

Granuloma piógeno en labio inferior. Reporte de caso y revisión de literatura

Pyogenic Granuloma on the Lower Lip. Case Report and Literature Review

Yadira V. Boza Oreamuno DDS, MSc¹; Silvia Ovares Saballos DDS²

1. Especialista y Máster en Patología y Medicina Bucal, Departamento de Ciencias Diagnósticas y Quirúrgicas, Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
2. Odontóloga, Departamento de Ciencias Diagnósticas y Quirúrgicas, Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

Autor para correspondencia: Dra. Yadira V. Boza Oreamuno - yadira.boza@ucr.ac.cr

Recibido: 16-IX-2016

Aceptado: 17-X-2016

Publicado Online First: 21-X-2016

DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/ijds.v0i0.26633>

RESUMEN

El Granuloma Piógeno (GP) es una lesión benigna, hiperplásica, se considera como una respuesta exagerada de los tejidos a traumas de baja intensidad. Puede afectar tanto piel como mucosas. En cavidad oral el GP muestra predilección por la encía, en raras ocasiones se encuentra extragingivalmente en labios, lengua, mucosa bucal, el paladar. Predomina en el sexo femenino y con mayor frecuencia en la segunda década de vida. Se asocia a cambios hormonales durante la pubertad y el embarazo. Se presenta como un crecimiento exofítico liso o lobulado, con base sésil o pedunculada, el color varía de rojo, púrpura o rosa dependiendo de la vascularización de la lesión. Suele ser de crecimiento lento y sangra con facilidad. Los tratamientos usuales consisten en la excisión quirúrgica, la remoción de los agentes irritantes y del trauma en la zona. Los GP extirpados durante el embarazo recurren más fácilmente. La aparición de satelitis es poco frecuente. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de GP extragingival recurrente localizado en mucosa labial inferior de una paciente embarazada y luego en período postparto.

PALABRAS CLAVE

Granuloma piógeno; Labio inferior; Embarazo; Recurrente; Satelitis.

ABSTRACT

The pyogenic granuloma (PG) is a benign, hyperplastic lesion is considered an exaggerated response of tissues to low-intensity traumas. It can affect both skin and mucous membranes. In oral cavity PG predilection for the gingiva rarely it extralingival in lips, tongue, buccal mucosa, palate. Predominates in females and more frequently in the second decade of life. It is associated with hormonal changes during puberty and pregnancy. It is presented as a smooth or lobulated exophytic growth, sessile or pedunculated base, the color varies from red, purple or pink depending on the vascularity of the lesion. Usually it grows slowly and bleeds easily. Conventional treatments include surgical excision, removal of irritants and trauma in the area. The PG removed during pregnancy recurs more easily. The appearance of satellitosis is rare. The aim of this paper is to present a case of recurrent extralingival PG located in lower lip mucosa of a pregnant patient and then in postpartum period.

KEYWORDS

Pyogenic granuloma; Lower lip; Pregnancy; Recurrent; Satellitosis.

INTRODUCCIÓN

El granuloma piogénico (GP) es una lesión reactiva focal de tejido fibrovascular con proliferación endotelial no neoplásica (1). La causa precisa para el desarrollo de GP es desconocida (2), sin embargo, se cree que es una respuesta exagerada de los tejidos a traumas de baja intensidad, los principales factores desencadenantes son la irritación gingival y la inflamación debido a la falta de higiene oral (3). También se asocia a cambios hormonales durante la pubertad y el embarazo, así como en mujeres que tienen antecedentes de administración de anticonceptivos orales (4-5).

Es una patología que no tiene predilección en cuanto a edad y sexo, pero se ha reportado con mayor frecuencia en la segunda década de vida y predominantemente se ve afectado el sexo femenino (2-3). Puede afectar tanto piel como mucosas (6). En cavidad oral el GP se presenta principalmente en la encía (2-3,6). Se han reportado casos de presentación extralingival en el labio inferior (7-8), mucosa bucal (9), paladar (10-11), lengua (12-13) y el labio superior (14).

