

# Granuloma Piógeno y del Embarazo. Caso Clínico

Autor:  
Martín Fernando Ianardi Staiti  
Jefe de Trabajos Prácticos Cátedra de Periodoncia

Lugar de trabajo: CDT "Elóisa Díaz" - Santiago - Chile  
E-mail: mianardi@yahoo.com.ar  
Dirección: México 2811 - Ciudad - Mendoza - Argentina  
CP 5500

**AREA TEMÁTICA:** Odontología Clínica

## Resumen

El propósito de este artículo es mostrar la diferencia etiológica que existe entre el Granuloma Piógeno y el Granuloma del Embarazo y completarlo con un caso clínico. La revisión bibliográfica indicó que son clínica e histológicamente la misma patología. El punto que cambia el nombre, es si existe un estado sistémico de embarazo ya que en su etiología juegan un rol importante las hormonas. Estos Granulomas se dan más en mujeres, en la encía entre un 65 a 75% principalmente en el maxilar superior en un 56%, aunque también en cualquier zona de la boca y se ven rojos violáceos, ulcerados, con hemorragia frecuente y una membrana de fibrina que los recubre. Son hiperplasias simples que se eliminan sin ningún problema, aunque frecuentemente recidivan, y luego de la escisión el paciente siente mucha sensibilidad.

## Abstract

The purpose of this article is show the etiologic difference between Granuloma pyogenic and the granuloma of pregnancy and complete with a clinic case. The bibliographic review show that are clinic and histological the same pathology. The point that change the name, if exist a pregnancy because there is a hormonal charge in the etiology. These granulomas are more in woman, in the gingival between 65 to 75%, principal in maxillary at 56%, but in another zone too and look like brilliant red violaceous, ulcerate and whit bleeding frequently and a fibrin membrane. There are mass that eliminate whit none problem, but frequently relapse, and after of the elimination the patient feel a lot of sensibility.

Palabras claves: Granuloma - Piógeno - Embarazo  
Granuloma - Pyogenic - Pregnancy

## Introducción

El Granuloma Piógeno y del Embarazo se consideran hiperplasias simples (7, 9, 16), el granuloma piógeno, más correctamente llamado Granuloma Telangiectásico o Botriomicoma, es una lesión muy vascularizada y no

suele ser purulenta, como sugiere el término piógeno (1, 4, 9, 16, 17,19). Por otro lado se han sugerido varios términos para denominar al granuloma del embarazo, como, "Tumor del Embarazo", "épuilis-gravidarum" y "Granuloma gravidis" (3, 14).

Con frecuencia se ulceran y la úlcera recubierta por fibrina puede semejar una membrana purulenta (1, 3, 4, 6, 11, 13, 15, 16, 20). Fundamentalmente son tumores inflamatorios como lo implica el término granuloma. (6, 9, 15, 16, 20)

Etiología: El granuloma piógeno puede ser concebido como una reacción exagerada de los tejidos a un trauma menor (sarro, aparatos de ortodoncia, prótesis mal ajustadas, etc.), infección inespecífica, etc. (1, 2, 4, 5, 9, 12, 14, 15, 16, 18,19, 20), falta identificar la naturaleza exacta del factor sistémico condicionante (2, 15). Se considera que la causa más probable es la presencia de cálculo o material exógeno en el surco gingival o bolsa periodontal (4, 20). Por otro lado se considera que la etiología del granuloma en el embarazo es la aparición de ciertas alteraciones hormonales (estrógeno y progesterona) que estimulan el endotelio vascular, unidas a factores irritativos locales no específicos como también placa, cálculo o bordes desbordantes de restauraciones (8, 15, 20, 21, 23). Principalmente se le atribuye la etiología a la Progesterona, hormona que induce la inhibición de la colagenasa, por lo tanto existe una acumulación de colágeno en el tejido conectivo. También causa un incremento en la permeabilidad vascular y en polimorfo nucleares neutrófilos (21, 24).

