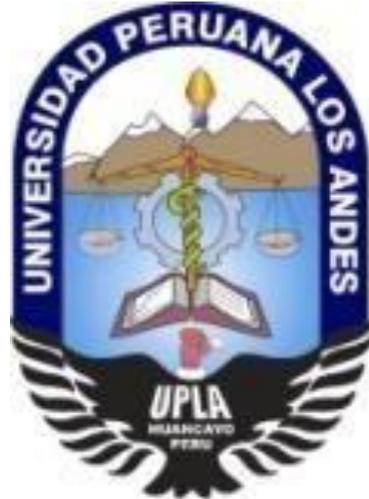


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Odontología



**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
EXTIRPACION DE GRANULOMA PIOGENO: REPORTE DE UN
CASO**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

Autor: BACH. SAMAR CALDERON WILLIAM DENIS

Asesor: MG. GARCÍA GUTIÉRREZ MARÍA ANTONIETA

Línea de Investigación de la Universidad: Salud y Gestión de la salud

**Huancayo – Perú
2021**

DEDICATORIA:

A mis padres:

POR SU CARÍÑO, APOYO Y PACIENCIA
EN CADA PASO DE MI VIDA, QUE SIN
ESPERAR NADA A CAMBIO, HAN SIDO
EL MOTOR DE MI VIDA Y LA
INSPIRACIÓN DE CADA DÍA PARA
SEGUIR ADELANTE.

AGRADECIMIENTO

A MI PACIENTE:

QUE, COLABORO EN LA REALIZACIÓN DE ESTE ESTUDIO DESINTERESADAMENTE SACRIFICANDO SU TIEMPO DE DESCANSO Y SIENDO SU PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA.

CONTENIDO

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
CONTENIDO.....	4
RESUMEN.....	7

CAPITULO II

2.1 INTRODUCCION.....	9
2.1.1 Planteamiento del problema.....	10
MARCO TEORICO	12
2.2.1 BASES TEÓRICAS	12
Que es el granuloma piogeno.....	12
Causas del granuloma piogeno de origen bucal.....	12
Prevención de enfermedades bucales.....	13
Tratamiento para el granuloma piogeno.....	13
El granuloma piogeno.....	14
Definición.....	15
Etiología.....	15
Características clínicas.....	16
Epidemiología.....	16
Descripción histopatológica.....	18
Diagnostico diferencial.....	18
Tratamiento.....	19
Anatomía patológica.....	20

2.3 OBJETIVOS.....	21
--------------------	----

CAPÍTULO III

3. CONTENIDO

3.1 DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO.....	22
HISTORIA CLÍNICA.....	22
3.2 EXAMEN CLINICO GENERAL.....	23
3.3 DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO.....	24
4. PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL	26
A. Examen anatomo patológico	27
B. Plan de control y mantenimiento.....	28

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES.....	29
-------------------	----

CAPÍTULO V

APORTES.....	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31

CONTENIDO DE FIGURAS

FIGURA N°01	
Imagen extra oral	22
FIGURA N°02	
Imagen intra oral de la lesión tumoral en mucosa de la cara lingual del reborde	23
FIGURA N°03	
Tomografía CONE BEAN con corte, coronal, axial, sagital y reconstrucción 3D	24
FIGURA N°04	
Exégesis total de la lesión tumoral bajo anestesia general	26
FIGURA N°05	
Estudio histopatológico en la que se muestra las características del granuloma	27
FIGURA N°06	
Fotografía de control post operatorio al mes y a los 3 meses	28

RESUMEN

El granuloma piógeno es una lesión benigna de la piel y la mucosa oral que se manifiesta con mayor frecuencia relacionada con diversas etiologías como. Lesiones reactivas que surgen como respuesta a varios estímulos de irritación, traumatismos de la mucosa oral y cambios hormonales. Su manifestación clínica muestra una lesión hiperplásica de tamos variables, altamente vascularizados, de base pedunculada o sesil con crecimiento lento. No tiene una tendencia al sexo y edad suele aparecer con mayor predominancia en los labios, mucosa oral y en el reborde alveolar desdentado con escasos reportes de casos clínicos ubicados en la cara lingual del reborde alveolar de la mandíbula izquierda.

El artículo tiene el objetivo de mostrar un reporte de caso clínico con la finalidad de diagnosticar y describir la lesión granular hiperplásica en la región de la cara lingual del reborde alveolar desdentado del maxilar inferior izquierdo en un paciente de 55 años de edad sexo femenina. Se realizó la biopsia excisional y al diagnóstico histopatológica fue granuloma piógeno, el proceso de cicatrización se desarrolló dentro de su normalidad con el control estricto llegando a una cicatrización adecuado con ligera hipersensibilidad no presentando signos recidivantes al control de los 6 meses.

Palabra clave: Granuloma piógeno o piogenicum, hiperplasias reactivas.

