

## Revista Odontológica Mexicana

Volumen **8**  
Volume

Número **4**  
Number

Diciembre **2004**  
December

*Artículo:*

Hemangioma lobular capilar  
(granuloma piógeno) asociado a la  
erupción: Reporte de dos casos clínicos

Derechos reservados, Copyright © 2004:  
Facultad de Odontología, UNAM

Otras secciones de  
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in  
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



# Hemangioma lobular capilar (granuloma piógeno) asociado a la erupción: Reporte de dos casos clínicos

Itzel C García Cravioto, \* Alejandro Hinojosa Aguirre,<sup>§</sup> Beatriz Aldape Barrios,<sup>||</sup>  
Emilia Valenzuela Espinoza<sup>§</sup>

## RESUMEN

El hemangioma lobular capilar es un tumor de tejidos blandos relativamente frecuente. Es un desarrollo reactivo focal de tejido fibrovascular con proliferación endotelial. Clínicamente, es una lesión rojo brillante, pedunculada o sésil, cuyo tamaño varía de pocos milímetros a centímetros. No existe predilección por edad ni género. En el presente estudio se reportan dos casos clínicos de pacientes que acudieron a la clínica de odontopediatría de la División de Estudios de Posgrado e Investigación (DEPeI) para su atención. El primer caso correspondió a un paciente masculino de 1 año 5 meses, presentaba un aumento de volumen en la encía inferior. A la exploración clínica se apreciaba una lesión de 70 x 60 x 40 mm, de color púrpura, bilobulado, con crecimiento muy rápido, según refiere la familia. El segundo caso, correspondió a un paciente masculino de 7 años que presentaba una lesión gingival hiperplásica, cubriendo parcialmente la corona del primer molar superior izquierdo en erupción. Tratándose de una lesión rojo brillante de 36 x 11 x 4 mm de consistencia firme. En ambos casos se realizó la biopsia excisional y el diagnóstico histopatológico indicó la presencia de un granuloma piógeno. Entre los factores etiológicos de esta lesión se encuentran el trauma y la higiene bucal pobre, sin embargo, en estos dos casos, los granulomas piógenos se debieron a la erupción dentaria, factor etiológico que no se encuentra citado en la literatura.

**Palabras clave:** Granuloma piógeno, erupción dentaria, dentición primaria.

**Key words:** Pyogenic granuloma, dental eruption, primary dentition.

## ABSTRACT

The capillary lobular haemangioma is a frequent soft tissues tumour. It is a focal reactive growth of fibrovascular tissue with endothelial proliferation. Clinically it is a red brilliant lesion, pedunculated or sessile, and range in size from a few millimetres to a few centimetres. It does not exist significant predilection to gender or sex. This is a report of two clinical cases of patients who assisted at the Paediatric Dentistry Clinic of the Universidad Nacional Autónoma de México for attention. Case 1: A 1 year 5 months male, presenting an inferior gingival enlargement. Clinical examination reveals a 70 x 60 x 40 purple, bilobulated, and rapid evolution lesion. Case 2: A seven year old male who presents a hyperplasic gingival lesion that covers partially the clinical crown of the first permanent upper left molar. It's a 36 x 11 x 4 mm red brilliant and firm consistent lesion. In both cases an excision biopsy was done and the histopathology diagnosis was pyogenic granuloma. Proposed etiologic factors for this lesion include trauma and poor oral hygiene, although, in this cases the pyogenic granuloma was provoked by dental eruption that is not listed as an etiological factor in the literature.

## INTRODUCCIÓN

El hemangioma lobular capilar es un tumor de tejidos blandos relativamente frecuente. Originalmente se creía que era una infección botriomicótica y se pensaba que era una infección de los caballos transmitida al hombre, 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. Se desarrolla rápidamente, sangra con facilidad y se ulcera causando la impresión clínica errónea de un tumor maligno. Clínicamente, se presenta como

una lesión rojo brillante, pedunculada o sésil, cuyo tamaño va de pocos milímetros a centímetros.<sup>1-6</sup>

\* Egresada de la Especialidad de Odontopediatría de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la UNAM.

§ Profesor de la Especialidad de Odontopediatría de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la UNAM.

|| Profesora de Patología Bucal de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la UNAM.