Estos granulomas pueden presentarse en todas las zonas de la cavidad bucal (1, 4, 5, 6, 15, 18) pero se encuentra con mayor frecuencia en la encía marginal en un 65 a 75% (12, 18,19), se presentan más corrientemente en la región vestibular de la parte anterior del maxilar, de preferencia en el superior (1, 5, 11, 21) en un 56% el otro 44% se da en el maxilar inferior (18), aunque también se puede dar en labios (4, 5, 7, 15), lengua, mucosa, etc. (4, 5, 15). Pueden desarrollarse rápidamente y el tamaño varía considerablemente. Masas elevadas, bien definidas (5, 6, 16, 20), rojizos o azulados (1, 2, 4, 5, 6, 8, 13, 14,

15, 16, 19, 20, 21), a veces lobulados, sésiles o pedunculados (1, 2, 4, 5, 8, 13, 15, 19, 20, 21) con superficie lisa o verrugosa (5, 8, 15). Es frecuente que se ulceren y es común que sangren (1, 3, 4, 5, 6, 8, 20, 21), el 65% se ulcera (18), pero son típicamente indoloros (1, 5, 16), a menos que se infecten secundariamente (3, 15). Poseen un diámetro promedio de 2-3 cm. (8, 15, 21) Los dientes pueden llegar a separarse por la presión de la lesión (1). Pueden poseer una capa blanca superficial que corresponde a tejido necrótico, fácil de eliminar con una gasa, que se produce debido al traumatismo (9, 21). La lesión tiende a involucionar de modo espontáneo, convertirse en papiloma fibroepitelial o persistir sin cambio durante años (2, 3). El 1,8% de las biopsias de las lesiones de la boca corresponden a granuloma piógeno (18).



Foto 1: Se observa un granuloma piógeno en la zona vestibular entre los elementos 14 y 13 del maxilar superior.

Estas patologías se observa más en mujeres de cualquier edad que en hombres (4, 5, 10, 16, 23)

Por su color rojizo, que puede volverse cianótico a veces, puede confundirse el granuloma piógeno con un granuloma giganteocelular (1). El tumor del embarazo o granuloma del embarazo, que aparece entre el cuarto y el noveno mes de la gestación (Dales y cois., 1991)(18, 20) en 1 a 2% de los embarazos (1, 8, 14, 15, 18), otros autores relatan hasta el 9,6%, es clínica e histológicamente similar al granuloma piógeno (21), pero con frecuencia remite después del parto (1, 3, 8, 14, 15, 19, 23). El granuloma piógeno pasa a llamarse granuloma del embarazo cuando se da en embarazadas (16, 20, 23).

#### • Histopatología

Estas lesiones se caracterizan por una proliferación vascular que parece tejido de granulación (1, 2, 3, 4, 8, 15, 19, 20). Se pueden ver numerosos espacios vasculares y hojas más bien sólidas de células endoteliales, organizadas a veces en agregados lobulares (1, 2, 3, 8, 12), células inflamatorias (linfocitos

y células grandes mononucleares) y elementos fibroblásticos (2, 5, 4, 6, 8, 11, 12, 16, 20). El epitelio superficial delgado suele ulcerarse y debajo de esas zonas existe una inflamación aguda densa (1, 2, 5, 6, 19, 20). Las células inflamatorias crónicas suelen estar más profundamente en la lesión (1, 4, 20). El contenido de eritrocitos en los espacios vasculares es responsable del color rojizo de la lesión. El estroma puede a veces tornarse fibrótico, por lo cual a veces clínica e histológicamente pueden en parte simular a una hiperplasia fibrosa (1, 2, 3, 15, 16).

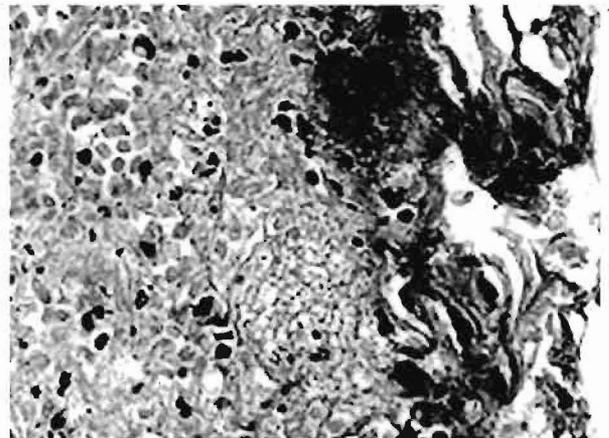


Foto 2: Corte histológico de un granuloma piógeno, en donde se ve la gran cantidad de capilares, con el infiltrado inflamatorio (principalmente Polimorfo nucleares neutrófilos), células endoteliales y elementos fibroblásticos. Se ven diferentes capas de maduración del tejido conectivo.

#### • Tratamiento

El tratamiento consiste en la escisión quirúrgica ya sea con bisturí, electrobisturí o con láser (21) que disminuye la cantidad de hemorragia. La frecuencia de recidiva es del 15% (1, 2, 3, 4, 5, 21). Es importante eliminar toda fuente de irritación, como placa, sarro y restauraciones inadecuadas (1, 2, 3, 4, 15, 19, 20).