ABSTRACT

Pyogenic granuloma is a lesion benign of the skin and oral mucosa that manifests itself most frequently related to various etiologies such as. Reactive lesions that arise in response to various irritation stimuli, oral mucosal traumas and hormonal changes. Its clinical manifestation shows a hyperplastic lesion of variable types, highly vascularized, with a pedunculated or sessile base with slow growth. It does not have a tendency to sex and age usually appears with greater predominance in the lips, oral mucosa and in the toothless alveolar ridge with few reports of clinical cases located on the lingual aspect of the alveolar ridge of the left jaw.

The aim of the article is to present a clinical case report with the purpose of diagnosing and describing the hyperplastic granular lesion in the region of the lingual surface of the alveolar ridge of the left lower jaw in a 55 year old female patient. . the excisional biopsy was performed and the histopathological diagnosis was pyogenic granuloma, the healing process was developed within its normality with strict control reaching adequate healing with slight hypersensitivity, showing no signs of recurrence at 6 months of control.

Keyword. Pyogenic granuloma or pyogenicum, reactive hyperplasias

II INTRODUCCION

La definición de granuloma piógeno surge de grandes discusiones que creyeron su origen de microorganismos de los estreptococos y estafilococos y hongos siendo la primera estudios de esta patología según Ponce y Dor. en 1987 quienes los denominaron Botrino micosis hominis. El cual fueron descubriendo que la causa fue los microtraumatismos, injurias irritaciones locales sobre la mucosa y la piel, respuesta a ello se formaban tejidos de granulación exagerada. Introduciendo por primera vez la definición de granuloma piógeno en 1904 por hartzell. Considerando una tumoración benigna de características invasivas presentándose a menudo con mayor frecuencia en las encías, labios y en la mucosa oral cuya causa principal son las reacciones a una irritación local crónica, traumatismos, microtraumatismos, desequilibrio hormonal y como respuesta a dosificaciones farmacológicas dando con resultado una lesión hiperplásica proliferativa de tejido conectivo súper vascularizado. (1-4)

A inicio de su definición, se creía que la lesión era causada por un microorganismo o piocitos. En la actualidad, se descarta que no guarda relación este tipo de infección ya que no contiene secreción purulenta y no es un estricto rigor granuloma demostró Jafarzadeh 2006. Según los resultados, histológicamente se asemeja a una lesión angiomatoso en lugar a un tejido granulomatosa demostró Gomes.et.al 2013.

El granuloma piógeno es considerado como una lesión benigna reactiva como respuesta a varios estímulos de irritaciones repetitivas locales, microtraumatismos, traumatismos (en las extracciones traumáticas del

diente), desordenes hormonales (adolescentes y gestantes) y algunos medicamentos en tratamiento de los pacientes. Las lesiones del granuloma piógeno se presenta aproximadamente un tercio después de las lesiones traumáticas. Es por ello que se asocia en un porcentaje mínimo a este factor a las lesiones de tipo extra gingivales demostró Jafarzadeh 2006.

21 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al existir un trauma o micro trauma, con irritación continua de los tejidos reaccionan formando un tejido de proliferación e invasión de microorganismos no específicos, algunas veces demostraron presencia de los microorganismos oportunistas dentro de la lesión según Kamal 2012. la patogénesis del granuloma piógeno es todavía discutible. Uno de los causales también puede ser la higiene deficiente por la acumulación de restos alimenticios formando su biofilm y llegando a calcificarse infra gingivalmente, así mismo, el óxido nítrico sintetiza para el factor de crecimiento endotelial y vascular el factor de crecimiento fibroblástico y el factor de crecimiento del tejido conectivo son los que más son conocidos por estar dentro del angiogénesis para el crecimiento rápido del granuloma piógeno. Consecuentemente la medicación como la ciclosporina tiene un rol inductor a la aparición de esta lesión benigna, así mismo está adscrito a la práctica estomatológica iatrogénica como fuente de estimulación de la lesión reactiva.

La lesión varia su tamaño de un milímetro a centímetros mayores presentando dolor por presentarse especialmente en un área donde se altera el tejido constantemente. El granuloma piógeno de la mucosa de la cavidad

bucal es más conocido por ubicarse desarrollarse en las encías dentadas, su variedad extra gingivales puede desarrollarse en los labios, la lengua, mucosa del paladar, mucosa de la boca en la región faríngea según Kamal 2012.

Esto se asocia principalmente mujeres jóvenes, segunda década de vida, debido a un defecto vascular inducidos por el cambio hormonal.

Presentándose el 1% de las personas embarazadas según Adusumilli 2014.

Para llegar a un diagnóstico de granuloma piógeno debemos realizar una buena historia clínica, exámenes de laboratorio, exámenes imagenológicas para los diagnóstico presuntivo diferencial y planificando una biopsia para su análisis de cortes histológicos de la muestra de la biopsia . El tratamiento adecuado y recomendado es la escisión quirúrgica conservadora la tasa de recurrencia puede darse de 0 -16%. en este trabajo casuístico se presenta un reporte de caso de granuloma piógeno fibrozado de 55 años de edad de sexo femenina, su localización es poco inusual mostrándose en la cara lingual del reborde alveolar desdentado en el maxilar inferior izquierdo. La histopatología y la discusión son de muy vitales, al hacer el examen clínico la lesión presenta una tumoración móvil pediculado ulcerativo violáceo más compatible con una lesión fibrosa vascularizada (3). Con los estudios histológicos muestrearon el diagnóstico definitivo granuloma piógeno inusual.