Una revisión de los granulomas piógenos de la cavidad bucal, reveló un 65% a 70% de incidencia en la encía vestibular del maxilar, seguida por la encía vestibular de la mandíbula, labios, lengua, mucosa vestibular, paladar, pliegue mucoso vestibular y mucosa alveolar de zonas desdentadas.<sup>5</sup>

El granuloma piógeno, es uno de los émulis más frecuentes en niños, es una proliferación de tejido de granulación exuberante, a una inflamación crónica o una irritación local. Se observa por detrás de los incisivos superiores o en la papila interdental; su color oscila del rosa al rojo y el azul.<sup>7</sup>

La causa exacta no se sabe, sin embargo, entre los factores etiológicos se encuentran los microbios, cambios hormonales, traumatismo por cepillado, previa extracción dental, restos radiculares, exfoliación de un diente primario, espículas óseas, inflamación gingival, higiene bucal pobre y presencia de cálculo, cuerpos extraños, vasculitis e hipertensión.<sup>4,8,9</sup>

Es frecuente que ocurran lesiones idénticas con la misma estructura histológica relacionadas con la gingivitis y periodontitis durante el embarazo; en estos casos, la lesión se denomina émulis o tumor del embarazo, el cual ocurre con mayor frecuencia entre el 2º y 3er mes de embarazo, cuando son más altos los valores de estrógenos circulantes, tendiendo a desaparecer después del parto, así como en mujeres que ingieren anticonceptivos orales. No existe predilección significativa por edad ni género; y en el grupo pediátrico aparece en la primera infancia, es raro en adolescentes y más frecuente en el género femenino.<sup>8-10</sup>

El diagnóstico diferencial incluye, tejido de granulación, fibroma periférico osificante, carcinoma de células escamosas, carcinoma verrucoso, fibrosarcoma, granuloma periférico de células gigantes, hemangioma capilar, carcinoma metastático, carcinoma bronco-genético, sarcoma de Kaposi, angiosarcoma, melano-ma maligno.<sup>4,6,8,11</sup>

En el granuloma piógeno el tratamiento de elección es la excisión quirúrgica, sin embargo, recientemente se ha empleado la criocirugía y la cirugía láser.<sup>1-3,6,7</sup>

En la práctica clínica, el odontopediatra puede enfrentarse a diversas entidades patológicas. Es muy importante realizar una buena exploración clínica, así como el estudio histopatológico correspondiente cuando se presente alguna lesión o algún hallazgo fuera de lo normal. Por lo anterior, se reportan estos dos casos clínicos sobre la presencia de granuloma piógeno, lesión y aunque no es de considerable prevalencia, se observaron dos casos en pacientes que demandaron atención odontológica en la clínica de

odontopediatría de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la UNAM. En ambos casos, los granulomas piógenos tuvieron como factor etiológico la erupción dentaria, el primero de un diente primario y el segundo de un diente permanente. El objetivo de este estudio, es documentar al odontopediatra sobre la posibilidad de encontrar esta lesión en dicho proceso fisiológico, al que se puede enfrentar día a día en la práctica.

### REPORTE DEL CASO 1

Paciente masculino de 1 año 5 meses de edad, que fue llevado por su madre a la clínica de odontopediatría de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la UNAM, por presentar un aumento de volumen en la encía inferior. Su historia médica, revela un cuadro de vacunación completo, a la fecha no ha presentado ninguna enfermedad de la infancia y dentro de los antecedentes heredofamiliares, el abuelo materno y la abuela paterna padecen diabetes. Dentro de sus antecedentes personales patológicos, presentó retraso psicomotor debido a sufrimiento fetal al momento del parto, el cual fue tratado solamente con fisioterapia en el DIF de su localidad. A la exploración clínica, se apreció una dentición primaria, de acuer-



**Figura 1.** Granuloma piógeno en la zona del primer molar primario inferior derecho.

do a la edad y un aumento de volumen en el área del primer molar primario inferior derecho, de 70 x 60 x 40 mm, de color púrpura, bilobulado, de forma oval, con base sésil, de consistencia firme y superficie lisa, sangrante a la manipulación de crecimiento muy rápido, según refiere la familia (*Figura 1*).

El diagnóstico clínico fue de un granuloma piógeno.

### TRATAMIENTO

Se tomó una radiografía periapical, en la zona de la lesión, en la cual se observó la presencia del primer molar primario inferior derecho en proceso de erupción. Se realizó interconsulta con el Laboratorio de Patología Bucal. El tratamiento consistió en la ex-

cisión quirúrgica con la eliminación total de la lesión, realizando la biopsia excisional correspondiente. Al eliminar la lesión, se observaron clínicamente las cúspides del primer molar primario inferior derecho (*Figura 2*). Después de una semana, en la consulta de control, se apreció el proceso de erupción de este molar y la eliminación total de la lesión, con excelente evolución.

