

Granuloma telangiectásico: presentación de un caso significativo

Telangiectatic Granuloma: A Meaningful Case

211

Univ Odontol. 2012 Ene-Jun; 31(66): 211-216. ISSN 0120-4319

PRÁCTICA CLÍNICA

Jonathan Harris Ricardo

Odontólogo, Universidad del Sinú, Cartagena, Colombia. Especialista en Estomatología y Cirugía Oral, Universidad de Cartagena, Colombia. Candidato a magíster en Microbiología Molecular, Universidad Libre, Cartagena, Colombia. Docente, Corporación Universitaria Rafael Núñez, Cartagena, Colombia.

Natalia Fortich Mesa

Odontóloga, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Especialista en Endodoncia, Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia. Estudiante de Maestría en Epidemiología Clínica, Universidad Nacional de Colombia. Docente, Corporación Universitaria Rafael Núñez, Cartagena, Colombia.

Delenis Cassiani Cassiani

Estudiante de Odontología, Corporación Universitaria Rafael Núñez, Cartagena, Colombia.

RESUMEN

El granuloma telangiectásico bucal es una hiperplasia reactiva inflamatoria que afecta la mucosa y el tejido gingival de la cavidad oral. Se presenta como una reacción del tejido conectivo a estímulos como traumas, irritación local por placa dental, procesos infecciosos y factores hormonales. Es una patología muy frecuente en la región suramericana, que se describe clínicamente como una lesión tumoral de color rojo, tamaño variable, superficie lisa o rugosa, de base pediculada con mayor frecuencia, consistencia blanda y tendencia a sangrar cuando es manipulado. La remoción quirúrgica es el tratamiento de elección. Se reporta el caso clínico de un paciente con diagnóstico de granuloma telangiectásico de gran tamaño, que acudió a la clínica odontológica de la Corporación Universitaria Rafael Núñez en Cartagena, Colombia. Se describen las características clínicas e histopatológicas, así como su tratamiento.

PALABRAS CLAVE

Granuloma telangiectásico, hiperplasia inflamatoria, hemorragia bucal, placa dental, procedimientos quirúrgicos orales.

ÁREAS TEMÁTICAS

Patología bucal, enfermedades vasculares.

ABSTRACT

Oral granuloma telangiecticum is a reactive inflammatory hyperplasia that affects oral mucosa and gingival tissues. It is a reaction of the connective tissue to trauma, dental plaque-induced irritation, infections and hormonal factors. This pathology is often found in the South American region and is clinically described as a red tumorous lesion with variable size, smooth or rough surface, frequently pedicled, soft consistency, and tends to bleed when it is manipulated. Treatment consists of surgical enucleation. This is a case report of a patient with diagnosis of large-sized granuloma telangiecticum who attended the dental clinics of Corporación Universitaria Rafael Núñez in Cartagena Colombia. Clinical characteristics, histopathology, and treatment provided are described.

KEY WORDS

Granuloma telangiecticum, inflammatory hyperplasia, oral hemorrhage, dental plaque, oral surgical procedures.

THEMATIC FIELDS

Oral pathology, vascular diseases.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Harris J, Fortich N, Cassiani D. Granuloma telangiectásico: presentación de un caso significativo. Univ Odontol. 2012 Ene-Jun; 31(66): 211-216

Recibido para publicación: 14-02-2012

Recibido con correcciones: 08-04-2012

Aceptado para publicación: 19-04-2012

Disponible en <http://www.javeriana.edu.co/universitasodontologica>

INTRODUCCIÓN

El granuloma telangiectásico bucal (GTB) es una lesión benigna hiperplásica reactiva inflamatoria que afecta piel y mucosa bucal. Anteriormente se le denominaba granuloma piógeno del embarazo o gravídico, ya que su aparición se relacionaba con mujeres gestantes o estaba asociado al consumo frecuente de anticonceptivos orales, por las cargas hormonales que generalmente se presentan en estas condiciones (1,2). Su patogenia es desconocida; pero se le relaciona con diversos factores para su desarrollo, como traumatismos ocasionados por la exfoliación de dientes primarios, espículas óseas, trauma al cepillado dental, irritación local gingival por placa, cálculo dental, procesos infecciosos, influencia hormonal, entre otros (3).