Clínicamente suele presentarse como una lesión solitaria, asintomática, tipo nódulo o pápula, superficie lisa o lobulada, sésil o pediculada, el sangrado es común ante pequeños traumatismos (15-16), desde su inicio a pocas semanas alcanza un tamaño significativo de 1-2 cm, para luego estacionarse (15). El color también varía y depende de la vascularización de la lesión en relación con su curso clínico, variando frecuente de color rojo brillante a rosado (mayor colagenizado) (17).

El diagnóstico diferencial se realiza con entidades como fibroma por irritación, granuloma periférico de células gigantes, fibroma osificante periférico, sarcoma de Kaposi, hemangioma, melanoma amelanico, angiosarcoma, entre otros (18-19).

Histológicamente el GP presenta gran cantidad de pequeños capilares dispuestos a menudo en islotes o lóbulos, con tejido conectivo edematoso interpuesto, es posible observar una infiltración leve o densa de leucocitos polimorfonucleares, plasmocitos y linfocitos (3), se observa epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado con acantosis, edema intra y extracelular, cubierto por fibrina (6).

Los tratamientos usuales consisten en la excisión quirúrgica (6,20), la remoción de los agentes irritantes como la placa (21) y la eliminación del trauma en la zona (6). Nuevas técnicas excisionales se han unido a la tradicional como el uso de láser, criocirugía y electro desecación (22). Donde la resección puede dejar secuelas funcionales o estéticas se han propuesto otras opciones de tratamiento no quirúrgico que incluyen inyecciones de corticosteroides intralesionales (23-24).

Krishnapillai et al (3) reportaron recurrencia en 14,88% de los pacientes, predominantemente en las mujeres, especialmente en la región maxilar anterior. Los GP extirpados durante el embarazo recurren más fácilmente (25). Se cree que la recurrencia de la lesión puede ser el resultado de una excisión incompleta, o un fallo en la remoción de los factores etiológicos o una re infección del área (6,26). Se ha reportado la aparición de pequeñas lesiones satélites alrededor del foco primario después de la exéresis de un GP, con reaparición o no de la lesión original (23,27).

El objetivo de este trabajo es presentar un caso de GP extragingival recurrente localizado en mucosa labial inferior de una paciente embarazada y luego en período postparto.

REPORTE DE CASO

Mujer de 19 de años, nicaragüense, soltera, secretaria, vecina de Guadalupe. APP: embarazada en su tercer trimestre de gestación. No toma medicamentos actualmente. No fuma ni toma bebidas alcohólicas. Se presenta a la Clínica de Diagnóstico de la Facultad de Odontología de la Universidad de Costa Rica con la queja: "Me refirieron del Ebais para que me vuelvan a quitar esta pelota del labio".

Al examen clínico presentaba en mucosa labial inferior al lado derecho de la línea media

lesión tumoral de 1 cm de diámetro, lobulada, pedunculada, eritematosa, con ulceración superficial y sangrado superficial (Figura 1a), la cual le habían removido hace 22 días y a los 8 días ya la tenía otra vez. La paciente niega lesión y/o traumatismo previo en la zona. Se le explica el diagnóstico clínico presuntivo de granuloma piogénico asociado a embarazo y se recomienda removerlo después que dé a luz.

A la semana siguiente regresó, ya había nacido su hijo por parto natural, deseaba que le extirparan la lesión porque realmente le incomodaba para hablar y comer, en ese momento se revaloró y la apariencia clínica de la lesión cambió, se observaba menos eritematosa, estaba más indurada y presentaba hacia distal una lesión satélite de 2 mm, tipo papular y más eritematosa que la lesión tumoral recurrente (Figura 1b).

Se evaluaron los exámenes hematológicos preoperatorios todos dentro de límites normales. Se procedió a realizar la biopsia excisional, se aplicó técnica anestésica infiltrativa alrededor de la lesión con anestesia 2% con vasoconstrictor 1:100000, se realizó incisión oval a 2mm de la base de la tumoración, se profundizó 4mm, se envió el espécimen para estudio histopatológico en formalina al 10%, se realizó hemostasia y se suturó con catgut 6/0 (Figura 2). Se dieron recomendaciones a la paciente para efectuar una adecuada higiene oral que incluía enjuagues con clorhexidina al 0,12 %, además de ibuprofeno en tabletas de 400 mg cada 6 horas por tres días.