Un año y medio después, el paciente se presentó a revisión a la clínica de odontopediatría. A la exploración bucal, se encontró la erupción completa de los dientes primarios, mismos que se encontraban libres de caries y en buenas condiciones, la higiene bucal era buena y la salud de los tejidos blandos adecuada.

### DESCRIPCIÓN HISTOPATOLÓGICA

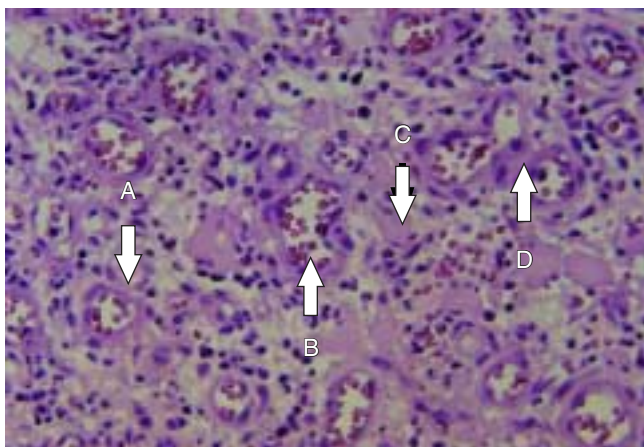
El estudio histopatológico reveló que el espécimen examinado, se encontraba formado por tejido conjuntivo fibroso denso y laxo, con proliferación endotelial, infiltrado inflamatorio mixto, severo, difuso y hemorragia reciente, se presentó cubierto por epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado con acantosis, edema intra y extracelular, solución de continuidad, cubierto por fibrina (*Figura 3*). Con un diagnóstico de granuloma piógeno.

### REPORTE DEL CASO 2

Paciente masculino de 7 años de edad, que acudió a la clínica de odontopediatría por presentar una lesión gingival hiperplásica a nivel del primer molar permanente superior izquierdo. Se realizó la historia clínica y en sus antecedentes personales se observó que su cuadro de vacunación se encontraba completo. Dentro de sus antecedentes heredofamiliares, tanto la abuela materna como el abuelo paterno, son hipertensos. A la exploración clínica intraoral, presentó una dentición mixta temprana, con restauraciones en dientes temporales desajustadas con incidencia de caries y caries de primer grado en el primer molar inferior derecho, se apreció una hiperplasia gingival de color rojo brillante, de consistencia firme y que cubría parcialmente la corona del primer molar permanente superior izquierdo, que se encontraba en proceso de erupción, así como el tejido palatino de los molares primarios (*Figura 4*). Como plan de tratamiento, se indicó coronas de acero cromo en los primeros molares primarios superiores, resina en el primer molar inferior derecho y selladores de fosetas y fisuras en los primeros molares permanentes restantes. Así como la exci-



**Figura 2.** Presencia de cúspides del primer molar primario inferior derecho después de realizar la excisión quirúrgica de la lesión.



**Figura 3.** Microfotografía del corte histológico del espécimen (40x). H-E A. Neoformación vascular, B. Vaso sanguíneo, C. Eritrocito, D. Linfocito.

sión quirúrgica de la lesión hiperplásica y su correspondiente estudio histopatológico. El diagnóstico clínico fue granuloma piógeno.

### TRATAMIENTO

Se tomaron radiografías panorámica y periapical del área afectada. En la panorámica, se apreció una dentición mixta temprana, con la presencia de todos los órganos dentarios de acuerdo a la edad, y los gérmenes de los dientes permanentes con adecuados corredores de erupción. En las radiografías panorámica y periapical, no se apreció ninguna imagen fuera de lo normal, en el área de la lesión. El tratamiento consistió en la excisión quirúrgica de la lesión (*Figura 5*). El envío de la muestra para su estudio histopatológico al Laboratorio de Patología Bucal. Macroscópicamente, es una lesión de tejido blando de 36 x 11 x 4 mm, de forma irregular, color blanco, consistencia firme y superficie lisa. A los 15 días, el paciente se presentó a revisión y a la exploración clínica, se apreció la erupción completa del primer molar superior izquierdo y una consistencia normal del tejido subyacente.