El GTB aparece frecuentemente en mujeres entre el segundo y séptimo decenio de la vida y se caracteriza clínicamente por presentarse como una lesión tumoral, de color rojo brillante, base sésil o pediculada, consistencia blanda y superficie lisa, aunque en algunos casos se muestra de forma irregular. Tiende a crecer rápidamente y sangra con mucha facilidad. Según el lugar de aparición, la lesión puede observarse ulcerada por el roce o el trauma crónico (4,5).

Al-Khateeb y Ababneh (6), en un estudio donde realizaron un análisis retrospectivo de 108 casos de granuloma telangiectásico en una población de jordanos, reportaron que el sitio más frecuentemente fue la encía (44,4%), en la región anterior del maxilar. El signo clínico comúnmente reportado por los pacientes fue el sangrado (59,3%) y el 9,2% presentó ulceraciones en la superficie de la lesión. Por su parte, Gordon y colaboradores (7) publicaron un estudio con 293 casos de GTB en una población brasileña. En Colombia, la frecuencia de la enfermedad está en crecimiento. Jiménez y Alejandro (8) realizaron un análisis retrospectivo de 9023 informes de patología bucal en Medellín y reportaron 375 casos. En Cartagena, Colombia, Díaz-Caballero y colaboradores reportaron un caso en un paciente de 59 años de edad y sexo femenino (9).

Histopatológicamente, se observa una lesión revestida por un adelgazado o ulcerado endotelio, el cual se encuentra constituido por abundantes lóbulos de vasos capilares rodeados de infiltrado inflamatorio rico en neutrófilos; en la parte inferior del epitelio se presenta una proliferación de pequeños vasos capilares de pared fina rodeados por un tejido conectivo laxo y edematoso (10).

En cuanto a la conducta terapéutica, inicialmente se debe interceptar y eliminar el factor local etiológico desencadenante o asociado al GTB, controlar la placa bacteriana, cambiar restauraciones inadecuadas y eliminar bolsas periodontales. Posteriormente, se realiza la extirpación quirúrgica, a fin de llegar hasta el periostio, legar toda la base de la lesión, efectuar el raspado y alisado radicular y hacer las extracciones dentarias, si es necesario (11). Saghafi y colaboradores (12) llevaron a cabo un análisis retrospectivo con 151 casos de GTB y hallaron que la tasa de recurrencia es baja (5,3%) después del procedimiento quirúrgico.

Dado que el granuloma telangiectásico es una patología frecuente en nuestro medio, es muy importante que el profesional en el área de la salud bucal conozca los factores etiológicos, características clínicas e histológicas para su correcto diagnóstico y tratamiento. Se presenta el caso clínico de un paciente con GTB.

CASO CLÍNICO

Una joven de 17 años de edad acudió al servicio de estomatología y cirugía oral de la Corporación Universitaria Rafael Núñez, en Cartagena, Colombia. Presentaba una lesión tumoral asintomática en la cavidad bucal, de cuatro meses de evolución, la cual interfería con la articulación de palabras. La paciente reportó que la lesión aumentaba de tamaño con el pasar del tiempo y sangraba espontáneamente, al momento del cepillado y al consumir los alimentos. Como antecedentes familiares se encontró que la abuela presentaba hipertensión arterial. Los antecedentes personales no eran relevantes para el caso. Durante la exploración de órganos y sistemas no presentó alteraciones considerables.

En el examen clínico intrabucal se observó una lesión tumoral, localizada en la encía lingual en el área de los dientes 35, 36 y 37 (notación dental dígito dos), con un tamaño aproximado de 2,3 cm de diámetro, de base pediculada, superficie lisa, color rojo, consistencia blanda a la palpación, con abundante placa y cálculos supragingivales (figura 1). Se estableció un diagnóstico clínico de GTB. Se le realizó la fase higiénica periodontal y enseñanza de técnicas del cepillado dental. Antes de efectuar el procedimiento quirúrgico, se ordenaron exámenes paraclínicos como hemograma, recuento plaquetario, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina y glucemia, los cuales reportaron valores normales.

FIGURA 1
LESIÓN TUMORAL EN ENCÍA LINGUAL EN LOS DIENTES 35, 36 Y 37



PROCEDIMIENTO

Previo al procedimiento quirúrgico, la representante legal de la paciente firmó el consentimiento informado, en el cual se explicaban las posibles complicaciones como hemorragia, hematomas, edema e infección. La cirugía se realizó bajo anestesia local con la administración de lidocaína al 2% con epinefrina 1:80000 para el bloqueo anestésico de la rama lingual. La técnica quirúrgica consistió inicialmente en una incisión en la base de la lesión con hoja de bisturí #15 y mango Bard Parker #3.