El análisis histopatológico reveló proliferación endotelial, células inflamatorias crónicas y numerosos canales vasculares en un fondo de tejido conectivo fibroso. El margen de resección libre de lesión. El cuadro histopatológico es compatible con el de un granuloma piógeno (Figura 3).

En el control postquirúrgico a los ocho días del procedimiento, se observó un buen proceso

de cicatrización con ausencia de sangrado (Figura 4a), la paciente manifestó mejoría en la articulación de las palabras y en el proceso de masticación. También se realizaron controles a los 6 meses, 12

meses y a los 24 meses (Figura 4b), la paciente ha tenido una evolución clínica satisfactoria, hasta este momento no se ha producido la recidiva de la lesión.

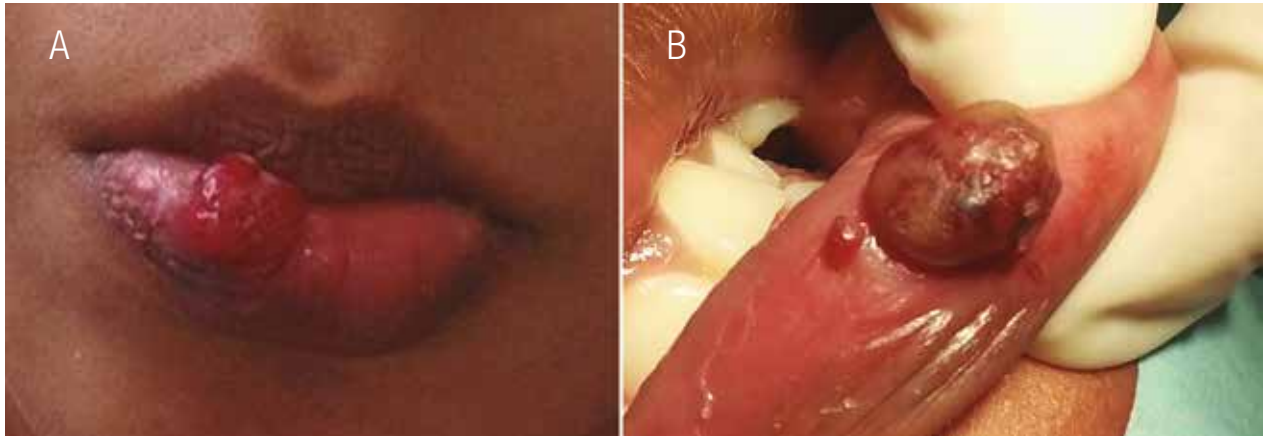


Figura 1. Paciente embarazada con lesión tumoral de 1 cm de diámetro, pedunculada, eritematosa, con ulceración superficial y sangrado superficial (a); a una semana del nacimiento de su hijo la apariencia clínica de la lesión cambió, se observaba menos eritematosa, estaba más indurada y presentaba hacia distal una lesión satélite de 2 mm, tipo papular y más eritematosa que la lesión tumoral recurrente (b).