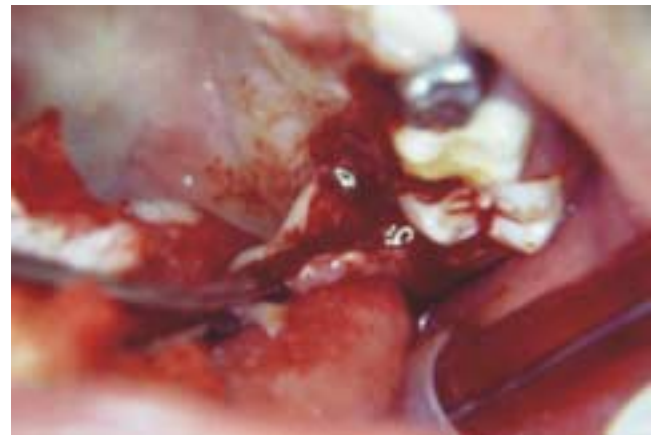
**Figura 4.** Granuloma piógeno en el área palatina del primer molar superior izquierdo.

### DESCRIPCIÓN HISTOPATOLÓGICA

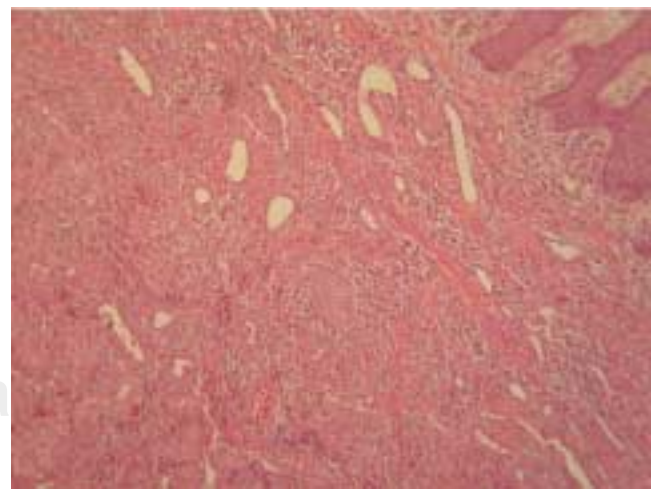
El estudio histopatológico evidenció un espécimen formado por tejido conjuntivo fibroso denso, abundantemente vascularizado, infiltrado inflamatorio crónico, severo y difuso, cubierto por epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado con edema intercelular cubierto por fibrina. Con un diagnóstico de granuloma piógeno (*Figura 6*).

### DISCUSIÓN

En el estudio realizado en 1997 por Lawoyin<sup>2</sup> en una población de Nigeria donde se estudiaron a 556 pacientes con un promedio de 33 años de los cua-



**Figura 5.** Tratamiento: excisión quirúrgica.



**Figura 6.** Microfotografía del corte histológico del espécimen (10x). H-E (Tejido conjuntivo fibroso denso).

les 38 presentaron granuloma piógeno mostró un doble pico de ocurrencia en la segunda y sexta décadas de la vida. Teniendo mayor preferencia por las mujeres en una relación de 1:1.2. Angelopoulos,<sup>5</sup> en 1971 menciona que es más frecuente en personas de 11 a 40 años de edad y tiene una ligera predisposición por el sexo femenino. En los casos que se presentaron no existe alguna diferencia con respecto al género, según los datos obtenidos por el autor, sin embargo el primero de nuestros casos se presentó a una edad menor a lo informado.

De los casos clínicos de granuloma piógeno en niños, encontrados en la literatura, Goodman menciona<sup>4</sup> el caso de un paciente de 12 años, quien presentó un granuloma piógeno en el paladar de lado derecho y cuyo único antecedente es la extracción del segundo molar derecho primario ocho meses atrás, sin embargo, en los dos casos presentados no hay ningún antecedente de extracción o procedimiento dental previo a la aparición de la lesión. Por otro lado Papageorge<sup>10</sup> publicó dos casos clínicos: uno correspondió a un paciente masculino de 10 años de raza blanca que presentaba una lesión en el área de la encía superior izquierda y quien experimentó un traumatismo tres meses antes y el caso de una paciente femenina de 10 años de edad de raza blanca con una lesión en la encía entre molar y premolar superior izquierdo, con antecedentes de colocación de bandas ortodónticas dos semanas antes. En ninguno de los casos, existe un antecedente de traumatismo previo a la aparición de la lesión. Sin embargo, se cree que el microtrauma del tejido gingival relacionado con un diente en erupción, puede estar asociado al desarrollo del granuloma piógeno.

Wandarea<sup>8</sup> reportó el caso clínico de la presencia de granuloma piógeno bilateral de la lengua, en una niña de 14 años de edad que padecía la enfermedad "Graft-versus-host", que es una reacción inmunológica como causa del trasplante alógeno de médula ósea como tratamiento de una anemia de Fanconi. En ninguno de los dos casos presentados, existen antecedentes patológicos o la prescripción de algún fármaco que pudieran provocar una lesión reactiva como lo es el granuloma piógeno.