Para el granuloma del embarazo conviene esperar a que pase el período del embarazo para que involucone espontáneamente, salvo que la paciente presente irritación o molestia al masticar, por lo cual se indica la escisión y eliminación de agentes irritantes (14, 15, 18, 21) preferiblemente en el segundo trimestre (21). También hay muchos estudios que analizan la forma de disminuir el factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) que se demostró que disminuyó el tamaño del granuloma considerablemente (22)

#### **Caso Clínico Granuloma del embarazo**

Paciente de sexo femenino de 41 años, se encuentra en su sexto mes de embarazo. Derivada desde el nivel primario de atención al Servicio Dental "Eloisa Díaz", consulta en este servicio por aumento de volumen localizado en el sector anterior del maxilar superior, indoloro pero que molesta a la masticación, que

apareció en boca hace aproximadamente 1 mes. Al examen clínico se observan lesiones tumorales elevadas entre los dientes 11-21, 21-22 y 22-23 de coloración roja intensa y en algunas zonas de color café amarillento, abarcando la zona vestibular y principalmente la encía palatina y parte del paladar. La paciente refiere que esta lesión ha producido migración de las piezas dentarias vecinas a él y dificultades para masticar y hablar.



Foto 3: Se observan las tumoraciones que se encuentran en vestibular y palatino del maxilar superior entre los elementos 11 y 23. Coloración roja con una membrana amarillenta que las recubre.

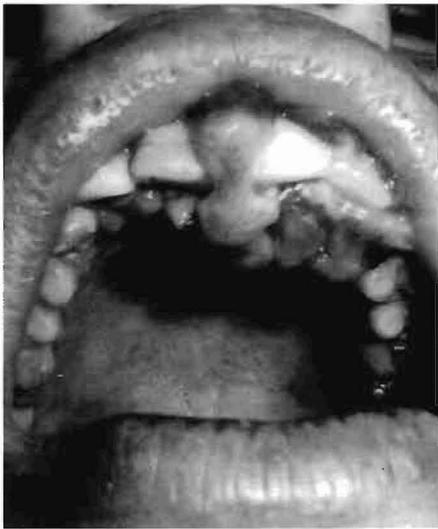


Foto 4: Otra vista del granuloma del embarazo, donde se observa mejor la membrana amarillenta y el desplazamiento que han sufrido los elementos debido a dicha lesión.

Se realizó extirpación quirúrgica de las lesiones, alcanzando un tamaño aproximado al de 4 cm. El tejido fue enviado para su correspondiente estudio histopatológico, confirmándose el diagnóstico presuntivo de granuloma del embarazo.



Foto 5: El granuloma una vez eliminado, se observa el gran tamaño y su contenido sanguinolento.

Se efectuaron controles post-quirúrgicos a los 7, 14 y 3 meses.



Foto 6: Una vez realizado el acto quirúrgico, se retira la sutura a la semana, se observa una vez retirado el cemento quirúrgico.



Foto 7: Se observa la reparación de los tejidos a las 2 semanas del acto quirúrgico.

## Discusión

A través de la búsqueda bibliográfica y el caso clínico, podemos determinar que efectivamente estas lesiones tienen mayor prevalencia que la que uno sospecha. También se constató que la terapia de elección es la extirpación de la lesión, mediante colgajo y eliminación de la parte fibrótica. También se ha recurrido a la extirpación mediante láser, que a parte de escindir el tejido, produce una coagulación que evita la hemorragia.

Lamentablemente estas patologías tienen un gran porcentaje de recidiva. En este caso recidivó en un sitio específico, por el cual se planificará una nueva intervención y eliminación de agentes irritantes.



Foto 8: La reparación casi a finalizado, pero se observa en la zona entre los elementos 22-23 como el granuloma ha recidivado, en el cual se realizará una futura intervención.

En estos casos es muy importante tener en cuenta la sensibilidad aumentada que queda luego de la extirpación de la lesión, nuestra paciente tuvo un gran malestar, y no podía alimentarse normalmente. Para ello se recomienda los agentes que bloquean los túbulos dentinarios, para evitar el movimiento de líquidos (Teoría Hidrodinámica). Uno que nos dio excelente resultado en casos extremos de sensibilidad es la colocación de adhesivo polimerizado sobre la superficie dentinaria.

Por último tenemos que tener en cuenta que en cuanto al diagnóstico diferencial entre ellas, la única pauta que tenemos es si la paciente está embarazada o no (componente hormonal), debido a que son idénticos tanto clínico como histológicamente. Por otra parte podemos encontrar este tipo de lesión en piel, que únicamente puede ser el Granuloma piógeno.