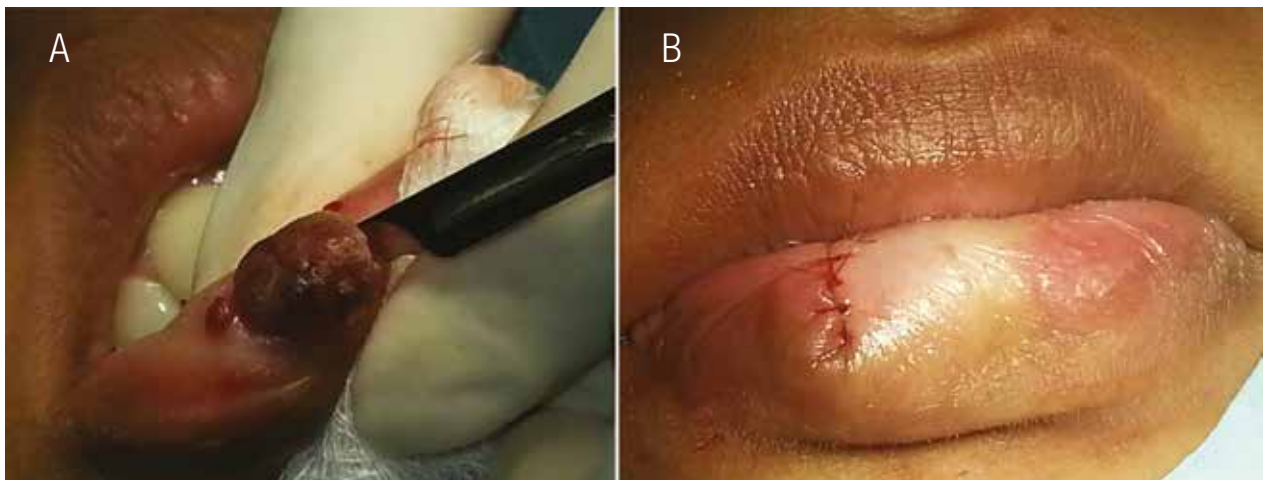


Figura 2. Biopsia excisional, remoción de ambas lesiones con incisión oval a 2mm de la base de la tumoración, se profundizó 4mm (a), se realizó hemostasia y se suturó con catgut 6/0 (b).

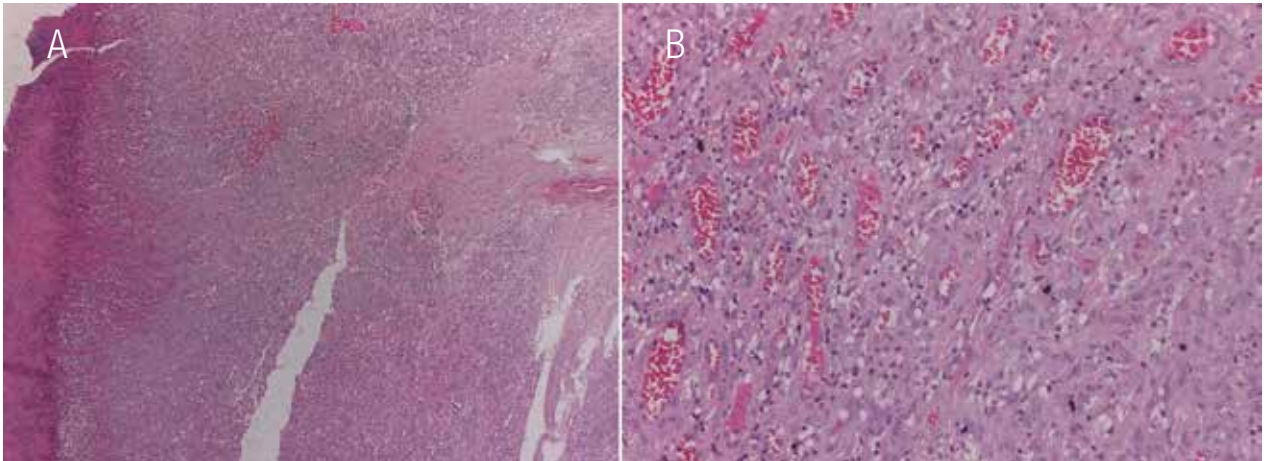


Figura 3. Hematoxilina y eosina (H & E) en baja potencia de magnificación (20x, (a)) revela numerosos canales vasculares en un fondo de tejido conectivo fibroso, infiltrado inflamatorio celular mixto disperso por todo el estroma. En alta potencia de ampliación (100x, (b)), proliferación de vasos sanguíneos de pared más o menos delgada, con leve hiperplasia de las células endoteliales, los vasos esbozan una disposición lobular.