Muench<sup>14</sup> reportó el caso de un neonato de 6 días, con un granuloma piógeno asociado a un diente natal. El paciente fue llevado al odontopediatra por presentar una aceleración en el crecimiento de una masa tisular en el puente alveolar anterior mandibular, donde se encontraba sujeto con mucha movilidad un diente natal, mismo que fue extraído

por sus padres con los dedos por indicación del pediatra. Se piensa que en este caso, el granuloma piógeno se debe al trauma provocado por la movilidad del diente natal ya que se encuentra en un proceso de exfoliación, y que no existe relación con ninguno de los casos que se presentan en este estudio.

Así mismo, Jorgenson<sup>15</sup> en 1982, examinó a 2,258 neonatos encontrando una elevada frecuencia de quistes gingivales y palatinos del recién nacido y una menor frecuencia significativa de linfangiomas alveolares. Los quistes gingivales del recién nacido no son lesiones reactivas y no están asociados a la erupción dental.<sup>16</sup> En este sentido, el primer caso presentado corresponde a un paciente de sólo un año de edad, en el que se presentó un granuloma piógeno, siendo éste una lesión reactiva.

## CONCLUSIONES

El granuloma piógeno se puede presentar desde el nacimiento y al momento que se inicia la erupción.

El granuloma piógeno se puede presentar durante la erupción dental.

El granuloma piógeno se presenta en cualquier paciente sin que exista necesariamente una enfermedad.

Es muy importante realizar una buena exploración clínica, así como el estudio histopatológico de cualquier lesión que aparezca en la cavidad bucal a cualquier edad.

## REFERENCIAS

1. McDonald RE, Avery DR. *Odontología pediátrica y del adolescente*. 5ª ed. Buenos Aires: Ed. Panamericana; 1990.
2. Lawoyin JO, Arotiba JT, Dosumu OO. Oral pyogenic granuloma: a review of 38 cases from Ibadan, Nigeria. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1997; 35(3): 185-9.
3. Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. *Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea*. Ed. en español. Madrid: Harcourt; 1998.
4. Goodman ED, Bimstein E. Pyogenic granuloma as a cause of bone loss in a twelve-year-old child: report of case. *ASCD J Dent Child* 1994; 61(1): 65-7.
5. Angelopoulos AP. Pyogenic granuloma of the oral cavity; statistical analysis of its clinical features. *J Oral Surg* 1971; 29: 840-7.
6. Terezhlamy GT, Riley CK, Moore WS. Pyogenic granuloma (pregnancy tumor). *Quintessence Int* 2000; 31(6): 440-1.
7. Cameron AC, Widmer RP. *Manual de odontología pediátrica*. Ed. en español, Madrid: Harcourt Brace; 1998.
8. Wandarea A, Walter PO. Bilateral pyogenic granuloma of the tongue in graft-versus-host disease: report of case. *ASDC J Dent Child* 1994; 61(5-6): 401-3.
9. Vilmann A, Vilmann P, Vilmann H. Pyogenic granuloma: evaluation of oral conditions. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1986; 24(5): 376-82.

10. Papageorge MB, Doku HC. An exaggerated response of intraoral pyogenic granuloma during puberty. *J Clin Pediatr Dent* 1992; 16(3): 213-6.
11. Lynch MA. *Medicina bucal de Burcket*. 5ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1994.
12. Laskaris G. *Patología de la cavidad bucal en niños y adolescentes*. 1ª ed. Venezuela: Ed. AMOLCA; 2001.
13. Flaitz CM. Peripheral giant cell granuloma: a potentially aggressive lesion in children. *Pediatr Dent* 2000; 22(3): 232-3.
14. Muench MG, Layton S, Wrigth JM. Pyogenic granuloma associates with a natal tooth: case report. *Pediatr Dent* 1992; 14(3): 265-7.
15. Jorgenson RJ, Shapiro SD, Salinas CF, Levin LS. Intraoral findings and anomalies in neonates. *Pediatrics* 1982; 69(5): 577-82.
16. Peters RA, Schock RK. Oral cysts in newborn infants. *Oral Surg* 1971; 32: 10-4.

Dirección para correspondencia:

**Alejandro Hinojosa Aguirre**

Profesor de Odontopediatría

División de Estudios de Posgrado e Investigación

Facultad de Odontología, UNAM

Tel: 5622-5541

Correo electrónico: hinoalej@yahoo.com