



96
ZED
Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

GRANULOMA PIOGENO

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
PRESENTA:

GEORGINA ALEJANDRA DIAZ COVARRUBIAS

Asesor:
C.D.M.O. BEATRIZ C. ALDAPE BARRIOS

MEXICO, D.F. 1995



FALLA DE ORIGEN

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

RECONOCIMIENTOS

Dedico esta tesina y agradezco a:

DIOS : Gracias por todo lo que me das y por la oportunidad de disfrutar de este momento.

MIS PADRES : Con todo mi amor, por darme la vida y con ello la oportunidad de disfrutar de su amor, confianza y por todos los esfuerzos realizados para darme esta herencia que yo les agradezco infinitamente.

MI ESPOSO : Porque tu amor llena mi vida, me da el impulso y me compromete para alcanzar más metas, gracias por la oportunidad y confianza de cada día, y porque de tí puedo aprender que la tenacidad y decisión son básicos para alcanzar lo que se desea.
Juan gracias por estar conmigo siempre.

MI HIJO : La mayor alegría para mí es ser tú mamá, gracias a tus sonrisas y cariños que iluminan mi interior y que provocan que quiera darte siempre lo mejor. Gracias por el tiempo que me cediste. Marco Orlando para tí con todo mi corazón.

MIS HERMANOS : Porque se que siempre puedo contar con ustedes y porque puedo sentir su cariño. Wendy y Sergio todo lo que se desea se obtiene tarde o temprano si se es constante.

MIS ABUELITOS : Gracias porque formaron una bonita familia , por dejarme sentir querida y disfrutar de su compañía, porque me animaron a seguir adelante y porque su cariño siempre está conmigo.

MIS TIOS (AS) : Gracias por su cariño, comprensión en los momentos en que he necesitado de ustedes.

MIS SUEGROS : Gracias por su apoyo y paciencia. Y por permitirme ser parte de su familia.

A TODA MI FAMILIA Y AMIGOS : Por lo que cada uno de ustedes aportó para mi formación y para que yo pudiera alcanzar este objetivo.

C.D.M.O. DRA. BEATRIZ C. ALDAPE BARRIOS : Agradesco su asesoría y su forma tan especial y desinteresada de compartir sus conocimientos que ayudaron a llevar a buen término esta tesina. Muchas gracias.

GRANULOMA PIOGENO

INDICE

1.- INTRODUCCION

1.1 Antecedentes Históricos

a) Terminología

b) Etiología

c) Desarrollo y Anatomía Vasculares Normales.

2.- SINONIMIA

1

3.- GRANULOMA PIOGENO

2

3.1 Definición

2

3.2 Incidencia

3

3.3 Clasificación

5

3.4 Etiología

7

3.5 Localización

8

3.6 Características Clínicas

11

3.7 Características Histológicas

12

3.8 Pronóstico

14

3.9 Diagnóstico

15

3.10 Diagnóstico Diferencial

16

a) Tumor del embarazo

17

b) Epulis granulomatoso

17

c) Granuloma periférico de células gigantes

17

d) Fibroma odontogénico periférico

18

e) Hemangioma

18

f) Sarcoma de Kaposi

20

g) Carcinoma de células escamosas

21

3.11 Tratamiento

22

4.- REVISION DE 110 BIOPSIAS REALIZADAS EN LA DIVISION DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA 1989-1994	23
4.1 Resultados y gráficas	43
5.- RESUMEN	46
6.- CONCLUSIONES	48
7.- GLOSARIO	49
8.- BIBLIOGRAFIA	51
9.- DIAPORAMA	57

1.- INTRODUCCION

La lesión denominada **Granuloma Piógeno** ocurre comúnmente en la piel y la mucosa , es bien reconocida por el dermatólogo. Esta no ha recibido igual atención por todos los patólogos, dentistas y clínicos.

Para el paciente y el clínico que no este familiarizado con la lesión, esta es vista con alarma porque aparece rápidamente y tiende a recidivar acompañada de una eliminación parcial, por lo tanto la lesión es considerada como maligna, por aquellos que no tienen el conocimiento de ésta. Histológicamente es mal interpretada como tejido granulomatoso o más como un hemangioma infectado.

1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS : En 1870 Bollinger, y en 1884 Rivolta describieron botriomicosis en caballos seguida a la castración. En 1897 Poncet y Dor describieron una lesión en el hombre que fue comparable con la descrita por Rivolta y , se denomino botryomicosis hominis. Siguiendo la descripción original de Poncet y Dor en la literatura francesa, aparecen reportes en la literatura alemana, algunos de los cuales cuestionan la etiología y terminología.

El primer reporte en la literatura americana fue de Hartzell en 1904, solo se reportó un caso en varios años hasta 1925 Michelson reporto una serie de casos y revisó la literatura; en 1932 Montgomery y Colver añadieron otra serie de casos y sugirieron una relación con la hipertensión; en 1936 Berger y asociados cuestionaron la etiología de la enfermedad y sugirieron que había un duplicado humano con la botryomycosis animal ,pero esto no debería ser confundido con el granuloma piógeno. El único intento de reproducir experimentalmente la lesión fue por Kimmelstiel y Easley. Una serie de reportes por Lenormant en 1910, Michelsonen en 1925, Montgomery y Colver en 1932, se sumaron numerosos casos reportados, que fué la mas importante contribución significativa en la literatura.

a) **TERMINOLOGIA** : Cuando Poncet y Dor, describieron la lesión en el hombre designaron a esta como botryomycosis hominis asumiendo que la lesión es la misma que la descrita por Rivolta en los caballos, el trabajo de Sabrazes, Laubie y Bodin indicó que el estreptococo era el agente etiológico de la lesión granuloma piógeno.

Los autores alemanes introdujeron una terminología descriptiva; Küttner sugirió el término granuloma telangiectásico porque este describe la apariencia histológica de la lesión, Frederic usó el término granuloma benigno pedunculado para describir histológicamente, también como algunas características del tumor.

Varios autores usaron el término granuloma telangiectásico pedunculado por las mismas razones. En 1903 el término piógeno aparece en el texto de Crocker sobre enfermedades de la piel, aunque Hartzell, cuyo artículo fué publicado en 1904, es reconocido por Wile y otros que sugirieron el termino "granuloma piógeno".

Generalmente aceptado en estos tiempos a excepción del francés que designó la lesión como pseudobotryomycosis⁽¹⁰⁾

El término piógeno es incorrecto puesto que la producción de pus no es precisamente una de las características típicas de estas lesiones, vascularizadas y con abundantes capilares⁽⁸⁾ Las lesiones no complicadas carecen de ulceración e inflamación y son similares a los hemangiomas capilares comunes excepto por su aspecto macroscópico distintivo y sintomatología clínica.⁽⁵⁾

Mills diferenció histológicamente el granuloma piógeno de las otras lesiones vasculares proliferativas benignas y sugirieron el término "Hemangioma Capilar Lobular".⁽¹⁸⁾

El granuloma piógeno como ya se mencionó se encuentra dentro de la clasificación de las Neoplasias Vasculares Benignas.⁽⁵⁾

b) ETIOLOGIA: Los primeros escritos como la terminología lo indica, interpretaron incorrectamente la lesión como micótica. Sin embargo con el estudio de esta y de otras infecciones, fué mostrado que el estreptococo puede producir colonias con características de hongo. Kitt sugirió que el estafilococo podía producir esta lesión; Sabrazes y Laubie discutieron la posibilidad de que el estafilococo y el estreptococo fueran incidentales y no factores etiológicos. Siguiendo las indicaciones de Montgomery y Colver, Kerr reportó en un estudio de 157 casos que la característica micótica no se puede demostrar en ninguno de los casos, pero en las lesiones con una superficie ulcerada, las colonias típicas fueron de organismos saprofitos, cocos y gram positivo, gram negativos que se presentan en el exudado. En las lesiones bucales la variedad fué característica de la flora bucal; solo los organismos esparcidos fueron encontrados en las partes profundas de la lesión.