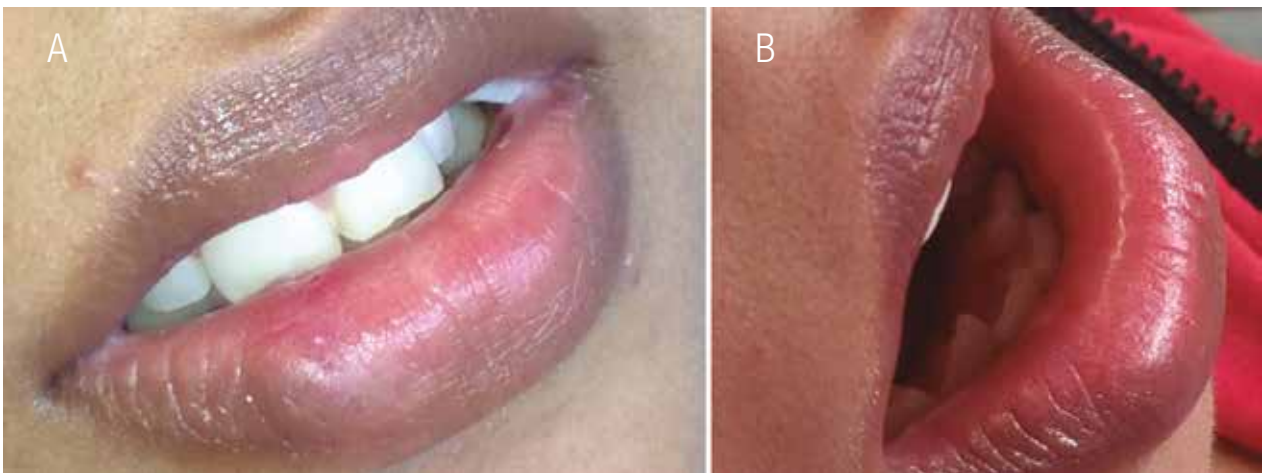


Figura 4. Controles post-operatorio a los 8 días (a) y a los 2 años de realizada la remoción quirúrgica (b).

DISCUSIÓN

Se han descrito casos de GP en labio inferior tanto en bermellón (7,28), como en mucosa labial (8,29), sin embargo, el GP del labio asociado con el embarazo es una condición clínica muy poco frecuente, Krishnapillai R et al. (3) encontraron que un 3,7% de los GP se presentaron en mujeres embarazadas. El GP se presenta con frecuencia durante el segundo y tercer trimestres del embarazo (21). Yuan et al. (30) describieron la relación entre GP y los factores angiogénicos en el embarazo, concluyeron que las hormonas esteroideas femeninas mejoran la expresión de los factores angiogénicos en el tejido inflamado y disminuyen la apoptosis de las células en el GP. Otros apoyan que el metabolismo de la progesterona puede desempeñar un papel especial en la fisiología gingival en las mujeres embarazadas permitiendo un aumento en la reacción de los tejidos tipo crónico, lo que resulta clínicamente en una aparición exagerada de la inflamación (1,31-32). En el caso reportado el embarazo fue el único factor predisponente asociado al GP en mucosa labial inferior que presentaba la paciente.

Para el tratamiento del GP en el labio se debe tomar en cuenta la estética y funcionalidad del paciente. La remoción quirúrgica completa es el procedimiento más reportado (7-8,29). Al-Qubati Y et al. (28) describieron el caso de un GP en bermellón del labio inferior que respondió satisfactoriamente a crioterapia con dióxido de carbono. Sin embargo, se ha relacionado la recurrencia del GP a una excisión incompleta (6,26), por ello, se recomiendan márgenes de 2 mm en su periferia clínica con profundidad hasta el periostio o restos en la base de la lesión original (20).

La aparición de lesiones satélites ya sea solas o en asociación con la recurrencia de la lesión original tras su exéresis es poco común (33). Las lesiones satélites suelen desarrollarse en pacientes menores de 25 años de edad, miden

entre 1 mm y 1 cm de diámetro, con características similares a la lesión original (23,27). Rana R et al. (27) reportaron el caso de una mujer con un GP en la región anterior del paladar durante el embarazo que produjo recurrencia con una lesión satélite 1 año después de la extirpación quirúrgica. En 2006, Parisi E et al. (23) describieron por primera vez el uso de una serie de inyecciones de corticosteroides intralesionales para el tratamiento de un GP recurrente varias veces después de resecciones quirúrgicas y con la formación de lesiones satélites en encía superior.

