

Granuloma telangiectásico bucal

Oral telangiectatic granuloma

Eilien Tovio Martínez, Samuel Urbano del Valle, Antonio Díaz Caballero

Universidad de Cartagena. Colombia.

RESUMEN

Introducción: el granuloma telangiectásico es un tumor reactivo inflamatorio en la cavidad bucal a causa de factores irritativos, traumafísico o factores hormonales. Es más frecuente en el sexo femenino entre la segunda y sexta décadas de la vida.

Objetivo: describir los hallazgos clínico-patológicos del granuloma telangiectásico bucal, su posible patogénesis, diagnóstico diferencial y manejo terapéutico.

Presentación de casos: se obtuvieron los datos de edad, género y diagnóstico clínico de una serie de cinco casos de granuloma telangiectásico bucal diagnosticados en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena entre el año 2016 y 2017. Se describen características clínicas, histológicas, factores etiológicos y sintomatología presentada en cada uno de ellos. El diagnóstico se realizó mediante histopatología y se confirmó como granuloma telangiectásico. En la totalidad de los casos el tratamiento realizado fue netamente quirúrgico.

Conclusiones: es importante que los profesionales en odontología conozcan todos y cada uno de los aspectos relacionados con el granuloma telangiectásico, características clínicas, histológicas y los factores etiológicos, con el objeto de poder ofrecer un diagnóstico certero y, por consiguiente, un adecuado plan de tratamiento.

Palabras clave: granuloma telangiectásico; histología; cirugía oral.

ABSTRACT

Introduction: telangiectatic granuloma is an inflammatory reactive tumor of the oral cavity caused by irritating agents, physical trauma or hormonal factors. It is more frequent in the female sex between the second and sixth decades of life.

Objective: describe the clinical-pathological findings of oral telangiectatic granuloma, as well as its possible pathogenesis, differential diagnosis and therapeutic management.

Case presentation: data were obtained about the age, sex and clinical diagnosis of a series of five cases of oral telangiectatic granuloma diagnosed at the School of Dentistry of the University of Cartagena in the period 2016-2017. A description is provided of clinical and histological characteristics, etiological factors and symptoms of each case. Histopathology confirmed the diagnosis of telangiectatic granuloma. In all cases treatment was exclusively surgical.

Conclusions: it is important for dental professionals to be aware of every single detail concerning telangiectatic granuloma, such as its clinical and histological characteristics and etiological factors, to be able to reach an accurate diagnosis and apply the appropriate therapy.

Keywords: telangiectatic granuloma; histology; oral surgery.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones bucales se han convertido en un importante problema de salud, ya que existen diversos factores de riesgo que predisponen a su aparición en la cavidad bucal a causa de los diferentes factores traumáticos, físicos, químicos, térmicos u hormonales que se encuentra expuesta, lo cual crea un desbalance fisiológico en los tejidos blandos.¹

El granuloma telangiectásico bucal (GTB) es una lesión tumoral benigna de tipo hiperplásico simple, con componente reactivo inflamatorio que aumenta de tamaño como reacción del tejido conectivo, formando un tejido de reparación (granulación) como mecanismo protector a causa del trauma e irritación local crónica.² Inicialmente fue descrito por primera vez por *Rivolta* en 1879, sin embargo, fue hasta 1904 que *Hartzell* lo denominó como granuloma piógeno describiéndolo como un proceso infeccioso estimulado por una reacción granulomatosa. Por otra parte, otros autores sugieren el nombre de granuloma gravídico por su estrecha relación con estados hormonales en la mujer, especialmente durante el embarazo, además de lo asociado a la ingesta frecuente de anticonceptivos orales. En la actualidad se propone emplear el término de GTB porque corresponde más con sus características histológicas.³

El GTB se presenta de forma más frecuente en la edad adulta, con mayor predominio en el sexo femenino, entre la segunda y séptima décadas de la vida, sin embargo, se han registrado casos en niños y jóvenes.⁴ La patogenia del GTB aún es controversial, sin embargo, se le atribuyen las causas a factores irritantes como la biopelícula, aparatología ortodóntica, prótesis desadaptadas, bordes desbordantes de restauraciones, exfoliación de dientes primarios, espículas óseas, trauma del cepillado dental, procesos infecciosos e inclusive ciertos autores lo asocian a factores hormonales y algunos medicamentos.^{5,6}

