

Granuloma piógeno de localización atípica: reporte de un caso.

Atypical location of pyogenic granuloma: A case report

Mauricio González Rebuttú y González,* Carlos Eduardo Piña Ramírez,** José Manuel Sánchez Obregón***

RESUMEN

El granuloma piógeno es una lesión que se manifiesta con frecuencia en piel y cavidad oral, está relacionado con diversas causas como irritación crónica, trauma y cambios hormonales. Clínicamente se muestra como una lesión hiperplásica altamente vascularizada de tamaño por lo regular menor de 2 cm, de base pedunculada o sésil y de crecimiento lento. No tiene predilección por edad o sexo, tiende a aparecer sobre todo en la encía, labios y mucosa bucal, con muy pocos casos reportados en la región lingual. Motivo por el que se lleva a cabo el presente reporte de caso a fin de describir esta lesión en el tercio posterior del dorso de lengua en un paciente de 85 años de edad.

Palabras clave: Granuloma, piógeno, lengua.

ABSTRACT

Pyogenic granuloma is an injury commonly seen in the skin and oral cavity, it is related to several causes such as chronic irritation, trauma and hormonal changes. Clinically, it is presented as a hyperplastic injury highly vascular-related, with a size generally no bigger than 2 cm pedunculated in base or sessile and slow in growth. Without showing any preference in age or gender, it tends to appear mainly on the gums, lips and oral mucosae, with very few reported cases in the lingual area. Therefore the hereby report is delivered as means to describe this kind of injury with a very unusual location.

Key words: Granuloma, pyogenic, tongue.

INTRODUCCIÓN

El término «granuloma piógeno» fue introducido por primera vez por Hartzell en el año 1904, aunque la primera descripción de esta patología se atribuye a Poncet y Dor en 1897, quienes la denominaron *Botriomycosis hominis*. Se le considera una neoplasia benigna de características agresivas que a menudo se presenta en la cavidad oral y cuya etiología en general se asocia a una irritación local crónica, traumatismos, desequilibrio hormonal o como respuesta exagerada a una amplia variedad de fármacos, lo que resulta en una lesión hiperplásica con exagerada proliferación de tejido conectivo altamente vascularizado.¹⁻⁴

Clínicamente se observa como una lesión de color similar a la mucosa adyacente, rojo o violáceo profundo,

dependiendo del tiempo de evolución, con una tasa de crecimiento lento. Por lo general tiene un tamaño promedio que rara vez sobrepasa 2.5 cm, pero puede crecer más si no se aplica algún tratamiento, su base puede ser pedunculada o sésil con una superficie de aspecto verrugoso, lobulado, áspero o liso. Los signos y síntomas están en relación con el sitio anatómico afectado. No tiene predilección por género ni edad, aunque hay estudios que reportan mayor incidencia en mujeres.^{1,5,6}

Algunos diagnósticos diferenciales van encaminados al aspecto clínico que muestra esta lesión, tales como el TUSGE (*Traumatic Ulcerative Granuloma with Stromal Eosinophilia*), el granuloma periférico de células gigantes y el fibroma osificante periférico.^{2,3}

Alrededor de 65% de los casos aparece en la encía; los labios y la mucosa bucal son también sitios donde se desarrollan y de manera inusual en la lengua, existen pocos casos registrados en la literatura en los que se manifiesta en esta región en la que puede mostrar condiciones y características clínicas que sugieren una entidad maligna.^{2,7,8}

Debido a la localización poco usual de la lesión se lleva a cabo el reporte de caso de un granuloma piógeno en el tercio posterior de lengua por delante de la V lingual.

* Cirujano Maxilofacial Asesor del Curso de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Regional 1º de Octubre, ISSSTE.

** Residente del curso de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Regional 1º de Octubre, ISSSTE.

*** Estudiante de la Licenciatura en Odontología, UNAM.

Recibido: 12 Septiembre 2016. Aceptado para publicación: 29 Mayo 2017.

