

Exéresis de linfangioma en encía con electrobisturí

Exeresis of gingival lymphangioma with an electric scalpel

Cristian de Jesús González Morales, Alejandra Herrera Herrera, Antonio Diaz Caballero

Universidad de Cartagena, Colombia.

RESUMEN

El linfangioma es considerado por la mayoría de los autores como una neoplasia benigna de los vasos linfáticos, que se puede presentar en cavidad oral. El 75 % de los casos se presentan mayormente en la cabeza y el cuello. Cuando la boca se ve afectada, la lengua es el principal órgano que muestra alteraciones clínicas. El propósito de esta presentación fue describir un caso clínico de linfangioma en tejido gingival, tratado exitosamente mediante extirpación quirúrgica con electrobisturí. Se trata de unapaciente de 13 años de edad, que acudió a consulta por presentar sangrado a nivel de la encía de molares inferiores derechos. Durante la anamnesis no se detectaron antecedentes familiares ni personales de interés. Los resultados de los exámenes de laboratorio se encontraron en los rangos normales. A partir de los hallazgos clínicos y radiográficos observados, se establecieron como diagnósticos presuntivos: granuloma piógeno, hemangioma o linfangioma. Se realizó fase higiénica con posterior escisión quirúrgica de la lesión empleando electrobisturí. Se efectuó análisis histopatológico. Se estableció como diagnóstico: linfangioma en encía a nivel de órganos dentales 46 y 47. Se obtuvo una cicatrización excelente 15 días después de la intervención. La localización inusual de este tipo de lesiones en la encía, y su tratamiento exitoso con electrobisturí, lo constituyen en un caso interesante, debido a los escasos reportes que sobre él existen en la literatura científica.

Palabras clave: linfangioma, encía, neoplasias.

ABSTRACT

To most authors, lymphangioma is a benign neoplasm of lymphatic vessels which may occur in the oral cavity. In 75 % of the cases it presents in the head and neck. When the mouth is affected, the tongue is the main organ showing clinical alterations. The purpose of the study was to describe a clinical case of lymphangioma of gingival tissue successfully treated by surgical removal with an electric scalpel. A 13-year-old female patient attended consultation with bleeding from the gingival tissue next to the lower right molars. No personal or family antecedents of interest were detected during history taking. Laboratory results were within normal ranges. Based on clinical and radiographic findings, the following diagnoses were tentatively established: pyogenic granuloma, hemangioma or lymphangioma. Upon cleaning up the area, surgical removal of the lesion was performed using an electric scalpel. Histopathological examination was conducted. The following diagnosis was established: lymphangioma of the gingiva at the level of dental organs 46 and 47. Excellent scarring was obtained 15 days after the intervention. The singularity of this case lies in the unusual location of this type of gingival lesion, its successful treatment with an electric scalpel, and the fact that very few reports about the subject can be found in the literature.

Key words: lymphangioma, gingiva, neoplasms.

INTRODUCCIÓN

El linfangioma es una neoplasia benigna de los vasos linfáticos, que se puede presentar en cavidad oral.¹ Presenta un crecimiento lento y consistencia blanda, aparece en forma superficial como proyecciones papilares únicas o múltiples en la mucosa, su color varía del gris al azul claro o rojo.^{2,3}

La lesión puede presentarse con síntomas y signos como ensanchamiento del mediastino cuando se presenta en el tórax, y compresión del plexo branquial cuando tiene lugar en las extremidades superiores, aunque también pueden presentarse otras características como hemorragia espontánea e infección.⁴

Los sitios afectados en la cavidad oral pueden incluir la lengua, paladar, encía, mucosa bucal, los labios y la cresta alveolar de la mandíbula. Cuando afectan la boca, el aspecto clínico es variable, el dorso de la lengua y el triángulo posterior son los sitios más comunes.⁵ Es frecuente su presencia en forma de vesículas translúcidas, por lo general contienen líquido linfático claro, cuyo aspecto se asemeja a los "huevos de rana" o a un "racimo de vesículas translúcidas".^{1,6} Las lesiones en la encía pueden presentarse como una pequeña inflamación vesicular a nivel de la papila interdental o como una zona gingival hiperplásica.⁷ El higroma quístico es un tipo de linfangioma

que se presenta sobre todo en axila y cuello debido al tejido más laxo de esta zona, que facilita su extensión a otros espacios anatómicos. La mayor parte de los linfangiomas se presentan en el nacimiento (65-75 %) a los dos años entre 80 y 90 % de casos. Se considera que constituyen 4 % de todos los tumores vasculares, y aproximadamente 25 % de todos los tumores benignos que afectan a los niños. La incidencia es igual tanto en hombre como en mujer. Suelen asociarse a síndromes como: síndrome de Turner, síndrome de Noonan, trisomías, anomalías cardíacas, hidropesía fetal, síndrome alcoholismo fetal y otros síndromes congénitos. No existe riesgo de transformación maligna.⁶