Acto seguido, se hizo el legrado de toda la zona, así como raspado y alisado radicular de los dientes adyacentes a la lesión. El espécimen que se extrajo tenía un tamaño de 2,5 cm de diámetro (figura 2), el cual se sumergió en un frasco con formol al 10%. Se realizó hemostasia, se ordenó farmacoterapia que incluyó amoxicilina en cápsulas de 500 mg, como antibiótico, e ibuprofeno en tabletas de 600 mg, por su efecto analgésico y antiinflamatorio. Se hicieron recomendaciones a la paciente para efectuar una adecuada higiene oral que incluía enjuagues con clorhexidina al 0,12%.

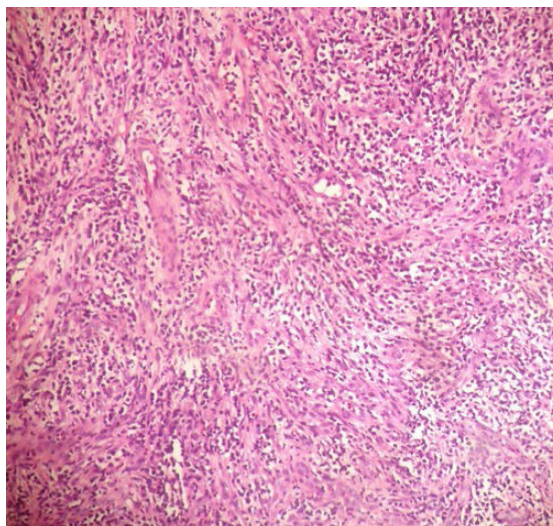
FIGURA 2
MUESTRA PATOLÓGICA CON UN TAMAÑO DE 25 MM DE DIÁMETRO



En el estudio anatomopatológico se observó un fragmento de tejido con revestimiento escamoso estratificado sin atipias, parcialmente ulcerado, en cuya lámina propia se reconoce una proliferación de vasos de pequeño calibre, rodeados por abundantes células inflamatorias de tipo linfoplasmocitos y polimorfonucleares neutrófilos. Fue negativo para malignidad y compatible con granuloma telangiectásico (figura 3).

FIGURA 3

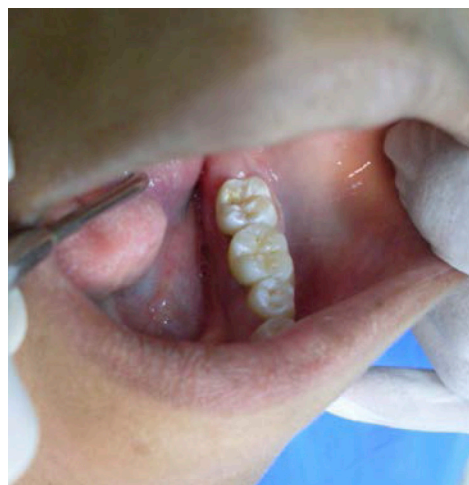
CORTE HISTOLÓGICO DONDE SE OBSERVA PROLIFERACIÓN DE VASOS DE PEQUEÑO CALIBRE, RODEADOS POR ABUNDANTES CÉLULAS INFLAMATORIAS DE TIPO LINFOPLASMOCITOS Y POLIMORFONUCLEARES NEUTRÓFILOS



En el control posquirúrgico a los ocho días del procedimiento, se observó un buen proceso de cicatrización de los tejidos blandos, con una encía de color rosa pálido, con ausencia de sangrado (figura 4). La paciente manifestó mejoría en la articulación de las palabras y en el proceso de masticación. Pasados ocho meses del procedimiento quirúrgico, no se había presentado recidiva.

