-1132.
- Esmaili, T., Lozada-Nur, F. y Epstein, J. (2005). Common benign oral soft tissue masses. *Dent Clin North Am*, 49(1): 223-240.
- Goodman-Topper, E. D. y Bimstein E. (1994). Pyogenic granuloma as a cause of bone loss in a twelve-year old child: Report of case. *ASDCJ Dent Child*, 61(1): 65-67.
- Jafarzadeh, H., Sanatkhan, M. y Mohtasham, N. (2006). Oral pyogenic granuloma: a review. *J Oral Sci*, 48(4): 167-175.
- Jurkiewicz B. D. (2005). Rare case of pyogenic of the tongue in an 8-week-old infant. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 262(6): 453-455.
- Lawoyin, J. O., Arotiba, J. T. y Dosumu, O. O. (1997). Oral pyogenic granuloma: a review of 38 cases from Ibadan, Nigeria. *Br J Oral Maxillo Surg*, 35(3):185-189.
- López-Labady, J., Lazarde, J. y Arreaza, A. (2003). Granuloma piogénico de gran tamaño en paciente embarazada: presentación de un caso. *Acta Odontol. Venez*, 41(39): 240-243.
- Mariconi, E. S. y Popowich, L. D. (1984). Alveolar pyogenic granuloma: review and report of a case. *Laryngoscope*, 94(6): 807-809.
- Muench, M. G., Layton, S. y Wright, J. M. (1992). Pyogenic granuloma associated with a natal tooth: case report. *Pediatric Dent*, 14(4):265-267.
- Ojanotko-Harri, A. O., Harri, M. P., Hurttia, H. M. y Sewon, L. A. (1991). Altered tissue metabolism of progesterone in pregnancy gingivitis and granuloma. *J Clin Periodontol*, 18(4): 262-266.
- Park, Y. W. (2002). Nasal granuloma gravidarum. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 126(5):591-592.
- Patil, K., Mahoma, V. G. y Ambika, L. (2006). Extrajugival pyogenic granuloma. *Indian J Dent Res*, 17(4): 199-202.
- Regezy, J. A. y Sciubba, J. J. (2000). *Patología bucal*. 3º ed. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Sánchez, J. G., Villaruel, M., López-Labady, J. y Mata de Henning, M. (2000). Granuloma piogénico. Reporte de dos casos de aparición inusual y revisión de la literatura. *Acta Odontol. Venez*, 38(2):36-40.
- Sapp, J. P., Eversole, L. R. y Wysocki, G. P. 1998. *Patología oral y maxilofacial contemporánea*. Madrid. España: Harcourt Brace. S.A.
- Suntra, C. R., Dolan, R. W. y Gibbons, D. (1998). Sublingual pyogenic granuloma of pregnancy. *J Otolaryngol*, 27(4): 243-244.
- Vieira, E. M. M., Spalding, M. y Morais, S. (2006). Granuloma gravídico de crecimiento exagerado: Caso clínico. *Revista Portuguesa de Estomatología, medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 47 (4): 227-230.
- Whitaker, S. B., Bouquot, J. E., Alimario, A. E. y Whitaker T. J. Jr. (1994). Identification and semiquantification of estrogen and progesterone receptors in pyogenic granulomas of pregnancy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 78(6): 755-760.