La lesión mucocutánea benigna no neoplásica, que afecta predominantemente la encía en el 65 % de los casos, seguido del labio en el 14 %, la lengua en un 9 %, la mucosa bucal en el 7 %, el paladar duro y el piso de boca en el 2 %, es el granuloma telangiectásico.⁷ Al examen estomatológico el GTB se evidencia como una lesión tumoral de color que va desde rosado, rojo brillante, púrpura, hasta marrón; de base sésil o pediculada acompañada de pequeñas pápulas eritematosas en algunos casos; de consistencia blanda; de crecimiento rápido y de tamaño variable entre milímetros hasta centímetros. Su evolución es autolimitada, sin embargo, existen GTB que han logrado ocupar gran parte de la cavidad bucal; su superficie puede ser lisa o rugosa; muchas veces se evidencia ulcerada debido al constante trauma; tiende a sangrar al mínimo estímulo; y usualmente es asintomático.⁷⁻⁹

En el estudio histológico del GTB se evidencia inicialmente un desarrollo en la formación de tejido de granulación, observándose epitelio plano queratinizado o no, en dependencia del lugar en la cavidad bucal donde se encuentre, acompañado de tejido conectivo fibroso, denso y laxo, con proliferación en el endotelio, con infiltrado inflamatorio mixto, difuso; en este periodo podría involucionar, sin embargo, a medida que aumenta de tamaño se muestra fibroso, en algunos casos se pueden encontrar células inflamatorias agudas, en especial cuando la lesión esta ulcerada.¹⁰ Entre los diagnósticos diferenciales se encuentran el granuloma periférico de células gigantes, hemangioma capilar adquirido, carcinoma metastásico, carcinoma epidermoide exofítico, sarcoma de Kaposi, fibroma periférico, angioplasia papular, melanoma cuando es hemorrágico y tumores mesenquimales benignos y malignos.^{3,8}

Su tratamiento radica en la resección quirúrgica de la lesión acompañado de curetaje y eliminación del agente irritante, cauterización química y/o eléctrica. Algunos autores proponen tratamientos más conservadores como la cirugía con láser o la criocirugía e inyecciones de corticosteroides intralesionales. Sin embargo, esta lesión presenta una alta tasa de recidiva, si no es eliminada por completo.^{2,3,7,11}

El objetivo de este trabajo es describir los hallazgos clínico-patológicos del GTB, su posible patogénesis, diagnóstico diferencial y manejo terapéutico.

PRESENTACIÓN DE CASOS

CASO 1

Paciente masculino de 35 años de edad que asiste a consulta por presentar lesión tumoral en encía, de aproximadamente 6 meses de evolución, el cual se había realizado 3 meses atrás resección y presenta recidiva. Asintomático, con leve sangrado al cepillado. Paciente sin compromisos sistémicos y familiares de relevancia.

Al examen estomatológico se evidenció lesión tumoral en encía adherida de incisivo central inferior izquierdo de aproximadamente 5 mm de diámetro, de base sésil, consistencia blanda y superficie lisa, de color rojo en algunas zonas, con sangrado al mínimo contacto, no se hallaron factores irritantes. En el abordaje quirúrgico se realizó exéresis de la lesión desde su base, con raspado radicular, bajo anestesia local. Seguidamente se colocó la muestra en un recipiente con formol tamponado al 10 %, y se envió para estudio histopatológico.

Al paciente se le realizó hemostasia y cauterización con electrobisturí. Al posquirúrgico, se evidenció cicatrización de los tejidos blandos, sin embargo, presentó una recesión gingival, que al cabo de 3 meses fue mejorando, lesión que no ha presentado hasta el momento recidiva.

CASO 2

Paciente femenina de 33 años de edad que asiste a consulta por presentar ligero sangrado gingival en zona posteroinferior de la arcada dental derecha al momento del cepillado. Paciente que se halla en estado de posparto hace aproximadamente 8 meses, por lo que se encuentra lactando; refiere que al tercer mes de embarazo empezó a presentar crecimiento gingival acompañado de sangrado. No presenta antecedentes médico-personales y familiares relevantes, ni compromiso sistémico.

Al examen estomatológico se aprecia lesión tumoral, de base pediculada, consistencia blanda a la palpación, de 1 cm de diámetro, que se encuentra entre primer y segundo premolar inferior derecho, con márgenes desbordantes y superficie rugosa, de color rojo, con sangrado al mínimo contacto.

Se realiza resección de la lesión bajo anestesia local infiltrativa con electrobisturí acompañado de curetaje y cauterización de tejidos blandos, procedimiento sin complicaciones. El estudio histopatológico muestra granuloma telangiectásico. Luego de un año y medio de controles no se evidencia recidiva.