Después del parto, los GP suelen proceder de forma espontánea, pero la remoción pueden ser necesarios para los casos en que persisten (25). Se ha descrito la resolución espontánea de las lesiones satélite en 6-12 meses, por lo que se recomienda una actitud conservadora (34). En el caso que reportamos la primera remoción quirúrgica que le realizaron falló, la lesión recurrió a la semana y al mes ya presentaba una lesión satélite y aunque sólo habían transcurrido ocho días después del nacimiento del niño, se decidió realizar otra remoción quirúrgica ya que la lesión realmente afectaba a la paciente, tanto emocionalmente como para hablar y masticar; sin embargo, nuestra técnica de eliminación quirúrgica del GP y de la lesión satélite le ofreció a la paciente buenos resultados estéticos de manera rápida, con una situación estable y sin recurrencia a los 2 años de seguimiento.

CONCLUSIONES

Es importante familiarizar a los profesionales de la salud y en especial a los odontólogos con esta entidad. Aunque los GP están bien documentados en la literatura, su presencia en sitios extragingival es rara y tiene a menudo una presentación atípica, por ello si se conocen sus características clínicas se realizará una mejor opción de tratamiento considerando la mejora estética y funcional de los tejidos con la mínima invasión.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno declarado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kamal R., Dahiya P., Puri A. Oral pyogenic granuloma: various concepts of etiopathogenesis. *Journal of Oral and Maxillofacial Pathology*. 2012;16 (1): 79–82.
2. Saravana G. H. L. Oral pyogenic granuloma: a review of 137 cases. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2009; 47 (4): 318–319.
3. Krishnapillai R., Punnoose K., Angadi P. V., Koneru A. Oral pyogenic granuloma a review of 215 cases in a South Indian Teaching Hospital, Karnataka, over a period of 20 years. *Oral Maxillofac Surg*. 2012 Sep;16 (3): 305-9.
4. Mussalli N. G., Hopps R. M., Johnson N. W. Oral pyogenic granuloma as a complication of pregnancy and the use of hormonal contraceptives. *Int. J. Gynaecol Obstet*. 1976; 14: 187–91.
5. Miller R. A., Ross J. B., Martin J. Multiple granulation tissue lesions occurring in isotretinoin treatment of acne vulgaris – successful response to topical corticosteroid therapy. *J. Am Acad Dermatol*. 1985; 12: 888–9.
6. Jafarzadeh H., Sanatkhanani M., Mohtasham N. Oral pyogenic granuloma: a review. *Journal of Oral Science*. 2006; 48 (4): 167–175.
7. Patil Karthikeya, Mahima V. G., Lahari K. Extralingival pyogenic granuloma. *Indian J Dent Res*. 2006; 17 (4): 199-202.
8. Asha V., Dhanya M., Patil B. A., Revanna G. An unusual presentation of pyogenic granuloma of the lower lip. *Contemporary Clinical Dentistry*. 2014; 5 (4): 524-526.
9. Sachdeva S. K. Extralingival Pyogenic Granuloma: an Unusual Clinical Presentation. *Journal of Dentistry*. 2015; 16 (3 Suppl): 282-285.
10. Amirchaghmaghi M., Falaki F., Mohtasham N., Mozafari P. M. Extralingival pyogenic granuloma: a case report. *Cases J*. 2008 Dec 3; 1 (1): 371.
11. Dahiya R., Kathuria A. Extralingival pyogenic granuloma histologically mimicking capillary hemangioma. *Journal of Indian Society of Periodontology*. 2014;18 (5): 641-643.
12. Costa F. W., Lima A. T., Cavalcante R. B., Pereira K. M. Exuberant pyogenic granuloma in extralingival site. *Braz J. Otorhinolaryngol*. 2012 Jul-Aug;78 (4): 134.
13. Ghalayani P., Hajisadeghi S., Babadi F. Extralingival pyogenic granuloma associated with medication: Report of an unusual case. *Dental Research Journal*. 2014;11 (3): 400-404.
14. KAK, Ashok L., GPS. Pyogenic Granuloma on the Upper Labial Mucosa: A Case Report. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR*. 2013;7 (6): 1244-1246.
15. Vilmann A., Vilmann P., Vilmann H. Pyogenic granuloma: evaluation of oral conditions. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 1986; 24 (5): 376–382.
16. Rachappa M., Triveni M. Capillary hemangioma or pyogenic granuloma: a diagnostic dilemma. *Contemporary Clinical Dentistry*. 2010;1 (2): 119–122.
17. Sachdeva S. K. Extralingival pyogenic granuloma: an unusual clinical presentation. *Journal of Dentistry*. 2015; 16 (3, supplement): 282–285.
18. Schwartz R. A., Nychay S. G., Janniger C. K. Bacillary angiomatosis. *J. Am Acad Dermatol*. 1991; 24: 802-803.
19. Patrice S. J., Wiss K., Mullieken J. B. Pyogenic granuloma (lobular capillary hemangioma): A clinicopathologic study of 178 cases. *Pediatr Dermatol*. 1998; 8: 267-276.
20. Joda T. Esthetic management of mucogingival defects after total excision in a case of pyogenic granuloma. *Eur J. Esthet Dent*. 2012; 7: 110–9.