Montgomery y Colver describieron una analogía entre granuloma piógeno y queiloide, puntualizando que ambos son tejidos responsables de daño el cual ocurre espontáneamente, crece a un tamaño, y cuando se remueve recidiva y repite su tamaño previo. El granuloma piógeno no se repite si es adecuadamente removido, el queiloide aún completamente removido recidiva y crece.⁽¹⁰⁾

c) DESARROLLO Y ANATOMIA VASCULARES NORMALES: En la tercera semana de la vida embrionaria aparecen pequeños grupos de células indiferenciadas, "Centros de Angiogenesis" en las porciones laterales del mesodermo cefálico esplácnico; al principio son nidos sólidos, posteriormente se forma la luz vascular y aparece el endotelio primitivo, el crecimiento continúa y los canales primitivos se anastomosan entre sí; así se forma la malla vascular tanto superficial como profunda.

Además de las células endoteliales, también se derivan los "Centros de Angiogenesis" los pericitos, las células musculares lisas, eritrocitos y linfocitos primitivos inmunocompetentes. Las células sanguíneas se derivan específicamente de las células centrales de los nidos angiogénicos; existe una interacción biológica molecular entre las células endoteliales y las células sanguíneas. Las células endoteliales son capaces de sintetizar y liberar glucoproteínas sulfatadas, que son responsables de la adherencia y proliferación de los elementos sanguíneos.

En el momento del nacimiento hay tres tipos de células endoteliales:

1.- **CELULAS ENDOTELIALES CONTINUAS:** están presentes en la piel, cubren toda la superficie interna vascular con uniones cerradas bien desarrolladas.

2.- **CELULAS ENDOTELIALES DISCONTINUAS:** están presentes en órganos endocrinos, intestino y riñones; se observan grietas o fenestraciones entre las células endoteliales.

3.- **ENDOTELIO ABIERTO:** están presentes en órganos reticuloendoteliales, las células endoteliales están separadas unas de otras, sin uniones.

Con el microscopio electrónico se observan vesículas pinocíticas, desmosomas bien constituidos, filamentos intermedios y cuerpos de Weibel-Palade; son bastones con una estructura estriada en el centro; estos cuerpos están presentes en las células endoteliales de los capilares y arterias ausentes en venas y vasos linfáticos. Esta estructura está presente y es exclusiva de la célula endotelial.

Las células endoteliales además de cumplir su función mecánica, son metabólicamente muy activas; transportan proteínas vía transcelular, intervienen en los mecanismos electrostáticos, en la actividad de las plaquetas, la coagulación del plasma y la movilidad de las células musculares lisas.⁽⁶⁾

GRANULOMA PIOGENO

(HEMANGIOMA CAPILAR LOBULAR)

2.- SINONIMIA :

Botryomycosis Hominis

Granuloma Telangiectásico

Granuloma Pedunculado Benigno

Granuloma Telangiectasico Pedunculado

Pseudobotriomycosis

Granuloma Telangiectasico

GRANULOMA PIOGENO

Fibroangioma

Enfermedad de Hartzell

Verruga Sangrante

Granuloma Séptico

Granuloma Hemangiomaso

Hemangioma Capilar Eruptivo

Hemangioma Capilar Lobular⁽¹⁸⁾

3.1 DEFINICION

El **granuloma piógeno** es un tumor vascular benigno , de tipo de tejido de granulación, se encuentra comprendida dentro de los hemangiomas localizados son mucho muy comunes y constituyen la mayor parte de los tumores vasculares encontrados en la práctica diaria.⁽⁴⁾

3.2 INCIDENCIA

Sumitra Das en estudio de revisión de 2370 biopsias en la Universidad de Illinois Chicago reportó que tipo de lesiones eran las más frecuentes y para esto las dividió en: 1) Inflamatorias y reactivas, 2) Quísticas, 3) Neoplasias y 4) Otras lesiones; de igual manera dividió el estudio en grupos raciales (Blancos, Negros e Hispanos), blancos fueron la mayoría (57%); los negros fueron los siguientes con (26%) y los hispanos (17%).

Las localizaciones predominantes fueron parodontales, seguido por labios.

Las lesiones inflamatorias y reactivas formaron la mayoría del grupo de biopsias con (66 %), seguido por las neoplasias (11.2%) y las quísticas con (10.7%). Las lesiones más comunes fueron granuloma periapical, quiste periodontal, quiste dentígero, **granuloma piógeno** y papiloma.

La frecuencia del granuloma piógeno fué similar en blancos y negros (10 %), pero menor en hispanos (4.9 %). Dentro del grupo de lesiones inflamatorias y reactivas el granuloma piógeno fué la lesión más común (5.1 %).⁽³⁾ El granuloma piógeno no presenta una predilección especial por los niños ⁽¹²⁾, se presenta a cualquier edad y ocurren con mayor frecuencia en mujeres que en hombres⁽¹⁶⁾.

3.3 CLASIFICACION

En la literatura se han clasificado de acuerdo con los criterios clínicos, radiográficos y patológicos, aunque ningun sistema es totalmente satisfactorio. A continuación se presenta un esquema de la clasificación de los tumores vasculares de tejidos blandos :

TUMORES VASCULARES BENIGNOS

A.-Hemangioma Localizado

- 1.- Hemangioma capilar (incluido el tipo juvenil)
- 2.- Hemangioma cavernoso
- 3.-Hemangioma venoso
- 4.- Hemangioma arteriovenoso (hemangioma recemoso)
- 5.- Hemangioma epiteloide (hiperplasia angiolinfoide, enfermedad de Kimura)
- 6.- **Hemangioma de tipo tejido de granulacion (Granuloma Piógeno)**
- 7.- Otros hemangiomas de tejidos blandos profundos (sinovial, intramuscular,neural)

B.- Angiomatosis (hemangioma difuso)

II.- TUMORES VASCULARES DE MALIGNIDAD INTERMEDIA O LIMITE

(Hemangioendotelioma)

A.- Hemangioendotelioma epitelioides

III.- TUMORES VASCULARES MALIGNOS

A.- Angiosarcoma (incluido el linfangiosarcoma)

B.- Sarcoma de Kaposi

C.- Angioendotelioma papilar endovascular maligno

D.- Angioendoteliomatosis proliferante.⁽⁵⁾

3.4 ETIOLOGIA

Algunos autores sugieren que el granuloma piógeno aparece por reacción a un trauma localizado o irritación⁽¹³⁾, en la piel o mucosa, sanando anormalmente con excesiva formación de tejido de granulación⁽¹⁸⁾. Regezi menciona que se produce por una reacción de proliferación excesiva del tejido conectivo como reacción ante un estímulo o agresión conocida como presencia de cálculo o material exógeno en el surco gingival⁽¹⁶⁾.

Aproximadamente un tercio de los casos se desarrolla luego de traumatismos menores⁽⁵⁾; se piensa que factores endocrinos contribuyen para la formación de granuloma piógeno⁽¹⁸⁾. Aunque un estudio realizado por S. Brijan Whittaker menciona que la cantidad de receptores de estrogénos y progesterona en el granuloma piógeno no es un factor determinante en la patogénesis de la lesión, puede ser que este papel se atribuyera a los niveles de hormonas circulantes. Los niveles de estrogénos y progesterona tienen un marcado incremento en el embarazo, y por esto pueden ejercer un mayor efecto en el endotelio del granuloma piógeno⁽²²⁾.

3.5 LOCALIZACION

Un estudio realizado por Stephen Patrice demostró que dos terceras partes de los granulomas piógenos se presentaron en la cabeza y cuello, seguidos por el tronco, extremidades superiores y finalmente extremidades inferiores.

En la región de cabeza y cuello los sitios más frecuentes fueron: carrillo (28.8%), cavidad bucal (13.5%), cuero cabelludo (10.8), frente (9.9%), párpado y labio (ambos 9.0%). En este estudio 88.2% (n=157) las lesiones ocurrieron en la piel y el 11.8% (n=21) en la mucosa. Uno apareció en la mucosa de la nariz y otro en el timpano.