22 MARCO TEÓRICO

QUÉ ES EL GRANULOMA PIÓGENO

El granuloma piógeno es una lesión tumoral de la piel, que puede formarse en cualquier parte de la piel, incluyendo la boca y las encías. Su aparición no se debe a la presencia de bacterias y tiene características peculiares. Es muy habitual su formación en pacientes jóvenes, aunque también lo padecen adultos. Las causas de la aparición del granuloma piógeno oral son muy variables, aunque a veces se debe a la presencia de otras enfermedades de la boca. Es frecuente la formación de esta lesión tumoral en las encías durante el embarazo. Las lesiones muestran un aumento de tejido fibroso epitelial, de color rojo, que sangra con facilidad.

Ante cualquier tipo de lesión o herida en la boca es importante que visites al especialista. En la clínica dental analizamos detenidamente el origen de estas lesiones, con el objetivo de planificar para ti un tratamiento de calidad, que nos permita acabar con el problema con rapidez.(4)

CAUSAS DEL GRANULOMA PIÓGENO DE ORIGEN BUCAL

Esta lesión tumoral es benigna y se forma a consecuencia del aumento de tejido epitelial por parte de los vasos sanguíneos de la piel. La formación del granuloma puede deberse a algunas enfermedades bucales:

- Golpes o traumas en la boca.
- Enfermedad de las encías y los tejidos periodontales.
- Durante el embarazo, el granuloma piógeno es frecuente debido a los cambios hormonales típicos de la gestación.
- Prótesis dentales mal ajustadas.

- Roce constante de los aparatos de ortodoncia con las mucosas de la boca.
- Carencia de higiene bucodental.(4)

PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES ORALES

Para prevenir la formación de patologías como el granuloma piógeno, entre otras, la higiene bucodental es la clave. Mantener unos dientes sanos, limpios y cuidados nos ayuda a evitar la aparición de enfermedades de todo tipo. Nuestro consejo es que te cepilles los dientes entres dos y tres veces al día, sin olvidar la limpieza lingual.

Utiliza cepillos de dientes de calidad, de cerdas suaves o medias y sigue una buena técnica de cepillado. Además, debes de limpiar también la zona interdental, con el fin de eliminar bacterias que se alojan entre los dientes. La seda dental, los cepillos interproximales y el irrigador bucal son herramientas de gran ayuda para optimizar la higiene bucodental. Finaliza la rutina de higiene con el uso de un buen colutorio o enjuague bucal. Este paso es perfecto para aportar protección a dientes y encías.

En la Clínica Dental Ruiz de Gopegui te realizamos una limpieza dental profesional periódicamente. Mediante nuestra tartrectomía eliminamos el sarro de tus dientes y la placa bacteriana que no has removido mediante el cepillado. Gracias a estos tratamientos conservadores, conseguimos una sonrisa blanca y bonita, libre de infecciones orales.(5)

TRATAMIENTO PARA EL GRANULOMA PIÓGENO ORAL

En el caso de que se haya formado un granuloma piógeno en tus mucosas bucodentales, el tratamiento que llevamos a cabo en nuestra clínica odontológica es la exéresis de granuloma. Se trata de una intervención

de cirugía oral mínimamente invasiva y de alta calidad.

La planificación del tratamiento la realizamos de forma detallada y a medida.

Por lo tanto, estudiamos bien las lesiones que padeces, con el objetivo de diseñar un procedimiento predecible, exitoso y muy seguro. Lo que conseguimos mediante esta técnica es extraer el granuloma en su totalidad.

Gracias a esta cirugía mucogingival podemos dotar de salud a tus encías, mejorando la estética dental perdida a consecuencia de las lesiones tumorales. Es importante que te pongas en manos expertas, ya que el granuloma piógeno es una lesión bucal recurrente y lo que pretendemos es acabar con la patología para siempre.(5)

EL GRANULOMA PIÓGENO es una pequeña lesión abultada con crecimiento rápido, en pocos días, de coloración rojiza o carnosa y que aparece en niños sanos en piel o en la mucosa de la boca. Generalmente es una lesión única y de tamaño pequeño, menor de un centímetro y su unión con el resto de piel puede ser amplia o estrecha (pediculada).

Se produce por un estímulo transitorio y localizado de la formación de pequeños vasos sanguíneos de la piel en dicha región. Esta proliferación es lo que produce el crecimiento rápido y lo que le otorga su aspecto rojizo o carnoso. Este aspecto característico, junto con su velocidad de crecimiento son claves para su diagnóstico.

Puede aparecer sobre piel sana y sin causa aparente, si bien es frecuente que pueda aparecer desencadenado por pequeños traumatismos, picaduras de insecto, forúnculos o bien en zonas de roce, como en la cara interna de los labios. Aunque puede aparecer en cualquier zona de piel, es más frecuente que aparezca en dedos de las manos y en la cara.