CASO CLÍNICO

Femenino de 85 años de edad acude al Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Regional 1° de Octubre del ISSSTE por presentar aumento de volumen de tipo nodular en el tercio posterior de la lengua y por delante de la V lingual. Al interrogatorio refirió inicio de padecimiento hace cerca de seis meses, periodo durante el cual menciona crecimiento progresivo de la lesión hasta provocar odinofagia, disfagia y sensación de cuerpo extraño en la orofaringe. Asimismo, tiene antecedente de labio hendido, tratada con cirugía correctiva a los tres meses de edad. Apendicetomía a los 20 años y tiroidectomía a los 63 por cáncer de tiroides. Actualmente con crónico-degenerativos por hipertensión arterial sistémica (HAS) e hipotiroidismo en tratamiento a base de levotiroxina 0.1 mg/día y verapamilo 360 mg/día.

A la exploración física extraoral no cuenta con datos clínicos relevantes. Intraoralmente se observa una lesión hiperplásica en el borde posterior de la lengua por delante de la V lingual, de crecimiento exofítico, base pediculada, consistencia firme, color rojizo respecto a la mucosa adyacente, recubierta con una membrana delgada, friable de color amarillento, no dolorosa y sangrante a la palpación de 15 × 15 × 20 mm. También se observan datos de lengua fisurada, desdentada parcialmente y características de enfermedad periodontal generalizada (Figura 1).

Se solicitan estudios de laboratorio (química sanguínea, biometría hemática, electrolitos séricos, tiempos de coagulación y perfil tiroideo) que revelan un ligero aumento en los azoados (urea 42.8 mg/dL), con el resto

de valores dentro de parámetros normales y con un adecuado control del hipotiroidismo.

En la tomografía se aprecia un aumento de volumen hiperdenso (de 50 a 56 unidades Hounsfield), bien delimitado localizado en el tercio posterior de la lengua y que no se extiende a planos profundos ni afecta estructuras vitales (Figura 2).

Aunque la presencia de este tipo de lesiones en esta región anatómica es poco frecuente, dadas las características clínicas y de imagen se sospecha de un granuloma piógeno, por lo que se decide como tratamiento biopsia excisional de la lesión. El procedimiento quirúrgico se realizó en quirófano bajo anestesia general balanceada en el Hospital Regional 1° de Octubre del ISSSTE y la muestra obtenida se envió para su estudio



Figura 1. Imagen intraoral inicial de lesión localizada en el tercio posterior de la lengua.

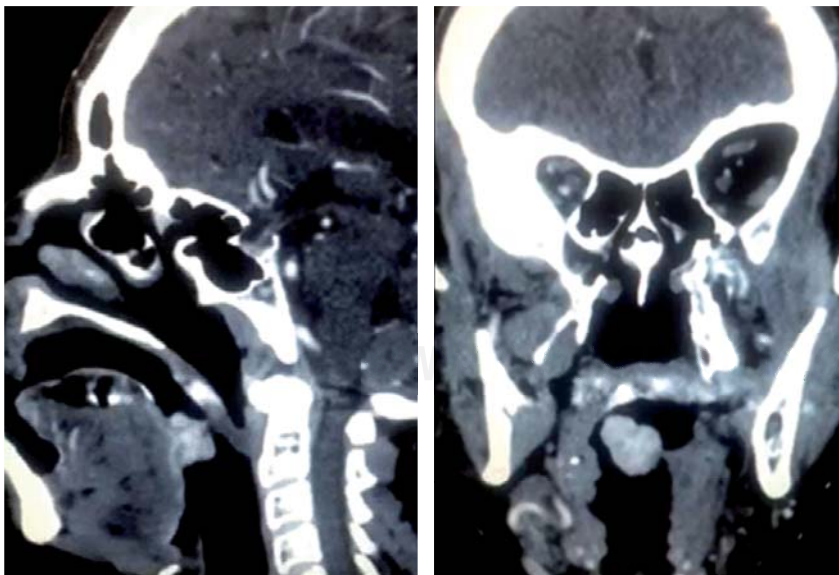


Figura 2.

Tomografía computarizada en cortes sagital (derecha) y coronal (izquierda) en la que se observa lesión hiperdensa en relación con el tercio posterior de la lengua.



Figura 3. Biopsia excisional de lesión bajo anestesia general.