Las lesiones anteriores y posteriores del tronco ocurrieron aproximadamente con igual frecuencia. La mayoría de las lesiones de las extremidades superiores fueron en los hombros (43.5%), seguido por las manos y los dedos (30.4%) y brazos (26.1%).

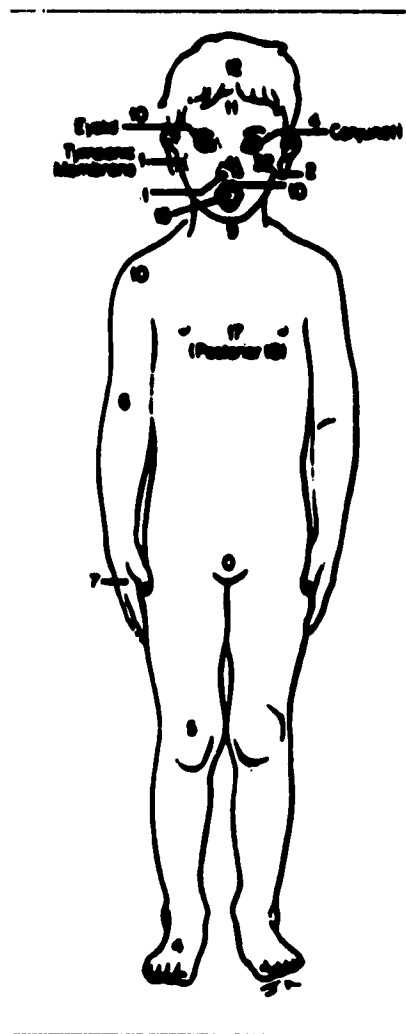
Las lesiones de las extremidades inferiores se localizaron con similar frecuencia en muslo, pantorrilla, pies y dedos de los mismos⁽¹⁸⁾.

Fig 1 (Distribución anatómica de granuloma piógeno en 178 pacientes. Dos terceras partes de las lesiones ocurren en la región de cabeza y cuello particularmente en los carrillos).

% de lesiones
Cabeza y cuello 62.4

Tronco 19.7
Extremidades superiores 12.9

Extremidades inferiores 5.0



La mayoría de los granulomas piógenos de la cavidad bucal se encuentran en localizaciones gingivales cerca de los dientes, sin embargo el resto de la cavidad bucal no queda fuera de ser afectada⁽⁸⁾. En la región que consideramos se originan la mayoría de los casos es a partir de la papila interdientaria, prefiriendo la zona vestibular, el sector mas afectado es el comprendido de canino a canino siguiendo la zona de premolares y finalmente la de molares.⁽⁹⁾ Se encuentra en el carrillo labios, lengua, paladar, piso de boca y frenillo. Las lesiones gingivales comprenden el maxilar (56%) despues la mandíbula (44%), la cara vestibular más que la lingual y la parte anterior de la arcada más que la posterior; excepto en el área lingual de la mandíbula en molares⁽²⁾.

3.6 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Clinicamente el granuloma piógeno es una masa polipoide⁽²³⁾, elevada, sésil o pedunculada⁽¹⁵⁾, las lesiones grandes pueden ser pedunculadas⁽¹³⁾, con una superficie lisa, lobulada o verrucosa⁽¹⁵⁾, si es completamente fibrosado a la palpación es firme⁽²³⁾, si no es así la superficie es blanda, algunas veces ulcerada y fácilmente sangrante.⁽²⁾

El color varia desde un rojo intenso brillante a un rojo profundo o púrpura⁽¹³⁾, si la lesión es de variedad mixta (granuloma con áreas fibrosas) aparece con áreas rosas y rojas, y si es totalmente fibrosado es rosa pálido.⁽²³⁾ La superficie aparece moteada o incluso cubierta con una escara blanca o amarilla. Los múltiples aspectos morfológicos de la lesión dependen del desarrollo y del grado de inflamación sobreagregada. La proliferación abundante del tejido de granulación explica el color rojo brillante y la proliferación de aspecto tumoral del tejido. Es así que cuando este llega a ser traumatizado, la superficie se torna ulcerada y la lesión es infectada secundariamente con bacterias piógenas de la flora bucal, la asociación bacteriana y traumática secundaria produce la modificación de la forma y el color de la lesión, así como la escara superficial y el exudado purulento.⁽¹³⁾

Tiene una duración de semanas o meses⁽²⁾, aunque se han descubierto casos de crecimiento rápido⁽⁸⁾, alcanza su tamaño definitivo en un periodo relativamente breve⁽¹⁹⁾ y permanece estático por un período indefinido. Su tamaño puede variar de pocos milímetros a varios centímetros⁽¹⁶⁾. Afecta más a mujeres que a hombres y puede aparecer a cualquier edad.⁽¹⁵⁾

3.7 CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

El exámen microscópico muestra lesiones constituidas por masas lobuladas de tejido hiperplásico de granulación. Algunas cicatrices sugieren que, en determinados pacientes, se produce maduración del fenómeno de reparación del tejido conectivo, además de cantidades variables de células características de inflamación crónica.⁽¹⁶⁾

El epitelio que recubre la lesión está adelgazado y en algunas áreas está ulcerado. El tejido conjuntivo subyacente contiene un infiltrado considerable de neutrófilos, linfocitos y células plasmáticas.⁽¹⁵⁾ El epitelio adyacente es hiperparaqueratósico o acantótico, pero el epitelio suprayacente a la lesión es aplanado, atrófico o ulcerado. La lesión básica es un hemangioma celular lobulado, dispuesto en una matriz fibrinóide. Cada lobulo del hemangioma consiste en un vaso más grande a menudo con una pared muscular, y rodeado por acúmulos de pequeños capilares. Sin embargo muchas lesiones estan alteradas por cambios inflamatorios secundarios; como resultado se han comparado con tejido de granulación, células inflamatorias agudas y crónicas dispersas por toda la lesión, pero como es de suponer son mas numerosas en la superficie. Un edema del estroma puede separar ampliamente las luces capilares, impidiendo la disposición lobular del tumor.⁽⁵⁾

La masa tumoral se compone de espacios vasculares dilatados, injurgitados de eritrocitos.⁽⁴⁾ Es una masa circunscrita de tejido de granulación cubierta por epitelio escamoso estratificado.⁽¹³⁾

El tejido de granulación es extremadamente vascular, con extensa proliferación endotelial. La superficie del epitelio puede estar relativamente intacta, pero lo más frecuente es que se encuentren grandes áreas de destrucción y su reemplazo por tejido necrótico, fibrina y un denso infiltrado de leucocitos polimorfonucleares. El tejido conectivo tiene un infiltrado de leucocitos, linfocitos, plasmocitos e histiocitos en cantidad variable, generalmente relacionado con el grado de ulceración superficial.⁽¹³⁾

3.8 PRONOSTICO

Aunque el granuloma piógeno es una lesión benigna, se ha observado una tasa de recidivas del 16 %, en una gran serie de tumores tratados conservadoramente. Sin embargo Mills y Col en una serie de 74 casos la tasa de recidivas fué considerablemente menor.