Afecta fundamentalmente a niños y a adultos jóvenes y es raro encontrarlo en personas de edad más avanzada. Es igual de frecuente en niños que en niñas. Se trata de una lesión benigna, si bien por su rápido crecimiento y su rica vascularización es frecuente que sangre con pequeños roces, o que incluso se ulcere, y produzca molestias. En caso de duda, la extirpación de la lesión y su posterior examen confirman el diagnóstico.

El tratamiento del granuloma piógeno varía en función de las características de forma y tamaño del granuloma. En lesiones pedunculadas puede realizarse su escisión seguida de la electrocoagulación de la base para evitar el sangrado. En caso de lesiones más amplias puede realizarse la extirpación quirúrgica. En ambos casos es posible que la lesión reaparezca producida por la propia agresión para la piel que supone la extirpación de la lesión. Ante cualquier duda conviene consultar con el pediatra.(5)

DEFINICIÓN

El granuloma piogénico es una lesión de la cavidad oral de naturaleza no neoplásica. El granuloma piogénico, también conocido como hemangioma lobular capilar, es una neoformación reactiva de la piel consecutiva a traumatismo, que se presenta en cavidad bucal con cierta frecuencia. (1,2) Aunque inicialmente se consideró su origen relacionado con agentes infecciosos, hoy en día se cree que no tiene relación con ellos. En la actualidad se conoce que es un desarrollo reactivo focal de tejido fibrovascular o de granulación con proliferación endotelial, la cual no tiene relación con ninguna bacteria. (1,3)

ETIOLOGÍA

La causa del granuloma piógeno es desconocida; sin embargo por estar compuesta de tejido de granulación, se cree que la lesión representa una reacción exagerada de los tejidos a un traumatismo local (4). El granuloma piogénico representa una respuesta tisular exuberante a una irritación local o a un traumatismo; como por ejemplo exfoliación de dientes primarios, espículas óseas, trauma por cepillado, irritación gingival por placa y cálculo, sobre todo cuando están localizados en encía. (5,6)

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

El granuloma piogénico se presenta como una masa lisa o lobulada, generalmente pediculada, aunque en algunos casos puede ser sesil; que sangra con facilidad y que puede presentar el aspecto de una frambuesa. La superficie característicamente está ulcerada, y su color oscila entre rosa, rojo y púrpura, dependiendo del tiempo de evolución de la lesión. Su tamaño puede variar desde pocos milímetros hasta varios centímetros de diámetro. La lesión no es dolorosa, pero puede sangrar con facilidad debido a su abundante vascularización. En algunos casos pueden mostrar un crecimiento rápido haciendo sospechar la presencia de una neoplasia maligna.

El granuloma piogénico de la cavidad oral muestra predilección por la encía, aunque también se puede presentar en otras localizaciones. La irritación e inflamación de la encía como resultado de una pobre higiene oral puede ser el factor precipitante de muchos casos. (7, 8,)

EPIDEMIOLOGÍA

Aunque el granuloma piogénico se puede presentar en cualquier edad, es más frecuente en niños y en adultos jóvenes. Comprende cerca del 1,8% de todas las biopsias bucales y es algo más frecuente en mujeres que hombres.

Aproximadamente, el 75% de las lesiones afectan la encía; el porcentaje restante se distribuye en mejillas, labios, lengua y paladar, pliegue mucobucal, frenillo y mucosa alveolar de zonas desdentadas. Las lesiones gingivales en general son más comunes en el maxilar (56%) que en la mandíbula (44%), en la superficie bucal más que en la lingual y en la parte anterior, más que en la posterior. Con excepción del área lingual correspondiente a los molares inferiores, las lesiones aparecen en todas las zonas de la encía. Existe predilección por el sexo femenino. Los granulomas piogénicos se presentan con frecuencia en mujeres embarazadas, por lo que también se le ha denominado "tumor del embarazo". Tras el embarazo, muchos de estos granulomas sufren regresión o sufren una maduración fibrosa semejándose a un fibroma. (10)

DESCRIPCIÓN HISTOPATOLÓGICA

Se encuentra formado por tejido conjuntivo fibroso denso y laxo, con proliferación endotelial, infiltrado inflamatorio mixto, difuso, cubierto por epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado por acantosis, edema intra y extracelular, solución de continuidad, cubierto por fibrina.

El grueso de la lesión se compone de 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. (11)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Granuloma periférico de células gigantes: Se presenta como un nódulo focal sésil de color púrpura en la encía. Puede alcanzar los 2 cm, suele ser exofítica y abarcar más de un diente.

Diapneusia. Es una masa exofítica de color rosado y superficie lisa.

Hemangioma capilar: Lesión aplanada o sobreelevada, blanda de coloración azulada por la proliferación vascular subyacente. A veces, a la palpación, puede ser pulsátil, así como palidecer o disminuir en su coloración.

Sarcoma de Kaposi: Lesiones de color rojizo a púrpura intenso y pueden ser maculares o nodulares. Las lesiones maculares son difíciles de distinguir de una hematoma persistente, mientras las lesiones nodulares tempranas se parecen al granuloma piógeno.