Los linfangiomas se clasifican en:

a) *Simples o circunscrito*: Es la forma más común de linfangioma cutáneo, consiste en pequeños vasos linfáticos de aproximadamente 2-4 mm. Estas vesículas claras superficiales pueden variar de color rosado a rojo oscuro, según la existencia de hemorragia. Pueden presentar aspecto verrugoso en su superficie, por eso se confunden con estas.⁶

b) *Cavernoso*: Compuesto por grandes dilataciones linfáticas de aspecto nodular. Pueden ser desde 1 cm de diámetro, hasta ocupar un miembro entero.⁶

c) *Quístico (higroma quístico)*: Son dilataciones macroscópicas quísticas. Se encuentran sobre todo en cuello y área parótida. Muchos autores lo consideran una variante del linfangioma cavernoso.⁶

Histopatológicamente son cavidades llenas de líquido linfático, delimitado por endotelio vascular, conectado con el sistema linfático periférico como resultado de una embriogénesis errónea.³

El diagnóstico diferencial debe incluir a los hemangiomas, los mucocelos y las enfermedades vesiculares. El tratamiento debe ser esperar a la involución espontánea, en caso de que no sea posible se debe realizar el tratamiento quirúrgico, aunque con riesgo de hemorragias.² También puede ser mediante esclerosis de la lesión por acción de agentes esclerosantes. Entre ellos se destaca el OK-432, también llamado Picibanil.³ En la literatura revisada no se reporta ningún caso de linfangioma tratado con electrobisturí. La electrocirugía es un método quirúrgico moderno el cual posee ventajas para poder brindar mejor tratamiento a los pacientes; gracias a los avances científicos y tecnológicos que existen en esta disciplina.⁸ Nuestro propósito es describir un caso clínico de linfangioma en tejido gingival, tratado exitosamente mediante extirpación quirúrgica con electrobisturí.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 13 años de edad, que acude a consulta odontológica con su representante legal por presentar sangrado a nivel de la encía de molares inferiores derechos desde hace 8 meses aproximadamente. Refería que el sangrado se

presentaba de manera espontánea, y otras ocasiones después del cepillado. Al realizar la anamnesis, no se detectaron antecedentes familiares de interés, enfermedades de base o hábitos de consumo de alcohol o cigarrillo. Durante el examen físico general no se reportaron alteraciones.

Durante el examen intraoral, se observó: encía marginal y papilar por lingual de órganos dentales (OD) 46 y 47 abultada e inflamada, de color violáceo, de consistencia blanda y depresible, y sangrado espontáneo (Fig. 1). A diferencia de la encía de estos OD por vestibular, que se observó enrojecida, sin cambios de volumen, tamaño o consistencia. Al momento de la palpación mediante sonda periodontal, se presentó sintomatología dolorosa y abundante sangrado durante el sondeo. Se ordena radiografía panorámica y periapical a nivel de OD 46 y 47, además, de exámenes paraclínicos.



Fig. 1. Encía de color roja violácea con presencia de inflamación localizada y sangrado a nivel de los órganos dentales 46 y 47, tanto en vestibular como en lingual.

Al análisis radiográfico, no se observaron alteraciones óseas o dentales, tanto en la radiografía panorámica como periapical (Fig. 2). De otra parte, los resultados de los exámenes de laboratorio se encontraron en los rangos normales atendiendo a los estándares del laboratorio: (glicemia en ayunas: 78 mg/dL, tiempo de protrombina 10,8 segundos, tiempo parcial de tromboplastina 34,2 segundos y hemoglobina 15,9 g/dL). A partir de los hallazgos clínicos y radiográficos observados, se establecieron como diagnósticos presuntivos: granuloma piógeno, hemangioma o linfangioma. Se planteó realizar fase higiénica con posterior escisión quirúrgica de la lesión para su análisis histopatológico.



Fig. 2. Radiografía periapical: consideraciones óseas, dentales y periapicales con características de normalidad.