La recidiva en esta enfermedad puede presentarse como un nódulo solitario o como múltiples nódulos, satélites pequeños alrededor del sitio de la lesión original. El fenómeno de "satelitosis" en esta enfermedad ha sido analizado por Warner y Wilson Jones, quienes hayaron que muchas de estas lesiones ocurrían en la región del tronco, particularmente el área escapular, y la mayoría había sido extirpada en forma incompleta inicialmente. En contraste con los tumores originales, los satélites habitualmente no son pedunculados sino más bien sésiles y poseen un epitelio de superficie intacto. Así, en estos aspectos pueden parecerse macroscópicamente a hemangiomas comunes. Aunque el rápido desarrollo de numerosos satélites a menudo causa una considerable alarma por parte del clínico, habitualmente estas lesiones responden a la rescisión y en algunos casos incluso han remitido espontáneamente.⁽⁵⁾

3.9 DIAGNOSTICO

El aspecto de estas lesiones con aumento debe sugerir inmediatamente el diagnóstico, porque son crecimiento claramente exofíticos conectados con la piel por pedunculos de diámetro variable y ocasionalmente están rodeados por tejido normal.⁽⁵⁾

Clinicamente la lesión parece una tumoración y por lo tanto es importante un diagnóstico definitivo. Debe realizarse la biopsia para descartar varias posibilidades neoplásicas.⁽¹³⁾

3.10 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El aspecto clínico de estas lesiones es bastante característico y puede servir como adyuvante diagnóstico útil para el patólogo en situaciones difíciles; en estos casos es útil recordar que el granuloma piógeno es una lesión más o menos circunscrita, a menudo con una disposición lobular, en contraste con la naturaleza dispersa pobremente limitada de las neoplasias vasculares malignas. En particular la forma en que incluso angiosarcomas bien diferenciados disecan a través del tejido conectivo y crean espacios vasculares irregulares contrasta bruscamente con la del granuloma piógeno.⁽⁵⁾

En el examen clínico se debe diferenciar de otras lesiones que ocurren en la mucosa gingival, como el granuloma periférico de células gigantes, el fibroma periférico⁽¹⁶⁾, sarcoma de Kaposi⁽⁵⁾, carcinoma de células escamosas, hemangiomas.⁽¹⁾

En general estas tumoraciones hiperplásicas inflamatorias aparecen en las encías y se les denomina épulis. Aunque la mayor parte de estas son producidas por irritación local y son similares entre sí, tienen nombres distintos según el patrón microscópico. Por lo tanto un épulis puede ser un granuloma piógeno, fibroma periférico, granuloma periférico de células gigantes, hemangioma o bien tejido de granulación.⁽⁷⁾

a) **TUMOR DEL EMBARAZO** : Es un granuloma piógeno que aparece en la mujer durante su embarazo, tiene el mismo aspecto clínico y sin duda son respuesta a una irritación local. La encía de estas mujeres puede mostrar una respuesta exagerada a ciertos irritantes como los cálculos dentarios. Pueden extirparse después del parto a menos que las lesiones no sean demasiado molestas. No son verdaderos tumores y no son premalignos.⁽⁷⁾

b) **EPULIS GRANULOMATOSO** : O también llamado tejido de granulación; después de la extracción de un diente, puede haber una respuesta inflamatoria exagerada en el alveólo. Muchas veces se produce una lesión similar al granuloma piógeno con aspecto de frambuesa; con frecuencia se observan cuerpos extraños dentro de ellas. Sangran con facilidad y su tratamiento es la extirpación quirúrgica simple.⁽⁷⁾

c) **GRANULOMA PERIFÉRICO DE CELULAS GIGANTES** : Es una tumoración rojiza o azulada de consistencia dura, que sólo aparece en la encía. Es similar al granuloma piógeno y difiere sólo en la presencia de numerosas células gigantes en el tejido de granulación. Su aparición es repentina y aumenta rápidamente de tamaño. El tratamiento es la extirpación quirúrgica aunque también puede recurrir. El término periférico se utiliza debido a que existe una lesión hística semejante en la mandíbula, en cuyo caso se denomina granuloma central de células gigantes.⁽⁷⁾

d) **FIBROMA ODONTOGENICO PERIFERICO** : De etiología controvertida pero se piensa que deriva del ligamento parodontal, se presenta a cualquier edad, pero es más común en niños y adultos jóvenes, tiene ligera predilección por el sexo femenino; su aspecto clínico es una masa focal de tejido hiperplásico con base sésil o pedunculada, de color normal y generalmente sin ulceración. Dentro de las características microscópicas presenta una capa de epitelio escamoso estratificado. La mayor proporción de la lesión está constituido por tejido conectivo que contiene grandes cantidades de fibroblastos entremezclados con estroma fibrilar. En esta lesión puede haber varias formas de calcificación, que pueden corresponder a trabéculas óseas, cemento, o bien, a calcificación distrófica. El tratamiento es quirúrgico.⁽¹⁵⁾

e) **HEMANGIOMA** : Es una lesión tumoral de tejidos vasculares, muy común en la piel y mucosa. El granuloma piógeno se puede confundir con hemangioma capilar o cavernoso. Pero el aspecto clínico y microscópico hacen la diferencia además de la historia clínica; por lo general los hemangiomas se presentan desde el primer año de vida y frecuentemente en recién nacidos; puede en ocasiones, sobre todo el tipo cavernoso, provocar distensión y palparse pulsaciones en el área afectada, como existe falta de circulación en los hemangiomas presentan una coloración cianótica, son más comunes en el sexo femenino y la mayoría se presenta en cabeza y cuello. Las lesiones bucales se presentan en carrillos y lengua y dejan de crecer conforme el crecimiento del individuo.

El peligro de estas lesiones es el de una hemorragia que puede ser profusa y a veces muy peligrosa. Las características histológicas comprenden : el hemangioma capilar está formado por numerosos espacios pequeños revestidos por endotelio y su imagen histológica en ocasiones es idéntica al del granuloma piógeno. La forma cavernosa consiste en grandes espacios hemáticos revestidos por endotelio.(15)

El hemangioma histiocitoide (término sugerido por Rosai), se refiere a un grupo de lesiones que involucran a la piel, tejidos blandos subcutáneos, vasos, huesos y corazón, que parte con las mismas características microscópicas básicas de proliferación celular endotelial y una marcada infiltración de linfocitos, células plasmáticas y leucocitos eosinófilos. La célula principal que prolifera es la característica de una célula endotelial pero también exhibe características histoquímicas y ultraestructura de un histiocito.

Los nódulos que se presentan en la mucosa bucal y los subcutáneos son poco comunes, y tienden a parecerse a un granuloma piógeno, están usualmente solitarios y mucho después localizados en la cabeza y el cuello de adultos jóvenes. (20)

El tratamiento es la cirugía, o bien agentes esclerosantes, crioterapia y compresión. (15)

f) SARCOMA DE KAPOSI : Enfermedad maligna que se origina en las células epiteliales. Su etiología se debe a varios factores como pueden ser: predisposición genética, infecciones (en especial de tipo viral), factores ambientales de diferentes regiones geográficas y alteración inmunitaria, como inmunodepresión. Hay tres patrones clínicos diferentes, el clásico, el de Africa y el tercer grupo que se presenta en pacientes afectados de SIDA u otros trastornos relacionados con inmunodeficiencias.

Difiere de las otras formas de la enfermedad en que las lesiones no se limitan a la piel de las extremidades y pueden localizarse en cualquier órgano. Afecta pacientes jóvenes y las lesiones bucales y linfáticas son mayores. La evolución es rápida y agresiva, el pronóstico es desfavorable, la mitad de estos pacientes presentan trastornos bucales, aunque se presentan con mayor frecuencia en el paladar y varían desde lesiones planas de apariencia trivial hasta lesiones exofíticas de mal aspecto. La enfermedad puede ser multifocal o unifocal, el color es por lo general rojo o azul. Histopatológicamente la lesión inicial puede ser muy difícil de diagnosticar por su semejanza con los hemangiomas capilar o granuloma piógeno; ya que se encuentran conductos vasculares atípicos, glóbulos rojos extravasados, hemosiderina y células inflamatorias, estas características con excepción de la primera pueden corresponder a otras lesiones vasculares. En las etapas finales se observa un componente importante de las células en forma de huso y figuras mitóticas que ayudan a establecer el diagnóstico microscópico de la enfermedad. En cuanto al tratamiento, hay varias formas terapéuticas sin que alguna sea eficaz para todos los casos. La cirugía es útil pero sólo en las lesiones bien localizadas, en las multifocales se utilizan radioterapia o quimioterapia.⁽¹⁶⁾

g) CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS : Se presenta como una úlcera indurada, no dolorosa con bordes enrollados; con mayor frecuencia se encuentra en la parte lateral de la lengua y el piso de boca, afecta principalmente al hombre; el aspecto clínico es una masa roja o una placa de color blanco o rojo. Su etiología es un mecanismo desconocido puede ser tabaco, luz ultravioleta, alcohol y la irritación crónica son agentes carcinógenos. El tratamiento es la cirugía o radioterapia, la tasa de supervivencia a cinco años es de 45 % a 50 %, el pronóstico es excelente en etapas tempranas , pero desfavorable si hay infección de ganglios linfáticos regionales.⁽¹⁶⁾

