



# Diagnóstico y tratamiento del granuloma piógeno oral: serie de casos

## *Oral pyogenic granuloma diagnosis and treatment: a series of cases*

Carla Gadea Rosa,\* Andrea Cartagena Lay,\* Andreé Cáceres La Torre§

### RESUMEN

Este artículo tiene el propósito de mostrar en una serie de casos la aplicación de la técnica de biopsia excisional con gingivoplastia como tratamiento del granuloma piógeno. También se puede observar que la correcta extirpación; así como la eliminación de los factores contribuyentes disminuye considerablemente la probabilidad de recidiva. En este reporte de serie de casos se ha descrito la presencia del granuloma piógeno relacionado al estado de gestación, a factores locales como ausencia de contacto interproximal, presencia de cálculo e índices de higiene oral malos. Además, se recomienda que la instrucción de higiene oral sea el primer paso en el tratamiento del granuloma piógeno y que posteriormente a la extirpación de la lesión los pacientes reciban terapia periodontal de soporte.

**Palabras clave:** Granuloma piógeno, hiperplasia inflamatoria, neoplasia gingival.

**Key words:** Pyogenic granuloma, inflammatory hyperplasia, gingival neoplasia.

### ABSTRACT

The present article purports the aim of showing, in a series of cases, the application of excisional biopsy with gingivoplasty technique as treatment of pyogenic granuloma. It can be observed that accurate excision as well as elimination of contributing factors considerably decreases recurrence probabilities. Presence of pyogenic granuloma has been described in this report of a series of cases related to pregnancy, local factors such as absence of interproximal contact, presence of calculi and poor oral hygiene indexes. Moreover, it is recommended that oral hygiene instruction be the first step in treatment of pyogenic granuloma, and that after lesion excision patients receive supporting periodontal therapy.

### INTRODUCCIÓN

El granuloma piógeno es un crecimiento tumoral de los tejidos de la cavidad oral o piel, no neoplásico. Es el tipo de hiperplasia inflamatoria más frecuente de la cavidad oral y en su histología se observa una proliferación de tejido de granulación con infiltrado inflamatorio y gran capacidad angiogénica, por lo que suelen existir neoformaciones vasculares de diferentes diámetros que tienen un inicio y fin abrupto dentro del tejido.<sup>1</sup> Esta lesión puede clasificarse en dos grupos desde un punto de vista histológico. Cuando los capilares se encuentran organizados en lóbulos de tejido granulomatoso rodeados por una fina banda de colágeno, la formación recibe el nombre de «hemangioma lobular capilar», mientras que cuando las formaciones vasculares se entrelazan en el tejido sin orden aparente recibe el nombre de «hemangioma capilar no lobular».<sup>2</sup>

La etiología de este tipo de lesiones no se encuentra muy esclarecida, considerándose una lesión reactiva a varios estímulos de bajo grado, entre los que se encuentran: traumatismos repetidos, agresiones, factores hormonales y algunos fármacos. La alta incidencia de esta lesión durante el embarazo se relaciona con altos niveles de estrógeno y progesterona.<sup>2</sup>

Las lesiones reactivas hiperplásicas son de alta incidencia en patología oral. Kadeh determinó que el

granuloma piógeno constituye el 37% de las lesiones gingivales reactivas en pacientes de alrededor de 30.4 ( $\pm 14.9$ ) años de edad.<sup>3</sup>

Epivatianos et al. reportó mayor prevalencia en mujeres (1:1.5) y presencia de factores etiológicos locales en 16% de los casos.<sup>4</sup>

Clínicamente el granuloma piógeno aparece como una masa de crecimiento rápido, de consistencia blanda, que puede ser pediculada, de tamaño variable, de color rojizo con superficie lobulada que en ocasiones se encuentra ulcerada y presenta una gran tendencia al sangrado.<sup>2</sup> Su localización involucra la encía en el 75% de los casos. De manera menos común, aparece en labios, lengua, mucosa bucal y paladar. Las lesiones son más comunes en

\* Egresada.

§ Profesor.

Maestría en Periodoncia, Universidad de San Martín de Porres.

Recibido: marzo 2016.

Aceptado: enero 2017.

© 2017 Universidad Nacional Autónoma de México, [Facultad de Odontología]. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/facultadodontologiaunam>

el maxilar superior, en zonas anteriores y en zona vestibular de la gingiva; algunas se extienden a la zona interproximal e involucran el aspecto vestibular y lingual de la gingiva.<sup>1,2</sup>

Tradicionalmente el tratamiento de elección para este tipo de lesiones es la extirpación quirúrgica completa con curetaje subperióstico. Para evitar las recidivas se deben retirar además los potenciales factores irritantes (placa, restauraciones desbordantes, etc.).<sup>1</sup> Por lo que este artículo tiene el propósito de mostrar en una serie de casos que la aplicación de la técnica correcta para la extirpación, así como la eliminación de los factores contribuyentes disminuye considerablemente la probabilidad de recidiva.

## PRESENTACIÓN DE CASOS

### Caso 1

Paciente de género femenino, de 34 años de edad, sistémicamente sana, es referida a la Clínica de la Maestría en Periodoncia de la Universidad de



**Figura 1.** Vista frontal de la lesión.



**Figura 2.** Vista oclusal de la lesión.

San Martín de Porres, por presentar lesión gingival a nivel de piezas 3.4 y 3.5. La paciente refiere un crecimiento gingival sangrante aproximadamente hace un año atrás, por lo cual recibió tratamiento resectivo. La paciente refiere un crecimiento gradual de la nueva lesión, que llevó a incomodidad y sangrado al comer y cepillarse a medida que la lesión alcanzó el plano oclusal. La paciente no refiere ingesta de hormonas ni estar gestando.

Al examen clínico se observa lesión gingival inflamatoria a nivel de piezas 3.4 y 3.5, de aproximadamente 15 x 9 mm, cubriendo la cara vestibular de la corona clínica, de consistencia firme, lobulada, textura rugosa y sangrante ante el estímulo (*Figuras 1 y 2*). A la evaluación periodontal no se detectaron bolsas periodontales, se observó pre-



**Figura 3.** Radiografía periapical de zona de lesión. Ausencia de contacto interproximal entre piezas 3.4 y 3.5.



**Figura 4.** Escisión de la lesión.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8708631>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8708631>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)