Melanoma. Puede ser de color marrón oscuro, negro azulado o negro. A veces se encuentra un melanoma pigmentario (melanoma amelonético) más marrón o negro. La mayoría de las lesiones inicialmente, tiene un patrón macular y se convierten en papulosas y/o nodulares en estadios tardíos.

Fibroma periférico: Generalmente una lesión única, dura, que aparece sin antecedentes traumáticos o inflamatorios, es pediculado o sésil, de superficie lisa o rugosa, color igual al de la mucosa normal de la boca. (11)

TRATAMIENTO

El tratamiento del granuloma piógeno consiste en la extirpación quirúrgica llegando hasta el periostio. En caso de localización gingival, se deben estudiar detenidamente los dientes adyacentes para eliminar cualquier fuente de irritación. En los casos de desarrollo durante el embarazo el tratamiento se debe diferir, a no ser que produzca problemas estéticos o funcionales. (3,7)

La escisión quirúrgica es el tratamiento más común. Sin embargo, esto puede resultar en cicatrices. Cuando el procedimiento tenga riesgo de producir deformidad marcada, la biopsia incisional es obligatoria. Recientemente, el uso de tratamientos más conservadores, tales como la criocirugía, la cirugía con láser, inyección de etanol absoluto y la tetradecil sulfato de sodio se han

propuesto para reducirlo. (10,11)

Otros investigadores también utilizan una serie de inyecciones de corticosteroides intralesionales para el tratamiento del granuloma piógeno, especialmente para lesiones muy recurrentes. A pesar de estos tratamientos, la recurrencia no es infrecuente. Después de la escisión, la recurrencia ocurre hasta en un 16% de los casos. Es preciso subrayar que los casos gingivales muestran una tasa de recurrencia mucho mayor que las lesiones en otros sitios de la mucosa oral. (11)

ANATOMÍA PATOLÓGICA

El examen histopatológico de un Granuloma Piógeno, se observan fragmentos de tejido tapizado por un epitelio plano estratificado, con cambios reactivos severos en el epitelio de acantosis papilomatosis e hiperplasia de las células de la capa basal, en el corion se observa una proliferación de vasos sanguíneos de tipo capilar con hiperplasia de células endoteliales, y una gran proliferación de infiltrado inflamatorio de tipo mixto. La lesión es circunscrita y se rodea de epitelio en forma de collar. (9)

21 OBJETIVO GENERAL

Extirpar el granuloma inusual en la boca del paciente, teniendo todas las precauciones quirúrgicas y patológicas necesarias para una mejor recuperación del paciente.

III. CONTENIDO

3.1 DESARROLLO DEL CASO CLINICO

3.2 HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 45 años de edad acude a la consulta al servicio de Cirugía Bucal y maxilofacial del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgica “Daniel A. Carrión” Huancayo Perú. el 01 de diciembre del año 2018. con el motivo de consulta. dolor y tumoración en la boca, tiempo de enfermedad 3 años aproximadamente, inicio insidioso, curso progresivo, signos síntomas: dolor y tumoración en la boca

Paciente acude a la consulta por aumento de volumen en la zona desdentada del maxilar inferior izquierdo, desde hace 3 años de evolución fue creciendo lentamente sin sintomatología al inicio. Hace 7 meses notó el crecimiento progresivo con dolor intenso a la masticación de los alimentos, al contacto de la lengua, sensación de cuerpo extraño en la garganta, dificultando la deglución de los alimentos. Se automedico desconociendo el tipo de fármaco. Al persistir el dolor con mayor intensidad acudió al Centro de Salud, al ser evaluado fue referido a la Especialidad de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgica “Daniel A. Carrión”. Sus funciones biológicas es a voluntad, no refiere antecedentes personales, patológicos, familiares.

EXAMEN CLÍNICO GENERAL

paciente presenta buen estado clínico general, lucido, orientado, Al realizar el examen clínico regional extra oral. Se evidencia ligero aumento de volumen difuso, sin cambios de color, a la palpación presenta sensibilidad dolorosa sin alza térmica localizado en la hemicara izquierda acompañado con adenopatía sub mandibular izquierdo(fig.1)

Al realizar el examen físico intra oral. Se observa apertura de la boca adecuada, mucosa oral húmedas, una lesión tumoral ovalada, hiperplásico ulcerado, ubicado en la cara lingual de la mucosa del reborde alveolar desdentado del maxilar inferior izquierdo, de aproximado 30mmx20nnx20mm. A la palpación la lesión es sensible al dolor de crecimiento exofítico, base pediculado de consistencia firme, de color rojizo en relación con la mucosa oral adyacente recubierta por una membrana delgada de la mucosa oral acompañado de ligero sangrado, móvil de tipo nodular definido. (Fig.2)