Todo lo que un término puede abarcar para este grupo de lesiones, deberá ser considerado en el diagnóstico diferencial de las lesiones orales parecidas al granuloma piógeno.⁽²⁰⁾

3.11 TRATAMIENTO

El tratamiento consiste en la remoción quirúrgica completa de la lesión.⁽¹³⁾, incluyendo el tejido conectivo que la origina.⁽¹⁶⁾

También debería intentarse localizar y eliminar todas las fuentes del trauma en la zona. Los dientes y restauraciones tendrían que ser revisados por los puntos o bordes filosos. Deben pulirse las superficies rugosas y controlarse la adaptación de las prótesis, así como de las superficies rugosas. Los hábitos de morderse o traumatizarse son más difíciles de controlar y pueden determinar la recidiva de la lesión en el mismo lugar.

La remoción incompleta de la lesión puede también producir la recidiva.⁽¹³⁾

4.- REVISION DE 110 BIOPSIAS REALIZADAS EN LA DIVISION DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO (1989-1994)

No. DE BIOPSIA	AÑO	EDA D	SEXO	LOCALIZACION	CARACTERISTICAS CLINICAS	CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS	DIAGNOSTICO CLINICO	DIAGNOSTICO FINAL
FO 0789	1989	10	fem.	Labio superior	Hiperplásica,rojo brillante,elevada de base sésil,consistencia fibrosa y ulcerada.	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado,infiltrado inflamatorio crónico,numerosos capilares ,neoformación vascular,edema.	Hiperplasia fibrosa	Granuloma piógeno (G:P:)
FO 10889	1989	5	masc	Encia de molares inf.	Color café parduzco,base sésil,exofítico bien delimitado de consistencia fibrosa,sangrante.	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado,con signos evidentes de atrofia. El resto formado por infiltrado inflamatorio crónico,edema y capilares proliferantes.	Granuloma piógeno	G.P.
FO 10989	1989	40	fem	Encia de canino y lateral inf.	Hiperplásica ,rojo brillante base sésil,oval y elevada,blanda,	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado,infiltrado inflamatorio crónico, proliferación de capilares y edema.	Granuloma piógeno	G:P:
FO 11489	1989	15	masc	Dorso de la lengua	Hiperplásica,oval elevada,base	Epitelio escamoso estratificado	Fibropapiloma de lengua	G.P.

					pedunculada,rojo brillante,fibrosa.	paraqueratinizado con áreas de acantosis. células endoteliales de aspecto proliferativo,capilares y edema.		
FO 13189	198 9	22	masc.	Margen gingival palatino anterior	Hiperplásica,rojo brillante,base sésil,oval,elevada,blanda y sangrante.	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado,con acantosis leve y espongirosis,gran cantidad de vasos,edema.	Granuloma Piógeno	G.P.
FO 14489	198 9	32	fem	Carrillo derecho en zona retromolar	Hiperplásica,roja,oval, de base pedunculada,fibrosa y sangrante.	Epitelio escamosos estratificado paraqueratinizado,úlceras cubiertas por exudado de tipo fibrinoide,infiltrado inflamatorio crónico,capilares y edema.	Hiperplasia	G:P:
FO1538 9	198 9	11	masc.	Encia del segundo molar inferior.	Hiperplásica,oval,pedunculada,roja, fibrosa y sangrante.	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado con aspecto proliferativo,infiltrado inflamatorio,abundantes capilares y edema.	Hiperplasia gingival.	G:P:
FO 16889	198 9	28	masc	encia insertada de molares inferiores.	Hiperplásica,rugosa de base sésil,blanda, ulcerada y sangrante,color rojo.	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado con áreas de atrofia y proliferación,área ulcerada cubierta por fibrina,proliferación endotelial,edema.	Granuloma periférico de células gigantes.	G.P.

FO 16989	198 9	81	masc.	Carrillo derecho superior	Hiperplásica, blanca, elevada, de base pedunculada, ulcerada.	Epitelio escamoso estratificado paraqueratosico con un área de hiperqueratosis, acantosis y exocitosis. El resto gran cantidad de capilares, macrófagos y linfocitos.	Ulcera traumática.	G.P.
FO 23889	198 9	10	fem	Encía área maxilar	Inflamatoria , redonda, fibrosa, pálida.	Proliferación endotelial con formación capilar intensa, infiltrado inflamatorio mixto, epitelio escamosos estratificado parcialmente ulcerado.	Granuloma piógeno	G.P.
FO 25089	198 9	50	fem	Mucosa labial superior	Reactiva, irregular, elevada , pedunculada, roja, fibrosa.	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado con áreas atróficas y acantosis, infiltrado inflamatorio crónico, abundantes capilares y edema.	Hiperplasia fibrosa.	G:P:
FO 26689	198 9	30	fem	Encía de incisivo central inferior y parte del lateral	Irregular, elevada, rugosa, pe dunculada, roja, blanda y sangrante.	Epitelio escamoso estratificado ortoqueratinizado, zona de ulceración, infiltrado inflamatorio, proliferación endotelial, formación capilar abundante.	Hiperplasia fibrosa	G:P:
FO 37489	198 9	16	fem	Labio superior	Hiperpásica, rojo brillante, base sésil, elevada, oval.	Epitelio escamoso estratificado y acantosis, infiltrado inflamatorio crónico, neoformacion	Hiperplasia fibrosa.	G:P:

						vascular, proliferación de capilares.		
FO 38989	1989	18	fem	Encía insertada de central superior	Rojo brillante, pedunculado, redonda, fibrosa y sangrante.	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado, infiltrado inflamatorio crónico, proliferación de capilares y edema.	Granuloma piógeno	G.P:
FO 39389	1989	23	fem	Papila interdental de 4,3 superior izquierdo	Hiperplásica, rojo brillante, sésil, redonda, blanda, ulcerada y sangrante.	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado, infiltrado inflamatorio crónico, proliferación de capilares y edema, ulceración.	Granuloma piógeno	G.P.
FO 00590	1990	2	fem	Labio superior	Hiperplásica, rojo brillante, pedunculado, redonda.	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado, infiltrado inflamatorio crónico, proliferación de capilares, zonas de fibrina.	Hipertrofia por traumatismo	G.P.
FO 03890	1990	23	fem	Encía 6y7 inferior derecho	Redonda, elevado, rojo brillante y blanda	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado con acantosis, zona ulcerada cubierta por tejido de granulación, células endoteliales proliferativas	No tiene	G.P.
FO 03990	1990	36	masc	Proceso alveolar inferior.	Hiperplásica, oval, irregular, pedunculada, rojo Brillante y sangrante.	Tejido conectivo fibroso laxo, proliferación endotelial, edema, calcificación distrófica y una cubierta parcial de epitelio escamoso estratificado de	Granuloma piógeno	G.P. con calcificación distrófica.