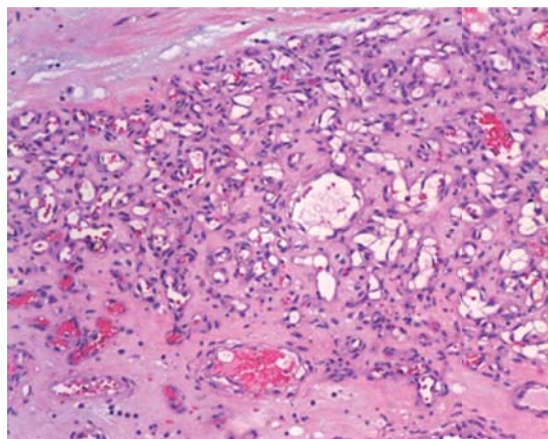


Figura 4. Laminilla de estudio histopatológico en la que se corroboran hallazgos compatibles con un granuloma piógeno.

histopatológico a la Clínica de Especialidades Integrales del Dr. Adalberto Mosqueda Taylor (*Figura 3*). Posterior a la cirugía la paciente fue dada de alta, sin datos de sangrado, disfagia, odinofagia ni sensación de cuerpo extraño en orofarínge.

El estudio histopatológico reveló e identificó una lesión de estirpe mesenquimatosa, constituida de tejido fibrocelular con abundantes espacios vasculares dilatados y en formación, áreas de hialinización y difusamente infiltrado por células inflamatorias de tipo mixto y predominio linfoplasmocitario. Se observó también una superficie parcialmente cubierta por epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado, con zonas de acantosis, atrofia y ulceración, ocupada por una gruesa membrana fibrinosa, así como colonias de bacterias filamentosas. Hacia la base mostró haces de músculo estriado y lóbulos de glándulas salivales mucoseras, libres de alteración, sin signos de malignización en las muestras mencionadas (*Figura 4*). Con un resultado definitivo de la lesión corroboramos el diagnóstico de granuloma piógeno.

En el control postquirúrgico después de tres meses no se detectaron datos de recidiva, el sitio quirúrgico se apreció de color similar al de la mucosa adyacente (*Figura 5*), con disminución de la percepción de sabores en esa zona, pero sin molestia alguna, observándose una mejora en la calidad de vida de nuestra paciente.

DISCUSIÓN

Como ya se mencionó con anterioridad, el granuloma piógeno es una entidad común que resulta de una reacción inflamatoria secundaria a factores irritantes o



Figura 5. Control postquirúrgico al cabo de tres meses, en el que se aprecia una adecuada cicatrización y ausencia de recidiva.

traumáticos locales o por alteraciones hormonales. Yuan y cols. analizaron la expresión de factores morfogenéticos vasculares como Tie-2, Ang-1, Ang-2, ephrinB2 y EphB4 en el granuloma piógeno y los compararon con la expresión de estos mismos factores en la encía sana, demostrando una elevación de la concentración de estos factores en el granuloma piógeno y señalando que estos cinco polipéptidos desempeñan un papel importante en la desregulación del balance angiogénico y antiangiogénico, lo que propicia el desarrollo de una considerable neovascularización en esta lesión.^{1,9}

A partir de la revisión de la literatura el granuloma piógeno es una reacción que con muy poca frecuencia se manifiesta en la lengua; aunado al aspecto altamente

vascularizado y al crecimiento exofítico que suele mostrar, muchas veces nos lleva a pensar en lesiones de etiología maligna. Los granulomas piógenos denominados «gigantes» por lo regular se han descrito en pacientes mayores de 55 años, mientras que histológicamente este tipo de lesiones se componen de una proliferación de pequeñas zonas de angiogénesis y la mayoría de las células involucradas representan en esencia tejido de granulación exuberante. Dependiendo de la localización de la lesión estas células pueden llegar a sufrir un efecto de esclerosis, por lo que es posible que pierdan parte de su vascularización.

De acuerdo con Nakamura existe una proteína llamada BAX involucrada en la expresión de la apoptosis a nivel celular y a su vez en el incremento del tejido de granulación en las muestras histológicas del granuloma piógeno, esto explica el comportamiento biológico, la resistencia y recidiva cuando estas lesiones no se eliminan por completo. Muchos autores señalan que el término «piógeno» está mal empleado con respecto a esta patología, puesto que por definición se relaciona con la presencia o producción de pus.