Después de haber explicado las ventajas y posibles riesgos del tratamiento señalado, se obtuvo el consentimiento informado del tutor de la paciente, y se procedió a realizar fase higiénica, con raspado y alisado radicular de la zona afectada, debido al sangrado profuso durante este procedimiento, se decidió hacer la escisión quirúrgica de la lesión mediante electrobisturí bajo anestesia local. Para esto, se empleó un electrobisturí BonART® modelo ART-E1 (BonART®, Taiwan, China) en modalidad corte-coagulación e intensidad 4 y electrodo T4 BonART® (BonART®, Taiwan, China). El espécimen extirpado, se almacenó en formol tamponado al 10 % para su análisis histopatológico. Este, arrojó el siguiente resultado: Fragmento de mucosas orales con hiperplasia del epitelio, áreas de ulceración y en cuya lámina se observan espacios linfáticos dilatados, de diferentes formas y tamaño y con focos de un infiltrado mixto. Se estableció como diagnóstico: Fragmentos de linfangioma con inflamación aguda y crónica y ulceración.

Se realizó cita de control, en las que se manifestaba la cicatrización de la zona afectada, que fue total 15 días después de la intervención quirúrgica (Fig. 3).



Fig. 3. Aspecto de la zona afectada 15 días después de la cirugía.

DISCUSIÓN

Los linfangiomas son tumores benignos hamartomatosos de los vasos linfáticos y representan el desarrollo de malformaciones derivadas de secuestros de este tipo de tejidos que normalmente no se comunican con el resto del sistema linfático.⁹ Las lesiones se localizan con mayor frecuencia en cabeza y cuello, resultando la región cervical en un área predilecta del denominado linfangioma cístico o higroma. En la cavidad oral se presentan en raras ocasiones, se observan principalmente en el dorso de la lengua, el paladar, la mucosa yugal, y los labios.⁵ El caso clínico antes descrito, demostró un linfangioma en una ubicación escasamente reportada en la literatura (en la encía lingual). Solo *Josephson P* otros (1984),¹¹ *McDaniel RK* y *Adcock JE* (1987),¹² y *Motahhary P* y otros (2006),¹³ han referido este tipo de lesión en tejido gingival. De esta forma se enriquece la literatura científica.

El diagnóstico del linfangioma se determina mediante: la anamnesis, el examen clínico y análisis histopatológico. Los exámenes complementarios tales como la radiografía u ecografía, pueden indicarse en lesiones superficiales. Exámenes especiales por imagen pueden también solicitarse, como la tomografía computadorizada, resonancia magnética u angiografía, para la localización y diagnóstico de lesiones más grandes y/o más profundas. La histopatología característica describe: cisternas linfáticas delineadas por una capa de células endoteliales y pared delgada en dermis papilar.¹⁰ Los hallazgos anatomopatológicos fueron determinantes en el diagnóstico. Estos resultados son similares a los resultados encontrados en este caso.

Dentro de los tratamientos del linfangioma reportados en la literatura se pueden citar: escisión quirúrgica, radioterapia, crioterapia, electrocauterización, escleroterapia,

administración de esteroides, embolización, y ligadura. Otras modalidades de tratamiento son el uso de láser Nd-YAG (neodymium-doped yttrium aluminium garnet) y láser de CO₂. Se considera que el tratamiento quirúrgico constituye la principal opción ya que su tasa de recurrencia es de 10-15 %.^{4,5}

A pesar de que las malformaciones linfáticas se encuentran con muy poca frecuencia en la encía. Solo se han reportado 4 casos de linfangioma a este nivel. Tres de ellos con linfangiomas bilaterales simétricos, reportados por *Josephson P* y otros (1984) quien refiere en su caso clínico la presencia de linfangiomas bilaterales que trata con bisturí convencional,¹¹ al igual que los presentados por *McDaniel RK* y *Adcock JE* (1987)¹² y *Motahhary P* y otros (2006),¹³ que se localizaban a nivel de la encía de laterales y caninos del maxilar superior, en todos los casos estos fueron tratados quirúrgicamente con bisturí convencional y al cabo de 10 meses de la cirugía no tuvieron recidivas.