						aspecto proliferativo.		
FO 04290	199 0	28	fem	Paladar duro	Oval, elevada, lobulada, sésil, roja, fibrosa y sangrante.	Edema proliferativo endotelial, neoformación vascular y cubierta parcial de epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado proliferativo.	Granuloma de células gigantes	G.P:
FO 04590	199 0	18	masc	Encía de centrales inferiores.	Hiperplásica, neoplásica, irregular, elevada, lisa.	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado, capilares, tejido conectivo fibroso laxo.	Fibroma o hiperplasia fibrosa	G.P:
FO 07990	199 0	45	fem	Mucosa gingival	Hiperplásica, lobulada, pedunculada, roja, fibrosa.	Epitelio escamoso estratificado no queratinizado, áreas ulceradas cubiertas por fibrina	Hiperplasia	G.P: con calcificación
FO 12490	199 0	39	fem	No tiene	Hiperplasia, oval roja, sésil, blanda, fibrosa sangrante	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado, proliferación endotelial, edema, neoformación capilar.	Granuloma piógeno	G.P:
FO 16790	199 0	4	masc	Segundo molar temporal	Oval, irregular, lisa, sésil, blanco rojo brillante, fibrosa sangrante.	Tejido fibroso muy vascularizado, edema, células inflamatorias de tipo mixto, ulceración cubierta por membrana fibrino purulenta	Epulis	G.P.
FO 17690	199 0	23	masc	Carrillo del segundo molar inferior	Lisa, sésil, hiperplasia, irregular, elevada, rosa claro, fibroso.	Tejido fibroso muy vascularizado, edema, células inflamatorias de tipo mixto, epitelio escamoso estratificado no	Hiperplasia fibrosa	G.P:

						queratinizado, ulceración cubierta por membrana fibrinopurulenta.		
FO 21190	1990	8	masc	Mucosa palatina	Oval irregular, lisa, lobulada, plegada, pedunculada, fibrosa blanquecina	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado, ulceración de aspecto proliferativo, proliferación endotelial, hueso mitoplasmático e islas de mineralización de tipo cementoide	Granuloma de células gigantes	G.P. con metaplasia ósea del paladar
FO 22490	1990	40	masc	Encía marginal	Irregular limitada, lisa, fibrosa, elevada y sangrante.	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado, exostosis, espongirosis, acantosis, infiltrado inflamatorio	Fibromatosis	G.P.
FO 23490	1990	62	fem	Mucosa alveolar y encía a la altura de premolares inferiores	Neoplásica, irregular, rugosa, lobulada, sésil, blanda, roja, fibrosa, sangrante y ulcerada.	Epitelio escamoso estratificado de aspecto proliferativo, ulcerada, infiltrado inflamatorio mixto, capilares y edema.	Fibroma periférico osificante	G:P:
FO 25390	1990	4	fem	Comisura labial	Hiperplásica oval, lisa, rugosa, sésil, blanco rojiza.	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado, endotelio proliferativo, tejido conectivo fibroso laxo.	Hiperplasia fibrosa	G.P.
FO 27190	1990	62	fem	Reverde alveolar, mucosa lingual y vestibular mandibular	Neoplásica, oval, elevada, rugosa, pedunculada, rojo fibrosa, dura, ulcerada y sangrante	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado, ulcerado, infiltrado inflamatorio, tejido conectivo fibroso.	Granuloma piógeno	G:P: antiguo
FO	199	23	masc	Encía	Irregular	Epitelio escamoso	Granuloma	G:P:

27790	0			marginal,	elevada,lobular,verrucosa,sésil brillante y blanda.	estratificado paraqueratinizado,atrofia y proliferación,infiltrado inflamatorio crónico,edema,capilares, tejido conectivo fibroso	piógeno	
FO 30190	1990	10	fem	Carrillo posterior derecho a comisura labial	Oval,lisa,lobular,pedunculada,fibrosa	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado,neoformación vascular,edema,ulceración	Hiperplasia fibrosa	G.P.
FO 30590	1990	33	fem	Región yugal palatina y fondo de saco derecho	Neoplásica,elevada,sésil,roja ,ulcerada,sangrante e irregular	Epitelio escamoso paraqueratinizado, neoformación vascular,edema	Tumor paraodontal (osteosarcoma)	G.P.
FO 30790	1990	44	fem	Papilas y paladar duro	Oval,irregular,blanco brillante	Epitelio escamoso estratificado hiperparaqueratinizado, acantosis y espongiótico,proliferación de capilares	Granuloma piógeno	G.P.
FO 31390	1990	13	fem	Encía lingual entre 5 y 6	Oval,rugosa,lisa,sésil,rojo oscuro,	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado,proliferación de capilares y edema.	Granuloma piógeno	G.P.
FO 33890	1990	18	masc	Encía anterior superior derecha	Infeciosa,irregular,roja fibrosa,pedunculada,lisa	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado.acantosis,espongiosis.	Granuloma periférico de células gigantes	G.P. con calcificación
FO 42190	1990	38	fem	Entre lateral y canino superior derecho	Hiperplásico,irregular,lobulado,sésil,rojo ,fibroso.	Proliferación de capilares epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado	Granuloma piógeno	G:P:

FO 43490	199 0	48	fem	Reverde alveolar mandibular izquierdo	Irregular,elevada.pedunculada,café, fibrosa.	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado,proliferación de capilares y calcificación	Lesión o pigmentación melanogénica	G.P.
FO 45190	199 0	32	fem	Gingival inferior derecho entre premolares y molares	Hiperplásica,redonda, irregular,lobulada,pedunculada,roja, fibrosa y sangrante	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado y proliferación de capilares	Granuloma periférico de células gigantes	G:P:
FO 47090	199 0	8	fem	Incisivos centrales superiores	Neoplásica,oval,lobulada,pedunculada,rojo brillante y sangrante.	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado,acantosis,espóngiosis, proliferación de capilares,tejido conectivo laxo.	No tiene	G.P.
FO 47190	199 0	29	fem	Paladar región anterior	Reactiva irregular,rugosa, pedunculada, blanca,blanda fibrosa y sangrante.	Epitelio escamoso estratificado hiperparaqueratinizado,tejido conectivo laxo,proliferación de capilares y edema.	Granuloma periférico progresivo	G:P:
FO 48490	199 0	26	masc	Piso de boca derecho	hiperplasia,oval,lisa,pedunculada, blanco rojo fibrosa,ulcerada.	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado,proliferación de capilares	Hiperplasia fibrosa ulcerada	G:P:
FO 00891	199 1	76	fem	Piso de boca derecho	Hiperplasia elevada,fibrosa,blanada,oval, sésil, lisa,ulcerada.	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado,infiltrado o inflamatorio agudo,proliferación de capilares y edema	Epulis fisuratum	G:P:
FO 01591	199 1	57	fem	Borde lateral derecho de la	Irregular,sésil,ulcerada y dura.	Epitelio escamoso estratificado	Cáncer	G:P:

				lengua		paraqueratinizado espongiosis,acantosis,infil trado inflamatorio agudo y edema.		
FO 03391	199 1	46	fem	Vestibular iaquierdo a nivel del premolar	Hiperplásica, elevada, redonda,sésil, rojo brillante, lisa y fibrosa	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado, proliferacion de capilares, infiltrado inflamatorio crónico con osificación	Fibroma hiperplásico	G:P:
FO 04891	199 1	19	fem	Piso de boca	Reactiva,irregular,sésil,rosa brillante, lisa, blanda,sangrante	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado, osificación y tejido conectivo laxo	Granuloma piógeno	G:P:
FO 07091	199 1	31	fem	Lengua	Reactiva,elevada,redonda,sé sil,rosa brillante,lisa,blanda	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado,infiltra do inflamatorio agudo,proliferación de capilares y edema.	Granuloma piógeno	G:P:
FO 08191	199 1	63	fem	Mucosa bucal superior	Elevada oval,brillante,lisa,rosa brillante,fibrosa	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado,ulcera ción,infiltrado inflamatorio crónico,proliferación de capilares y edema	Granuloma periférico de células gigantes	G:P:
FO 09891	199 1	20	fem	Paladar duro zona incisiva	Reactiva,elevada,irregular,pe duncu lada,rugosa,rojo brillante,fibrosa y sangrante	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado,ulcera ción,infiltrado inflamatorio crónico,proliferación de capilares y edema	Granuloma periferico de células gigantes	G:P:
FO 11791	199 1	12	fem	Paladar duro	Degenerativa,redonda ,pedunculada,rugosa, color	Epitelio escamoso estratificado	Tumor de células	G:P:

					del mismo tejido.	paraqueratinizado, proliferación de capilares, edema, neoformación vascular, e infiltrado inflamatorio crónico.	gigantes	
FO 12791	1991	27	fem	Paladar duro	Neoplásica, elevada, pedunculada, lisa, color blanco opaco, sangrante	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado, ulceración, infiltrado inflamatorio crónico, proliferación de capilares y edema	Tumor del embarazo	G:P:
FO 13791	1991	64	fem	Papila interdental entre 2y3 superior derecho	Reactiva, elevada, redonda, sécil, lisa blanda, roja, brillante	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado, proliferación de capilares, edema, e infiltrado inflamatorio crónico	Granuloma piógeno	G:P:
FO 16391	1991	31	fem	Encía inferior a la altura de canino	Inflamatoria, elevada, blanda, irregular, oval, sécil, lisa, dura, y roja.	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado con proliferación de capilares.	Fibroma	G:P:
FO 19991	1991	17	fem	Carrillo derecho	Reactiva, elevada, redonda, ulcerada, roja, blanda, sangrante	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado, acantosis, proliferación de capilares, edema, osificación	Hiperplasia fibrosa	G:P:
FO 25691	1991	35	masc	Papila interincisiva paladar entre centrales superiores	Hiperplásica, elevada, oval, pedunculada, lisa, rojo brillante, blanda.	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado, proliferación de capilares e infiltrado inflamatorio agudo	Granuloma piógeno	G:P:
FO	199	28	fem	Centrales	Hiperplásica, irregular, sécil, li	Epitelio escamoso	Granuloma	G:P:

30791	1			superiores	sa,color del mismo tejido,sangrante	estratificado paraqueratinizado,ulceración,infiltrado inflamatorio crónico,tejido conectivo laxo.	piógeno	
FO 32691	199 1	65	fem	Mucosa de carrillo izquierdo	Hiperplásica,elevada,irregular,pedunculada,blanda, rojo brillante, ulcerada y sangrante	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado,ulceración, proliferación de capilares y edema	Granuloma piógeno	G:P:
FO 33491	199 1	29	fem	Paladar entre lateral y canino	Inflamatoria,elevada,irregular, pedunculada, rojo brillante,blanda y sangrante	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado,ulceración,infiltrado inflamatorio crónico,proliferación de capilares y edema	Granuloma piógeno	G:P:
FO 34091	199 1	51	fem	Paladar duro	Elevada,redonda,sésil,brillante	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado,ulceración,neoformación vascular y edema	Granuloma piógeno	G:P:
FO 34991	199 1	10	masc	Premolar derecho inferior	Inflamatorio,Hiperplásica,elevada, irregular,sésil, rugosa, roja y blanda	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado,ulceración,neoformación vascular,edema, y osificación.	Granuloma de células gigantes	G.P:
FO 39291	199 1	65	fem	Paladar duro	Reactiva,elevada,redonda,sésil,roja brillante,lisa y blanda	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado,acantosis, ulceración,proliferación de capilares	Granuloma piógeno	G:P:
FO 39691	199 1	21	fem	Encía superior a la altura de	Hiperplásica,reactiva,elevada,irregular,sésil,lobulada,roja,	Epitelio escamoso estratificado	Granuloma periférico de	G:P:

				centrales	fibrosa	paraqueratinizado, ulceración infiltrado inflamatorio crónico y proliferación de capilares.	células gigantes	
FO 40691	199 1	25	fem	Dorso de la lengua	Elevada, redonda, pedunculada, rojo brillante, firme	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado, acantosis, ulceración, proliferación de capilares	Granuloma piógeno	G:P:
FO 41391	199 1	45	fem	Encía a la altura de 4y 5 superiores izquierdos	Oval, pedunculada, hiperplásica, rugosa, blanca opaca, blanda	No hay reporte	No tiene	G:P:
FO 42391	199 1	19	masc	Mucosa labial inferior	Hiperplásica, elevada, lisa, redonda, pedunculada, rojo amarillento, blanda, y sangrante	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado, ulceración y proliferación de capilares	Hemangioma	G:P:
FO 43391	199 1	74	masc	Encía entre lateral y canino inferior	Inflamatoria elevada, oval, sésil, rojo brillante, lisa y blanda.	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado, espongiosis, acantosis, proliferación de capilares y edema	No hay	G:P:
FO 45391	199 1	15	fem	Labio inferior	Elevada, redonda, pedunculada, lisa, dura	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado, proliferación de capilares, edema e infiltrado inflamatorio crónico	Fibroma	G:P:
FO 47391	199 1	62	masc	Labio inferior	Elevada, hiperplásica, redonda, sésil, negro blanda, verrucosa, sangrante	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado, proliferación de capilares y osificación	Granuloma piógeno	G:P:

FO 48991	199 1	92	fem	Encía superior	Neoplásica, elevada, irregular, pedunculada, rojo brillante, fibrosa	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado, ulceración, proliferación de capilares	Granuloma periférico de células gigantes	G.P.
FO 00292	199 2	28	fem	Entre molares superiores izquierdos	Inflamatoria, reactiva, elevada, irregular, pedunculada, rosa claro	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado con acantosis, espongiosis, proliferación de capilares y tejido conectivo laxo	Granuloma piógeno	G.P:
FO 09392	199 2	17	Fem	Encía	Hiperplásica, rojo brillante, sésil y elevada	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado, infiltrado inflamatorio crónico, proliferación de capilares y tejido conectivo laxo	Granuloma piógeno	G.P:
FO 12792	199 2	28	fem	Encía a la altura de 6 superior derecho	Hiperplásica, rosa pálido, sésil, elevada, ulcerada, fibrosa	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado, acantosis, infiltrado inflamatorio crónico, proliferación de capilares, edema, osificación	No tiene	G.P:
FO 12892	199 2	51	masc	Encía a la altura del 8 inferior	Rosa pálido, oval	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado, infiltrado inflamatorio agudo, proliferación de capilares y edema.	Quiste dentígero	G.P:
FO 12992	199 2	28	fem	Papila interdientaria anterior	Hiperplásica, rojo brillante, pedunculada, elevada, fibrosa	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado, infiltrado inflamatorio	Granuloma piógeno	G.P:

						crónico,proliferación de capilares,edema,ulceración y tejido conectivo laxo		
FO 14692	199 2	45	fem	Reborde alveolar y paladar	Rosa pálido,sésil,elevada,blanda,ulcerada y sangrante	Epitelio escamosos estratificado paraqueratinizado,infiltrado inflamatorio crónico,proliferación de capilares,edema y tejido conectivo laxo	Carcinoma de células espinosas	G:P:
FO 21192	199 2	42	masc	Encía a la altura de 3y 4 superior izquierdo	Reactiva, rojo brillante,pedunculada,elevada,fibrosa	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado,acantosis,infiltrado inflamatorio crónico,proliferación de capilares,edema y tejido conectivo laxo.	Granuloma piógeno	G.P.
FO 24592	199 2	34	fem	Paladar a la altura de los centrales	Reactiva rojo brillante,pedunculada,oval,elevada y fibrosa	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado con acantosis,infiltrado inflamatorio crónico,proliferación de capilares,edema y ulceración	Granuloma piógeno	G:P:
FO 26192	199 2	16	fem	Encía entre 22 y 23	Reactiva,rojo oscuro,pedunculada,elevada,fibrosa	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado,acantosis,proliferación de capilares,ulceración,osificación	Granuloma piógeno	G:P:
FO 30992	199 2	44	fem	Paladar	Hiperplásica,rojo brillante,sésil, oval elevada,fibrosa.	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado,acanto	Hiperplasia fibrosa	G:P: con osificación

						sis,espongiosis,infiltrado inflamatorio agudo,proliferación de capilares y edema		
FO 31692	199 2	30	masc	Encía de maxilar superior	Huperplásica,rojo brillante,sésil,redonda , elevada y fibrosa	Epitelio escamosos estratificado paraqueratinizado,infiltrado inflamatorio crónico,proliferación de capilares,edema	Granuloma piógeno	G:P:
FO 32392	199 2	29	fem	Alveolo del 6 inferior	Rojo brillante,sésil,redonda,elevada,y blanda.	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado,con osificación	Granuloma piógeno	G:P:
FO 32492	199 2	47	masc	Margen libre de la encía en anteriores inferiores	Hiperplásica,rojo brillante,pedunculada,elevada,dura y ulcerada	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado,acantosis, espongiosis,proliferación de capilares,edema y osificación	Granuloma piógeno	G:P:
FO 34092	199 2	17	fem	Encía de maxilar superior	Hiperplásica,rojo brillante,sésil, redonda, elevada,blanda	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado,infiltrado inflamatorio crónico,proliferación de capilares,edema,y ulceración	Granuloma piógeno	G.P.
FO 39392	199 2	43	fem	Paladar	Hiperplásica,rojo brillante,pedunculada,oval, blanda y sangrante.	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado,infiltrado inflamatorio crónico,proliferación de capilares,edema y ulceración	Granuloma piógeno	G.P.