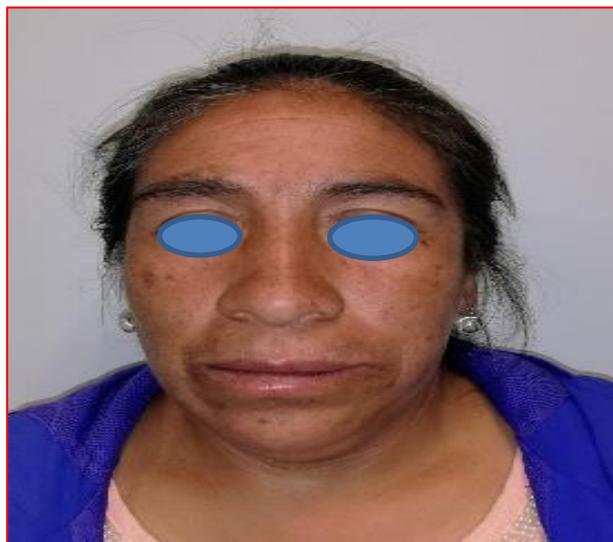


Figura 1: imagen extra oral

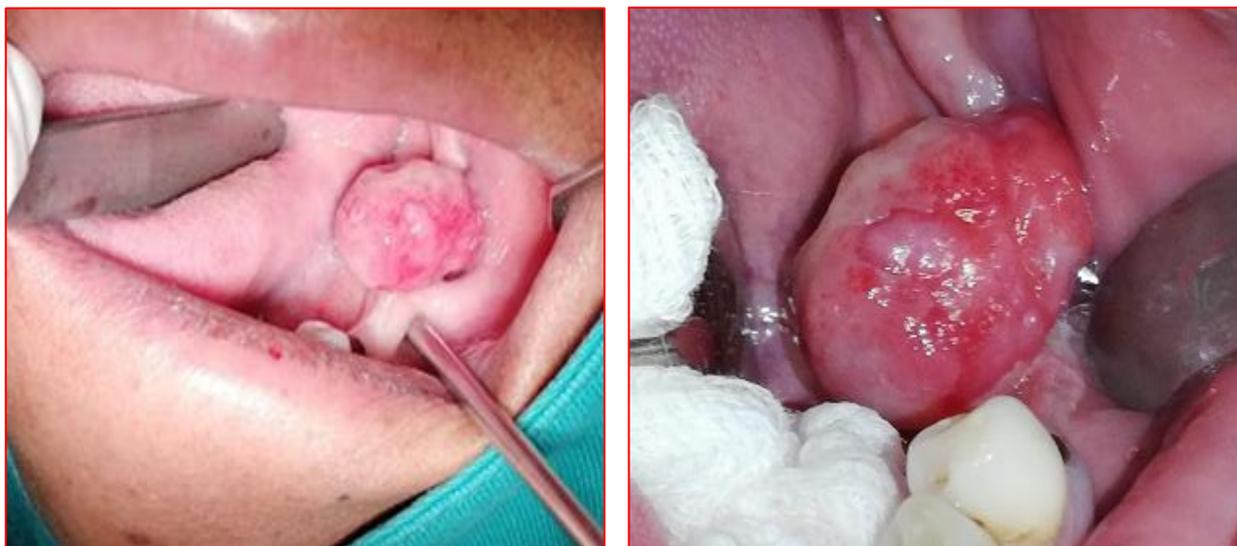


Figura 2: Imagen intra oral de la lesión tumoral en mucosa de la cara lingual del reborde alveolar desdentado de la mandíbula izquierda

3.3 DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO

Se solicitó los exámenes complementarios para su diagnóstico, prevención y su plan tratamiento correspondiente como: tomografía CONE BEAN y Exámenes de Laboratorio clínico y su riesgo quirúrgico.

Al ser evaluado la tomográfica CONE BEAN se aprecia una reacción osteolítica en el reborde alveolar, de volumen hiperdenso bien delimitado, localizado en la cara lingual del reborde alveolar desdentado del maxilar inferior izquierdo, no extendiéndose a planos profundos ni comprometiendo otras estructuras nobles de área de la lesión (Fig.3).

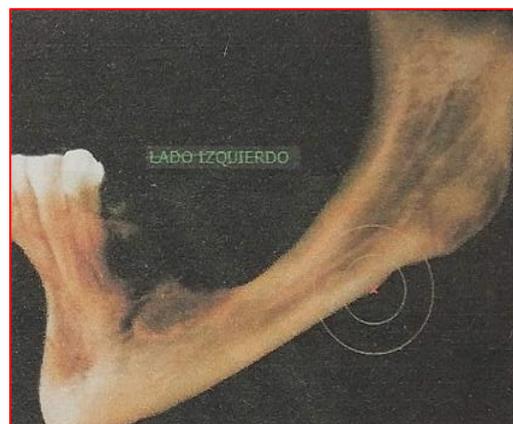
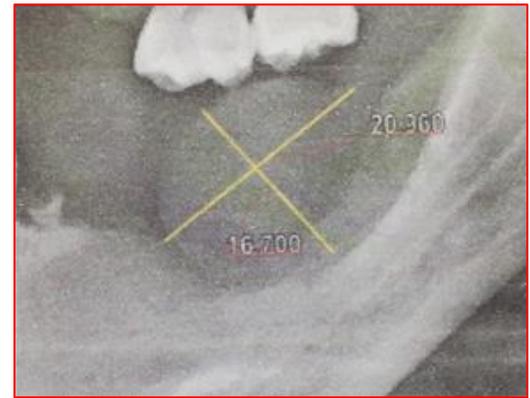