21. Steelman R., Holmes D. Pregnancy tumor in a 16-year-old: case report and treatment considerations. *J. Clin Pediatr Dent.* 1992 Spring;16 (3): 217-8.
22. Hasanoglu Erbasar G. N., Senguven B., Gultekin S. E., Cetiner S. Management of a Recurrent Pyogenic Granuloma of the Hard Palate with Diode Laser: A Case Report. *J. Lasers Med Sci.* 2016 Winter; 7 (1): 56-61.
23. Parisi E., Glick P. H., Glick M. Recurrent intraoral pyogenic granuloma with satellitosis treated with corticosteroids. *Oral Dis.* 2006; 12 (1): 70-2.
24. Ghalayani P., Hajisadeghi S., Babadi F. Extralingival pyogenic granuloma associated with medication: Report of an unusual case. *Dental Research Journal.* 2014; 11 (3): 400-404.
25. Silk H., Douglass A. B., Douglass J. M., Silk L. Oral health during pregnancy. *American Family Physician.* 2008; 77 (8): 1139–1144.
26. Reddy N. R., Kumar P. M., Selvi T., Nalini H. E. Management of Recurrent Post-partum Pregnancy Tumor with Localized Chronic Periodontitis. *International Journal of Preventive Medicine.* 2014; 5 (5): 643-647.
27. Rana R., Ramachandra S. S., Prasad U. C., Aggarwal P., Dayakara J. K. Recurrent pyogenic granuloma with a satellite lesion. *Cutis.* 2015; 96 (2): E27-30.
28. Al-Qubati Y., Janniger E. J., Schwartz R. A. Pyogenic granuloma of the lip - treatment with carbon dioxide slush cryosurgery as an approach in a resource-poor country. *Adv Clin Exp Med.* 2014; 23 (1): 5-7.
29. Ravi V., Jacob M., Sivakumar A., Saravanan S., Priya K. Pyogenic granuloma of labial mucosa: A misnomer in an anomolous site. *J. Pharm Bioallied Sci.* 2012; 4 (Suppl 2): S194-196.
30. Yuan K., Wing L.-Y. C., Lin M. T. Pathogenetic roles of angiogenic factors in pyogenic granulomas in pregnancy are modulated by female sex hormones. *Journal of Periodontology.* 2002; 73 (7): 701–708.
31. Ojanotko-Harri A. O., Harri M. P., Hurttia H. M., Sewon L. A. Altered tissue metabolism of progesterone in pregnancy gingivitis and granuloma. *J. Clin Periodontol.* 1991;18:262–6.
32. Carrillo-de-Albornoz A., Figuero E., Herrera D., Bascones-Martínez A. Gingival changes during pregnancy: II. Influence of hormonal variations on the subgingival biofilm. *J. Clin Periodontol.* 2010; 37: 230–40.
33. Warner J., Jones E. W. Pyogenic granuloma recurring with multiple satellites. A report of 11 cases. *Br J. Dermatol* 1968; 80: 218–27.
34. Amérigo J., González-Cámpora R., Galera H., Sánchez-Conejo J., Moreno J., Sotillo I. Recurrent pyogenic granuloma with multiple satellites. Clinicopathological and ultrastructural study. *Dermatologica.* 1983; 166:117-121.



Attribution (BY-NC) - (BY) You must give appropriate credit, provide a link to the license, and indicate if changes were made. You may do so in any reasonable manner, but not in any way that suggest the licensor endorses you or your use. (NC) You may not use the material for commercial purposes.