El otro caso reportado se presentó a nivel de la encía que recubre el hueso alveolar mandibular, este fue tratado con láser de CO₂, el cual no mostró recidivas después de dos años del tratamiento.¹⁴ Sin embargo, en la literatura no se reporta ningún caso de linfangiomas en la encía tratados con electrobisturí, de manera exitosa como se muestra en este caso. En el cual se decidió la extirpación con electrobisturí debido a que a dificultades para controlar el sangrado, y atendiendo a que esta maniobra quirúrgica proporciona las siguientes ventajas: accesibilidad del electrodo en áreas donde el bisturí convencional es imposible que trabaje, el corte que realiza es limpio y sin sangrado, se mantiene un control relativo de la hemorragia; además, se obtiene una mejor visibilidad del campo operatorio, la cicatrización que se obtiene es de primera intención sin la formación de una cicatriz contráctil, siendo el tejido de reparación de igual color, textura y función de los tejidos adyacentes, es un método rápido, exacto, y permite un buen acceso y visibilidad, asimismo facilita una remoción segura del tejido enfermo, por la habilidad del corte de tejido en capas.¹⁵ Por lo tanto el tratamiento con electrobisturí para los linfangiomas orales se describe como un método de tratamiento exitoso.

El diagnóstico del presente caso de linfangioma se determinó mediante: la anamnesis y análisis histopatológico. Queda por evaluar a largo plazo la evolución del paciente tratado con electrobisturí. Un año después del tratamiento no se ha presentado recidiva de esa lesión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alghonaim Y, Varshney R, Sands N, Daniel SJ. Coblation technique as an alternative treatment modality for oral lymphangioma. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2012;76(1):1526–7.
2. Pérez-Salcedo L, Bascones Martínez A. Tumores benignos de la mucosa oral. *Avances en Odontostomatología*. 2010;26(1):11-8.

3. Gassen HT, Caye LFS, Rovani G, Silva SOd, Silva-Júnior AN, Miguens-Jr SAQ, et al. Lymphangioma of the oral cavity: Case report. *Stomatos*. 2010;16(30):82-8.
4. Uguru C, Edafioghor F, Uguru N. Lymphangioma of the tongue with macroglossia: a case report. *Niger J Med*. 2011;20(1):166-8.
5. Sunil S, Gopakumar D, Sreenivasan B. Oral lymphangioma—Case reports and review of literature. *Contemporary Clinical Dentistry*. 2012;3(1):116.
6. Rodríguez Romero F, Báez Perea JM, Muriel Cueto P. Linfangioma en labio inferior: una presentación inusual. *Avances en Odontoestomatología*. 2008;24(3):203-10.
7. Kalpidis CD, Lysitsa SN, Kolokotronis AE, Samson J, Lombardi T. Solitary superficial microcystic lymphatic malformation (lymphangioma circumscriptum) of the gingiva. *Journal of Periodontology*. 2006;77(10):1797-801.
8. Devishree, Gujjari SK, Shubhashini PV. Frenectomy: a review with the reports of surgical techniques. *J Clin Diagn Res*. 2012;6(9):1587-92.
9. Sunil S, Gopakumar D, Sreenivasan BS. Oral lymphangioma-Case reports and review of literature. *Contemp Clin Dent*. 2012;3(1):116-8.
10. Gonzaga Rodrigues F, Lemos Coelho Rodrigues T, Batista Martins Barbosa D, Leite Vieira de Figueiredo CR, Ferreira-Rocha J. Linfangioma bucal del tipo capilar: Reporte de un caso en un paciente adulto. *Revista Cubana de Estomatol*. 2007;44(1):0-0.
11. Josephson P, van Wyk CW. Bilateral symmetrical lymphangiomas of the gingiva: A case report. *Journal of Periodontology*. 1984;55(1):47-8.
12. McDaniel RK, Adcock JE. Bilateral symmetrical lymphangiomas of the gingiva. *Oral Surgery, Oral medicine, Oral Pathology*. 1987;63(2):224-7.
13. Motahhary P, Sarrafpour B, Abdirad A. Bilateral symmetrical lymphangiomas of the gingiva: case report. *Diagnostic Pathol*. 2006;1:1-3.
14. Arslan A, Gursoy H, Cologlu S. Treatment of Lymphangioma with CO2 Laser in the Mandibular Alveolar Mucosa. *The Journal of Contemporary Dental Practice*. 2011;12(6):493-6.
15. Glickman I, Imber LR. Comparison of Gingival Resection with Electrosurgery and Periodontal Knives—A Biometric and Histologic Study*. *Journal of Periodontology*. 1970;41(3):142-8.

Recibido: 2013-02-02
Aprobado: 2015-06-24

Cristian de Jesús González Morales. Universidad de Cartagena, Campus de la Salud.
Barrio Zaragocilla, Cartagena, Bolívar, Colombia.
Correo electrónico: crigo818@hotmail.com