CASO 3

Paciente femenina de 40 años de edad, sin compromiso sistémico, ni alérgico, que fue remitida por odontología general por presentar desde hacía 10 meses, una tumoración localizada en zona anterosuperior de la arcada dentaria derecha, en donde presenta prótesis fija que corresponde a canino, incisivo lateral y central derecho. Solo refería molestia estética.

A la valoración, se observó una lesión exofítica, de base sésil, de 1,0 x 0,5 cm, blanda a la palpación y de color rojizo.

Se procede a realizar la biopsia excisional de la lesión bajo anestesia local infiltrativa y electrobisturí, además de curetaje de la zona y cauterización de tejidos blandos. El espécimen se envió a estudio histológico, evidenció la presencia de un granuloma telangiectásico. En los controles postoperatorios no se han observado signos de recidiva.

CASO 4

Paciente femenina de 68 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial medicada con losartan 50 mg. Fue intervenida quirúrgicamente a los 40 años por histerectomía y hernia umbilical. No refería ningún otro antecedente alérgico ni hospitalizaciones. Fue remitida por odontología general por presentar tumoración gingival, de 3 años de evolución, localizada en arcada inferior derecha, asintomática.

A la exploración estomatológica se evidencia la lesión tumoral, de base pediculada, de 3 cm de diámetro, indurada a la palpación y de color rojizo, que recubría órganos dentales canino e incisivo lateral derecho. Se observa que la paciente presenta una higiene bucal deficiente, acompañada de enfermedad periodontal severa y edentulismo parcial bimaxilar. En el procedimiento se realizó exéresis de la lesión desde su base, bajo anestesia local infiltrativa, y seguidamente se envió la muestra a estudio histológico, el cual confirmó el diagnóstico de granuloma telangiectásico (Fig. 1, A y B).



Fig. 1. A: lesión exofítica con base pediculada localizada en arcada inferior derecha. B: Vista macroscópica de la lesión tumoral reseçada. Lesión bien marginada, tamaño tumoral: 3 cm.

En el control postoperatorio a la semana, se observó en la zona intervenida cicatrización lenta. Al cabo de un mes y medio se evidencia cicatrización completa, luego de 7 meses no se observa recidiva.

CASO 5

Paciente femenina de 28 años de edad, sin antecedentes médico-personales de interés ni alergias medicamentosas conocidas. Asiste a consulta por presentar una tumoración de 1 año de evolución, localizada en zona anteroinferior izquierda. No refería sintomatología, pero sí un ligero sangrado al momento de cepillarse.

Al examen clínico se observó una lesión tumoral, localizada en sector anteroinferior entre órganos dentales incisivo lateral y canino izquierdo, de consistencia blanda a la palpación, de base sésil, de 2 cm de diámetros aproximadamente; a nivel central de esta, se observa mucosa hipercrómica de coloración rosa con respecto a la mucosa adyacente, con ligero sangrado al contacto (Fig. 2).



Fig. 2. Lesión tumoral, localizada en sector anteroinferior entre órganos dentales incisivo lateral y canino izquierdo.

Se realizó la exéresis de la tumoración bajo anestesia local infiltrativa y bisturí, sin presentar complicaciones. Se envió la muestra quirúrgica para estudio histológico, el cual confirmó el diagnóstico de granuloma telangiectásico. Luego de controles a los 5 meses, no se han observado signos de recidiva.

En todos los casos notificados en este estudio, las muestras tomadas mostraron en el examen histológico una proliferación de tejido fibroso, con áreas colagenizadas, tapizado por epitelio escamoso hiperplásico e infiltrado inflamatorio leve con tejido de granulación. No se observan mitosis, atipias ni necrosis (Fig. 3).



Fig. 3. Hallazgos histológicos de una muestra de biopsia, que evidencian proliferación de tejido fibroso, con áreas colagenizadas, tapizado por epitelio escamoso hiperplásico e infiltrado inflamatorio leve con tejido de granulación. No se observan mitosis, atipias ni necrosis.

DISCUSIÓN

El GTB es una lesión tumoral no neoplásica, con componente reactivo inflamatorio, que afecta tejidos blandos de la cavidad bucal como encía, mucosas labiales, lengua y rebordes alveolares, la cual se origina a partir del ligamento periodontal o del mucoperiostio, causada por una irritación local o un traumatismo crónico.^{2,4} Todas las muestras tomadas para el reporte de casos correspondieron a pacientes adultos.

Vega y otros maronaron en su estudio que de 180 pacientes se encontró una mayor frecuencia en el sexo femenino, con 112 casos (62,2 %) en rangos de edades entre los 6 meses de edad y 87 años;⁸ lo cual coincide con la actual serie de casos en en que la notificación de los cinco casos presentados, cuatro fueron del sexo femenino y uno del masculino, entre la segunda y la sexta décadas de la vida.