## Bibliografía

1. J Lindhe, 2000, Periodontología clínica e implantología odontológica, Tercera edición, España, Editorial Médica Panamericana, Capítulo 11, Pág. 362-363.
2. F Carranza y M Newman, 1998, Periodontología Clínica, Octava edición, México, Editorial McGraw-Hill Interamericana, Capítulo 8, Pág. 259-260.
3. S Robbins, 1975, Robbins/Patología estructural y funcional, Segunda edición, España, Editorial Importecnica S.A., Capítulo 20, Pág. 857.
4. J Regezi y J Sciubba, Patología bucal, Primera edición, México, Editorial Interamericana-McGraw Hill, Capítulo 4, Pág. 137-138.
5. J Portilla, A Aguirre y L Gaitán, 1989, Texto de Patología oral, Primera edición, México, Editorial El Ateneo S.A., Capítulo 14, Pág. 130-131.
6. E Zegarelli, A Kutscher y G Hyman, 1982, Diagnóstico en Patología, Segunda edición, España, Editorial Salvat editores S.A., Capítulo 8, Pág. 206-211.
7. D. Grinspan, 1975, Enfermedades de la boca, Tomo 1, Semiología y propedéutica clínica, Segunda edición, Argentina, Editorial Mundi S.A.C.I.F., Capítulo 8, Pág. 335-337.
8. H Robinson y A Miller, 1983, Color Atlas of oral pathology, Cuarta edición, USA, Editorial J.B. Lippincott Company, Capítulo 3, Pág. 89-90.
9. N Wood y P Goaz, 1999, Diagnóstico diferencial de las lesiones orales y maxilares, Primera edición, USA, Editorial Harcourt Brace, Parte II, Capítulo 8, Pág. 120.
10. N Wood y P Goaz, 1999, Diagnóstico diferencial de las lesiones orales y maxilares, edición, USA, Editorial Harcourt Brace, Parte II, Capítulo 10, Pág. 138-139.
11. N Wood y P Goaz, 1999, Diagnóstico diferencial de las lesiones orales y maxilares, edición, USA, Editorial Harcourt Brace, Parte IV, Capítulo 32, Pág. 549-550.
12. G Raspall, 1986, Tumores de cara, cabeza y cuello, Atlas clínico, Primera edición, España, Editorial Salvat editores S.A., Capítulo 12, Pág. 136-137.
13. [www.uiowa.edu/oprm/AtlasWIN/AtlasFrame.html](http://www.uiowa.edu/oprm/AtlasWIN/AtlasFrame.html)
14. V Kumar, R Cotran y T Collins, 2000, Robbins/Patología estructural y funcional, Sexta edición, España, Editorial McGraw-Hill Interamericana, Capítulo 12, Pág. 560.
15. P McCarthy y G Shklar, Enfermedades de la mucosa bucal, Segunda edición, Argentina, Editorial El Ateneo, Capítulo 33, Pág. 371-373.
16. R Gorlin y H Goldman, 1984, Thoma Patología oral, Sexta edición, España, Editorial Salvat Editores S.A., Capítulo 20, Pág. 951-952.
17. R Cabrini, 1980, Anatomía Patológica bucal, Primera edición, Argentina, Editorial Mundi Argentina, Capítulo 7, Pág. 153-156.
18. S Bhaskar, 1984, Patología bucal, Sexta edición, Argentina, Editorial El Ateneo, Capítulo 14, Pág. 355-357.
19. Garcia GL, Reyes VJO, 2001, Granuloma piógeno, Med Oral 03(2) pág. 84-86.
20. Binnie W, 1999, Periodontal cysts and epulides, Periodontol 2000 vol 21, pág. 16-32.
21. Amar S, Mun Cheng K, 1994, Influence of hormonal variation on the periodontium in women, Periodontol 2000 vol 6, pág. 79-87.
22. Yuan K, Lin M, 2004, The roles of vascular endothelial growth factor and angiopoietin-2 in the regression of pregnancy pyogenic granuloma, Oral Diseases vol. 10, no. 3, pág. 179-185.
23. López-Labady J, Lazard J, Arreaza A, 2003, Granuloma piogénico de gran tamaño en pacientes embarazada: Presentación de un caso, Acta Odontológica venezolana vol 41 N° 3, 33-44.
24. O'neil TCA, 1979, Maternal T-lymphocyte response and gingivitis in pregnancy, J Periodontol vol 50, pág. 402-414.