Figura 3: Tomografía CONE BEAN con corte, coronal, axial, sagital y reconstrucción 3D Observándose una lesión hiperdensa en el reborde alveolar desdentado del maxilar inferior izquierdo

En los estudios pre operatorios de laboratorio clínico (hemograma completo, perfil de coagulación, creatinina, glucosa, proteína, examen de orina completa, grupo Rh, serologías). los resultados estuvieron en los valores normales, re realizó una interconsulta a cardiología, anestesiología para su evaluación de los riesgos cardiológicos y anestesiológicos, para continuar con el procedimiento quirúrgico.

Llegando al diagnóstico presuntivos como; granuloma piógeno, fibroma traumático, fibroma osificante periférico pasamos a realizar la escisión quirúrgica.

4. PLAN DE TRATAMIENTO

1. Primera fase, preparación psicológica, la pre medicación, previa a su programación a sala de operaciones.
2. Segunda fase, la intervención quirúrgica en sala de operaciones bajo anestesia general, con asistencia de ayudantes, internos de la escuela odontológica de la Universidad Peruana los Andes, se realizó la intervención quirúrgica con la exéresis total de la lesión, más el curetaje prolijo. obteniéndose así la muestra para su estudio histopatológico en Medicina y Patología Oral. (Fig.4), con todo los principios quirúrgicos correspondientes, con control de hemostasia, sutura por planos, pasa a recuperación sin complicaciones.

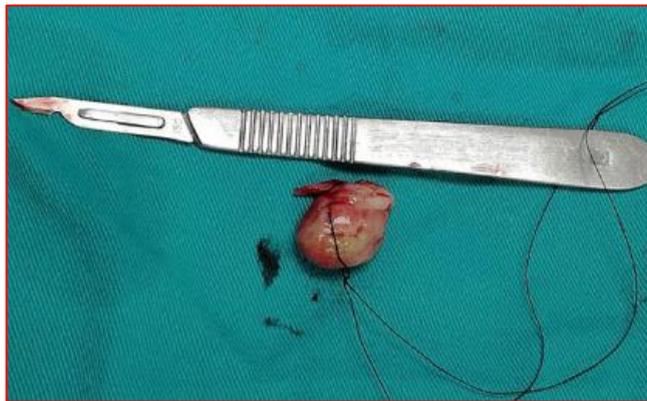


Figura 4. Exégesis total de la lesión tumoral bajo anestesia general

EXAMEN ANÁTOMO PATOLÓGICO.

La muestra se envió para su estudio Anátomo patológico, el estudio muestra proliferación de pequeños vasos capilares muchos de ellos dilatados y congestionados, así como infiltrado inflamatorio focal perivascular y difusas principalmente en la superficie, distribuidos en tejido conectivo fibroso. El epitelio de recubrimiento presenta extensas áreas de atrofia y ulceración superficial **Diagnóstico definitivo granuloma piógeno. no presentando signos de malignización.** (Fig.5)

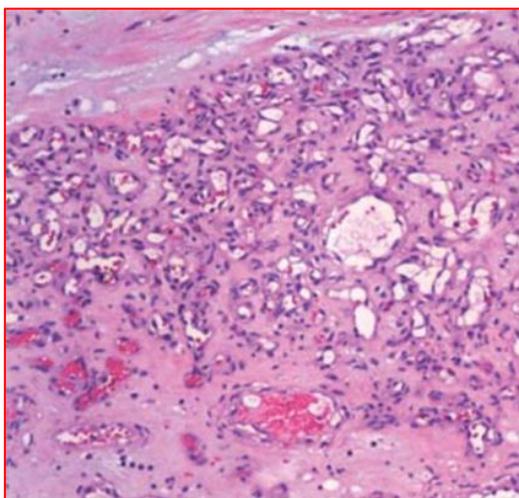


Figura 5: El estudio histopatológico en la que se muestran las características del granuloma piógeno.

PLAN DE CONTROL Y MANTENIMIENTO

El control post quirúrgico al mes y del tercer mes, no se evidenciaron signo de recidiva, la zona de la intervención quirúrgica se notó de color similar a la mucosa adyacente de la mucosa oral (fig. 6) asintomáticos sin molestias algunas. observándose una mejoría de la superficie lingual y alveolar mejorando la calidad de vida del paciente.



INICIO



AL MES



A LOS 3 MESES

Figura 6: fotografía de control post operatorio al mes y a los 3 meses

IV CONCLUSION

El granuloma piógeno se presentó en un lugar poco habitual, asociada con dolor y las características clínicas de una lesión fibrosa, con los estudios anatomopatológicos se llegó a un diagnóstico definitivo, dándonos una cierta seguridad y una importancia de este tipo de examen para realizar un tratamiento quirúrgico certera de la lesión.