FIGURA 4

CONTROL POSQUIRÚRGICO A LOS OCHO DÍAS DEL PROCEDIMIENTO



DISCUSIÓN

Varios autores han publicado reportes sobre la frecuencia y características del GTB en diferentes poblaciones. Effiom y colaboradores (13) analizaron 314 casos de lesiones reactivas focales en Nigeria y describieron que el GTB fue la lesión que se presentó con mayor frecuencia. En otro estudio, Buchner y colaboradores (14) determinaron la frecuencia de lesiones gingivales reactivas en una muestra con 233 pacientes pediátricos en Israel, donde destacaron que el GTB se presentó en el 25% de los casos. En China, Zhang y colaboradores (15) realizaron un estudio con 2439 pacientes con lesiones reactivas y reportaron que el GTB fue la tercera lesión más frecuente (482 casos). Lee y colaboradores (16) destacaron que es común encontrar el GTB afectando zonas de cavidad bucal como encía, mucosa labial y rebordes alveolares; además, mencionaron el trauma y la irritación local como factores etiológicos relacionados.

Saravana (17), en la India, revisó retrospectivamente 137 casos de GTB y reportó que el sitio más frecuentemente involucrado fue la encía 83%. Como ya se había mencionado, Al-Khateeb y Ababneh (6) analizaron 108 casos de GTB, en los cuales observaron una mayor afección en las mujeres; la encía fue la estructura más frecuentemente involucrada (44,4%). El signo principalmente expresado por los pacientes fue el sangrado (59,3%); las lesiones con base pediculada y úlceras en la superficie representaron un 9,2%.

De manera similar, Gordón-Núñez y colaboradores (7), en un estudio con 293 casos de GTB, reportaron una predilección por las mujeres, mayor localización en la encía (83%), lesiones de color rojo, consistencia blanda y base pediculada en el 61,1% de los casos. Esas características se presentaron en el caso actual, de acuerdo con el cual la paciente presentaba en la encía una lesión de color rojo, consistencia blanda, base pediculada, sangrado espontáneo y asintomática. Entre los diagnósticos diferenciales se deben incluir el hemangioma capilar, el fibroma periférico y el sarcoma de Kaposi, en los cuales se pueden ver algunas similitudes clínicas, como tipo de lesión, color, ubicación y evolución (17).

Respecto al tamaño de la lesión, Lindenmüller y colaboradores (18) reportaron un caso de GTB gigante (20 mm de diámetro) en una mujer de 34 años de edad que estaba localizado en la encía. Por su parte, Al-Khateeb y Ababneh (6) reportaron en su estudio que el tamaño promedio fue de 10 mm; Gordón-Núñez y

colaboradores (7) hallaron un tamaño promedio de 1,3 cm. En el caso actual, el tamaño de la lesión fue considerablemente significativo (25 mm).

En cuanto a la conducta terapéutica, Powell y colaboradores (19) extirparon un GTB de gran tamaño con un láser Nd:YAG que, por su alto poder coagulante, disminuye el riesgo de hemorragia, por ser el GTB una lesión muy vascularizada; dicha terapia dio buenos resultados. Ishida y colaboradores (20) recomiendan la criocirugía para tratar este tipo de lesiones. Gonçalves y colaboradores (5) eligieron, para un caso de GTB localizado en un labio superior, la escisión quirúrgica como alternativa de tratamiento, con resultados satisfactorios.

Saghafi y colaboradores (12), en un análisis retrospectivo con 151 casos de GTB, entre los cuales se practicó tratamiento quirúrgico en el 89,5% de los casos, muestran resultados positivos y una tasa de recurrencia baja (5,3%). En el presente reporte se realizó la extirpación quirúrgica, curetaje en la base de la lesión y terapia farmacológica con antibiótico y analgésico; no hubo evidencia de recidiva ocho meses después del procedimiento.

CONCLUSIÓN

El caso de GTB presentado en este artículo tenía las características que están usualmente más asociadas en la literatura con esta lesión. Era una hiperplásica benigna resultante de un traumatismo o irritación local, con características de lesión tumoral, color rojo, crecimiento rápido y sangrado espontáneo. Es muy importante que el odontólogo conozca los factores etiológicos, las características clínicas y las histológicas del GTB para realizar un correcto diagnóstico y un buen plan de tratamiento, ya que esta es una patología muy frecuente en el área geográfica suramericana, y aparentemente su incidencia ha mostrado un aumento progresivo en Colombia.