Rebolledo y otros, en 2010, y *Shah* y otros, en 2015, mencionan que los factores irritantes locales, tales como el cálculo dental, trauma crónico, bordes sobresalientes de las coronas, factores hormonales como embarazo podrían ser factores etiológicos del GTB;^{5,12} lo que se corresponde con la presente serie de casos en que los factores causales del GTB, se atribuyeron a la biopelícula dental, trauma crónico por prótesis y uno de estos fue por factores hormonales durante el embarazo.

Duarte y otros, en el 2006, realizaron un estudio retrospectivo en el que se encontró que en 12 casos correspondientes a granulomas telangiectásicos, estos se localizaron mayormente en la encía y relacionaron su origen etiológico a factores traumáticos, e irritantes por cálculos o material extraño;⁹ lo cual coincide con el reciente presentación de casos en que se encontró que los GTB se ubicaron en la encía asociándolos a agentes causales como la biopelícula, factores traumáticos y factores hormonales.

En la serie de casos de GTB presentada en este artículo, es de destacar la presencia de las características que la literatura informa de esta lesión, entre las que se encuentran traumatismo local o irritación local, determinados por diferentes factores, como son la biopelícula dental, prótesis desadaptadas y factores hormonales; otras de las características evidenciadas fueron el color rojo, de crecimiento rápido, características de lesión tumoral y sangrado espontáneo, resultante en una hiperplasia benigna.

Es importante que los profesionales en odontología conozcan todos y cada uno de los aspectos relacionados con el GTB, características clínicas, histológicas y los factores causales, con el objeto de poder ofrecer un diagnóstico certero y, por consiguiente, un adecuado plan de tratamiento, pues se ha evidenciado un aumento progresivo no solo en Colombia sino también en Sudamérica.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Endara AC, Calle MFT. Hiperplasias reactivas en encía: granuloma piogénico e hiperplasia fibrosa focal. Reporte de dos casos. Revista de la Facultad de Odontología. 2013;(5):37-44.
2. Ricardo JH, López A, Romero K. Granuloma telangiectásico bucal. Presentación de casos. Rev Fac Odontol Univ Antioq. 2012;23(2):366-75.
3. Díaz Caballero AJ, Vergara Hernández C, Carmona Lorduy M. Granuloma telangiectásico en cavidad oral: Reporte de un caso clínico. Av Odontostomatol. 2009;25(3):131-5.
4. Rucha D, Yusuf C, Abdul M, Rohan T. Oral telangiectatic granuloma. Universal Research Journal of Dentistry. 2016;6(2):182.
5. Rebolledo ML, Escalante MV. Hemangioma capilar *versus* granuloma telangiectásico en cavidad bucal; una ardua labor diagnóstica. Duazary. 2015;12(2):187-91.
6. Harris J, Fortich N, Cassiani D. Granuloma telangiectásico: presentación de un caso significativo. Univ Odontol. 2012;31(66):211-6.

7. Sánchez KM. Granuloma telangiectásico bucal. Tratamiento quirúrgico y periodontal. Rev Salud & Vida Sipanense. 2015;2(2):57-65.
8. Vega O, Mercadillo P, Peniche J, Andrade R. Granuloma telangiectásico. Aspecto clínico e histopatológico de 180 casos. Rev Med Hosp Gen Mex. 2002;65(3):144-8.
9. Duarte S, Vallejos R, Briend M, Rosende C. Investigación retrospectiva de granulomas telangiectásicos. Rev Fac Odont Univ Nord. 2006;M009.
10. Marla V, Shrestha A, Goel K, Shrestha S. The histopathological spectrum of pyogenic granuloma: a case series. Case reports in dentistry. Hindawi. 2016;2016:1-7.
11. Díaz Caballero AJ, Orozco Páez J, Tirado Amador LR. Granuloma telangiectásico en cavidad oral. Rev Cubana Estomatol. 2013;50(2):219-25.
12. Shah NM, Shah V, Shah MH, Shrivastava H. Recurrent telangiectatic granuloma in floor of the mouth (an unusual location). J Ahmedabad Dent CollHosp. 2015;5:92-4.

Recibido: 29 de agosto de 2017.

Aprobado: 3 de noviembre de 2017.

Samuel Urbano del Valle. Facultad de Odontología, Universidad de Cartagena. Sede de Zaragocilla. Barrio Zaragocilla Campus de la Salud. Cartagena. D.T. y C. Colombia. Correo electrónico: surbanod@unicartagena.edu.co