Al granuloma piógeno no se le puede considerar como una neoplasia maligna ya que no tiende a infiltrarse y a malignizarse, sin embargo, puede llegar a recidivar por una mala acción quirúrgica. Hay una predisposición de aparecer en cualquier parte del cuerpo, teniendo la mayor predisposición de localizarse en la cavidad oral. Los situados más usuales son: en las encías, en la mucosa oral, en las mucosas del labio inferior. Las manifestaciones poco frecuentes o inusual son las regiones orofaríngeas, dorso de la lengua y mucosa del reborde alveolar desdentado, como el caso que reportamos. Es de ubicación inusual de gran interés, por su ubicación y su característica clínica puede simular otras lesiones patológicas de etiología agresiva o incluso maligna, por el cual su identificación clínica y su diagnóstico definitivo son de suma importancia para determinar el tipo de tratamiento apropiado.

Es de suma importancia, difundir a toda la comunidad empeñada a la estomatología quirúrgica y estudiantes, para que las lesiones puedan ser reconocidos clínicamente y diferenciarlos, La biopsia determinará con los estudios histopatológicos, confirmando con objetividad el diagnóstico final, respaldando al examen clínico primario, al diagnóstico inicial. Ello nos permitirá planificar el tratamiento correcto o su derivación a otros profesionales especialistas para el manejo adecuado.

V. APORTES

Las características clínicas e histopatológicas de granuloma permiten un diagnóstico concreto por ser similares en su diagnóstico diferencial.

Las hiperplasias reactivas pueden presentar aspecto tumoral que solo se descarta con el estudio anatomopatológico.

Las lesiones reactivas de épulis dental son granuloma periférico de células gigantes, granuloma piógeno, fibroma osificante periférico.

El odontólogo debe aportar toda la información disponible en este tipo de patologías que ayuda al diagnóstico y determina posibles asociaciones de las lesiones y enfermedades sistémicas.

La radiografía digital facilita la visualización de las características propias de esta lesión sobre todo por el efecto que ocasionan (saucerización) donde se requiere mayor nitidez y resolución.

Es importante eliminar los factores locales que puedan ocasionar recurrencias y elegir el tratamiento idóneo según el caso de granuloma.

Según Nakamura, existe una proteína llamado BAX involucrando en la apoptosis a nivel celular y a la vez en el crecimiento de tejido de granulación en los componentes el granuloma piógeno ello explica el comportamiento biológico, la resistencia y la recidiva cuando estas lesiones no son removidas adecuadamente por completo. Muchos autores señalan que el término piógeno está mal empleado en relación a la patología de la lesión sabiendo que por definición tiene mucha relación con la presencia de piocitos (pus)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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 Patology*. 2014; 26: 258-261
2. Adusumilli, S., Yalamanchili, P. S., & Manthena, S. Pyogenic granuloma near the midline of the oral cavity: A series of case reports. *Journal of Indian Society of Periodontology*, (2014). 18(2), 236–239.
3. Laura Piñas Caballero, Mariano Pérez Aguilar Oral pyogenic granuloma: Treatment Científica dental: Revista científica de formación continuada, ISSN-e 1697-641X, ISSN 1697-6398, Vol. 9, N° 1, 2012, págs.33-40
4. M. Gracia Vilas, L,Montero Gacia. M porquer Mezquida Granuloma piógeno ISSN 1138- 3593 N 6. 2012 PAG. 447
5. Jorge Leonidas Ruiz Cárdenas, Zarita Torres Vásquez Granuloma Piógeno Oral Revista Experiencia en Medicina del Hospital Regional Lambayeque: REM, ISSN-e 2412-4214, ISSN 2519-0369, Vol. 4, N° 1, 2018 (Ejemplar dedicado a: Revista Experiencia en Medicina Hospital Regional Lambayeque), págs. 24-27
6. Eduardo Anitua Aldecoa, Laura Piñas Caballero Pyogenic granuloma in relation to dental implants: clinical and histopathological findings *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, ISSN-e 1989-5488, Vol. 7, N° 4 (octubre), 2015, págs. 447-450
7. Zambrano Centeno L, Gómez González C, Rojo López M, Alonso Pacheco M. Granuloma aséptico facial idiopático. *Rev Clin Med Fam*. 2014; 7(3):238-40.
8. Vega C, Palazzolo Y, Sánchez M, Martín V, Ialea E. Granuloma Piógeno: presentación de caso clínico. *Facultad de Odontología UNCuyo*. 2017;11(1):7-9.
9. Tovia ME, Urbano VS, Díaz CA Granuloma telangiectásico bucal *Rev cubana Estomatol* 2018; 55 (1)
10. Sheiba R. Gomes, Quaid Johar Shakir, Prarthana V. Thaker, and Jamshed K. Tavadia. (2013). Pyogenic granuloma of the gingiva: A misnomer – A case report and review of literature. *J Indian Soc Periodontol*. 17(4): 514–519.
11. Asha V, Dhanya M, Patil BA, Revanna G. An unusual presentation of pyogenic granuloma of the lower lip. *Contemp Clin Dent*. 2014;