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. Recientemente se ha apoyado la criocirugía o cirugía con láser para el tratamiento del granuloma piógeno.^{2-8,10,11}

En el caso que nos ocupa esta lesión podría haberse desarrollado secundaria a varios factores,¹² entre ellos cambios hormonales y la edad de la paciente (relacionada con el desarrollo de este tipo de lesiones de gran tamaño), además de mala higiene oral y carencia del cuidado de la salud oral. Todos estos factores contribuyeron a la inflamación crónica y a pensar en la etiología que dio lugar a esta atípica y gigante lesión benigna.

CONCLUSIÓN

El granuloma es una neoplasia benigna que no tiende a malignizarse; sin embargo, puede llegar a tener recidivas, aparece en cualquier parte del cuerpo, pero en la cavidad oral los sitios donde suele presentarse con mayor frecuencia son la encía y la mucosa oral del labio inferior. La manifestación de esta lesión en zonas anatómicas poco comunes como la reportada en este caso es de gran interés, pues por sus características puede simular otras entidades clínicas de etiología agresiva o incluso maligna, por tal motivo su identificación y diagnóstico adecuados

son de vital importancia para determinar el tratamiento apropiado de esta patología.

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 Pathology*. 2014; 26: 258-261.
2. Thronson RR, Wright JM, Watkins D. Atypical histiocytic granuloma of the oral mucosa: An unusual clinicopathologic entity simulating malignancy. *J Oral Maxillofac Surg*. 2001; 59: 822-826.
3. Muñoz M, Monje F, Del Hoyo A, Martín-Granizo R. Oral angiosarcoma misdiagnosed as a pyogenic granuloma. *J Oral Maxillofac Surg*. 1998; 56: 488-491.
4. Lawoyin JO, Arotiba JT, Dosumu OO. Oral pyogenic granuloma: a review of 38 cases from Ibadan, Nigeria. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 1977; 35: 185-189.
5. Glickman A, Karlis V. Pediatric benign soft tissue oral and maxillofacial pathology. *Oral Maxillofac Surg Clin N Am*. 2016; 28: 1-10.
6. Whitaker SB, Bouquot JE, Alimario AE, Whitaker TJ Jr. Identification and semiquantification of estrogen and progesterone receptors in pyogenic granulomas of pregnancy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1995; 14 (78): 755-760.
7. Dojcinovic I, Richter M, Lombardi T. Occurrence of a pyogenic granuloma in relation to a dental implant. *J Oral Maxillofac Surg*. 2010; 68: 1874-1876.
8. Bugshan A, Patel H, Garber K, Miller TF. Alternative therapeutic approach in the treatment of oral pyogenic granuloma. *Case Rep Oncol*. 2015; 8: 493-497.
9. Yuan K, Jin YT, Lin MT. Expression of Tie-2, angiopoietin-1, angiopoietin-2, Ephrin B2 and Eph B4 in pyogenic granuloma of human gingival implicates their roles in inflammatory angiogenesis. *J Periodontol Res*. 2000; 35: 165-171.
10. Gokhale ST, Sathyajith NN, Singla D, Singh A, Bhattacharya D. The combined use of diode laser and conscious sedation in the excision of pyogenic granuloma in a nine year old patient. *J Clin Diagn Res*. 2015; 9 (12): ZD01-ZD02.
11. Parisi E, Glick PH, Glick M. Recurrent intraoral pyogenic granuloma with satellitosis treated with corticosteroids. *Oral Dis*. 2006; 12: 70-72.
12. Asha V, Dhanya M, Patil BA, Revanna G. An unusual presentation of pyogenic granuloma of the lower lip. *Contemp Clin Dent*. 2014; 5 (4): 524-526.

Correspondencia:

Dr. Mauricio González Rebattu y González
Hospital Regional 1º de Octubre ISSSTE,
Servicio de Cirugía Maxilofacial.
Av. Instituto Politécnico Nacional Núm. 1669,
Col. Magdalena de las Salinas, 07760,
Del. Gustavo A. Madero, Ciudad de México.
Tel: 01 55 5061 3800
E-mail: mauriorebattu@yahoo.com.mx