REFERENCIAS

1. Adeyemo WL, Hassan OO, Ajayi OF. Pregnancy-associated pyogenic granuloma of the lip: a case report. *Niger J Med.* 2011 Jan-Mar; 20(1): 179-80.
2. Patil K, Mahima VG, Lahari K. Extragingival pyogenic granuloma. *Indian J Dent Res.* 2006 Oct-Dec; 17(4): 199-202.
3. Jafarzade H, Sanatkhani M, Mohtasham N. Oral pyogenic granuloma: a review. *J Oral Sci.* 2006 Dec; 48(4): 167-75.
4. Rebolledo Cobos M, Harris Ricardo J, Cantillo Pa-

- llares O, Carbonell Muñoz Z, Díaz Caballero A. Granuloma telangiectásico en cavidad oral. *Av Odontoestomatol.* 2010 Sep-Oct; 26(5): 249-53.
5. Gonçalves ES, Damante JH, Rubira CM, Taveira LA. Pyogenic granuloma on the upper lip: an unusual location. *J Appl Oral Sci.* 2010 Oct; 18(5): 538-4.
 6. Al-Khateeb T, Ababneh K. Oral pyogenic granuloma in Jordanians: a retrospective analysis of 108 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003 Nov; 61(11): 1285-8.
 7. Gordón-Núñez MA, de Vasconcelos M, Benevenuto TG, Lopes MF, Silva LM, Galvão HC. Oral pyogenic granuloma: a retrospective analysis of 293 cases in a Brazilian population. *J Oral Maxillofac Surg.* 2010; 68(9): 2185-8.
 8. Jiménez R, Alejandro A. Análisis retrospectivo de 9023 informes de patología bucal en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. 1972-2003. *Rev Fac Odontol Univ Antioq.* 2006; 17(2): 19-25.
 9. Díaz Caballero AJ, Vergara Hernández CI, Carmona Lorduy M. Granuloma telangiectásico en cavidad oral. Reporte de un caso clínico. *Av Odontoestomatol.* 2009; 25(3): 131-5.
 10. Bakshi J, Virk RS, Verma M. Pyogenic granuloma of the hard palate: a case report and review of the literature. *Ear Nose Throat J.* 2009 Sep; 88(9): E4-5
 11. Giblin AV, Clover AJ, Athanassopoulos A, Budny PG. Pyogenic granuloma - the quest for optimum treatment: audit of treatment of 408 cases. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2007; 60(9): 1030-5.
 - 1.2 Saghafi S, Zare-Mahmoodabadi R, Danesh-Sani SA, Mahmoodi P, Esmaili M. Oral pyogenic granuloma: a retrospective analysis of 151 cases in an Iranian population. *Int J Oral Maxillofacial Pathol.* 2011; 2(3): 3-6.
 13. Effiom OA, Adeyemo WL, Soyele OO. Focal reactive lesions of the gingiva: an analysis of 314 cases at a tertiary health institution in Nigeria. *Niger Med J.* 2011 Jan; 52(1): 35-40.
 14. Buchner A, Shnaiderman A, Vared M. Pediatric localized reactive gingival lesions: a retrospective study from Israel. *Pediatr Dent.* 2010 Nov-Dec; 32(7): 486-92.
 15. Zhang W, Chen Y, An Z, Geng N, Bao D. Reactive gingival lesions: a retrospective study of 2,439 cases. *Quintessence Int.* 2007 Feb; 38(2): 103-10.
 16. Lee KH, Polonowita AD. Un caso de granuloma piógeno recurrente. *NZ Dent J.* 2007 Dec; 103(4): 98-100.
 17. Saravana GH. Oral pyogenic granuloma: a review of 137 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2009 Jun; 47(4): 318-9.
 18. Lindenmüller IH, Noll P, Mameghani T, Walter C. CO2 laser-assisted treatment of a giant pyogenic granuloma of the gingiva. *Int J Dent Hyg.* 2010 Aug; 8(3): 249-52.
 19. Powell JL, Bailey CL, Coopland AT, Otis CN, Frank JL, Meyer I. Nd:YAG laser excision of a giant gingival pyogenic granuloma of pregnancy. *Lasers Surg Med.* 1994; 14(2): 178-83.
 20. Ishida CE, Ramos-e-Silva M. Cryosurgery in oral lesions. *Int J Dermatol.* 1998 Apr; 37(4): 283-5.

CORRESPONDENCIA

Jonathan Harris Ricardo
j.harris.r@hotmail.com

Natalia Fortich Mesa
n_fortich@hotmail.com
natalia.fortich@curnvirtual.edu.co

Delenis Cassiani Cassiani
delenis0525@hotmail.com