FO 40292	199 2	25	fem	Muslo derecho	No tiene	No tiene	Nevo	G.P:
FO 40392	199 2	20	masc	Encía 1y2 superior	Hiperplásica,rojo brillante,pedunculada,elevada, fibrosa	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado,infiltrado inflamatorio crónico,proliferación de capilares y edema	Granuloma piógeno	G.P:
FO 44492	199 2	32	masc	Encía	Hiperplásica,roja brillante,pedunculada,elevada, fibrosa ysangrante	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado,infiltrado inflamatorio crónico,proliferación de capilares y edema	Hiperplasia fibrosa	G.P.
FO 46192	199 2	4	fem	Dorso de la lengua	Hiperplásica,rosa pálido,pedunculada,redonda, elevada,fibrosa	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado,infiltrado inflamatorio crónico,proliferación de capilares,edema y ulceración	Papiloma	G.P:
FO 48792	199 2	47	fem	Encia a la altura del 8 inferior	Hiperplásica,rojo brillante,sésil, elevada, blanda, ulcerada y sangrante	Epitelio escamoso estratificado ortoqueratinizado, infiltrado inflamatorio crónico,proliferación de capilares y edema	No tiene	G.P:
FO 53692	199 2	58	fem	Encía maxilar en anteriores	Hiperplásica,rojo brillante,sésil,elevada,blanda ,ulcerada y sangrante	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado,infiltrado inflamatorio crónico,proliferación de capilares y edema	Granuloma piógeno	G.P:
FO 54492	199 2	32	fem	Encía insertada	Hiperplásica,rosa pálido,pedunculada,oval y	Epitelio escamoso estratificado	Granuloma piógeno	G.P:

					elevada	paraqueratinizado, acantosis, proliferación de capilares y edema.		
FO 03393	1993	37	fem	Encía superior anterior	Hiperplásica, rojo brillante, pedunculada, elevada, blanda, sangrante	Epitelio escamoso estratificado ortoqueratinizado, infiltrado inflamatorio crónico y proliferación de capilares	Granuloma piógeno	G:P:
FO 09193	1993	60	fem	Encía a la altura de 5 y 6 inferior izquierdo	Reactiva, rojo brillante, pedunculada, elevada y blanda	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado, acantosis, edema	Granuloma piógeno	G:P:
FO 24793	1993	32	fem	Borde y vientre de la lengua	Reactiva, rojo brillante, pedunculada, elevada, fibrosa	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado, infiltrado inflamatorio agudo, proliferación de capilares	Granuloma piógeno	G:P:
FO 32893	1993	32	fem	Encía a la altura de 2 y 3	Hiperplásica, roja brillante, pedunculada, oval, fibrosa y sangrante	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado, acantosis, infiltrado inflamatorio crónico, proliferación de capilares y edema	Granuloma piógeno	G:P:
FO 33093	1993	32	fem	Encía de 2 y 3	Hiperplásica, rosa pálido, pedunculada, oval, fibrosa y sangrante	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado, infiltrado inflamatorio crónico, proliferación de capilares y ulceración	Granuloma del embarazo	G:P:
FO 33793	1993	12	fem	Labio inferior	Hiperplásico, rojo oscuro, sésil, redonda y elevada, dura.	Tejido conectivo fibroso, extravasación eritrocítica, excusa infiltración celular linfoide	Fibroma	G:P:
FO	199	19	fem	Encía entre	Reactiva, rojo	Epitelio escamoso	Granuloma	G:P:

39693	3			lateral y canino inferior	brillante, pedunculada, redonda, elevada, blanda y sangrante	estratificado paraqueratinizado, acantosis, espongiosis, infiltrado inflamatorio crónico, proliferación de capilares y edema	piógeno	
FO 01294	1994	36	fem	Mucosa palatina en la papila	Rojo brillante, pedunculada, elevada, blanda y sangrante	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado, acantosis, infiltrado inflamatorio mixto, proliferación de capilares y edema	Granuloma periférico de células gigantes	G.P:
FO 04394	1994	70	fem	Encía altura de centrales inferiores	Hiperplásica, rojo brillante, sécil, elevada y fibrosa	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado, acantosis, infiltrado inflamatorio mixto, proliferación de capilares, edema y ulceración	Granuloma piógeno	G.P:
FO 07994	1994	23	fem	Encía superior	Rojo oscuro, sécil, elevada, blanda y sangrante	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado, infiltrado inflamatorio agudo	Granuloma piógeno	G.P.
FO 11494	1994	67	fem	Encía de 3 y 4 inferior	Hiperplásica, rojo brillante, sécil, elevada y fibrosa	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado, infiltrado inflamatorio agudo, proliferación de capilares y edema	Granuloma central de células gigantes	G.P:
FO 15494	1994	9	fem	Reborde alveolar a la altura de premolares	Reactiva, rosa pálido, pedunculada, redonda y elevada, blanda y sangrante	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado, acantosis, infiltrado inflamatorio mixto, proliferación capilar	Granuloma de células gigantes	G.P:

						y edema		
FO 15694	199 4	33	masc	Encía a la altura del 12 y 13	Hiperplásica,rojo brillante, pedunculada,redonda elevada,fibrosa	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado,acantosis,infiltrado inflamatorio mixto,proliferación de capilares,edema y ulceración	Reacción a cuerpos extraños	G:P:
FO 16694	199 4	50	fem	Zona interna de la falange del dedo índice	No tiene	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado,acantosis,proliferación capilar y edema	Granuloma piógeno	G.P:
FO 20594	199 4	25	masc	Papila vestibular y palatina	Rojo brillante,sésil,elevada,fibrosa	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado,acantosis,espongiosis,infiltrado inflamatorio mixto,proliferación de capilares,edema y ulceración	Granuloma piógeno	G:P:
FO 22594	199 4	72	fem	Encía insertada vestibular	Reactiva,sésil,rosa pálido,oval,elevada y blanda	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado,acantosis, espongiosis,infiltrado inflamatorio mixto,proliferación de capilares y edema	Mioblastoma granular	G:P:
FO 27894	199 4	10	fem	Dorso de la lengua	Rosa pálido,sésil,oval elevada,dura	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado,acantosis, infiltrado inflamatorio mixto,proliferación de capilares , edema y ulceración	Granuloma piógeno	G:P:

FO 34494	199 4	22	fem	Centrales inferiores	Hiperplásica,rosa pálido, pedunculada,elevada,fibrosa	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado,acantos is, infiltrado inflamatorio mixto,proliferación de capilares edema y ulceración	Granuloma piógeno	G:P:
FO 35594	199 4	58	fem	Encía entre 3 y 4 superior	Hiperplásica,rojo brillante,sésil, elevada,blanda y sangrante	Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado,infiltrad o inflamatorio mixto,proliferación de capilares y ulceración	Granuloma piógeno	G:P:

4.1 RESULTADOS Y GRAFICAS

FRECUENCIA EN SEXO MASCULINO Y FEMENINO

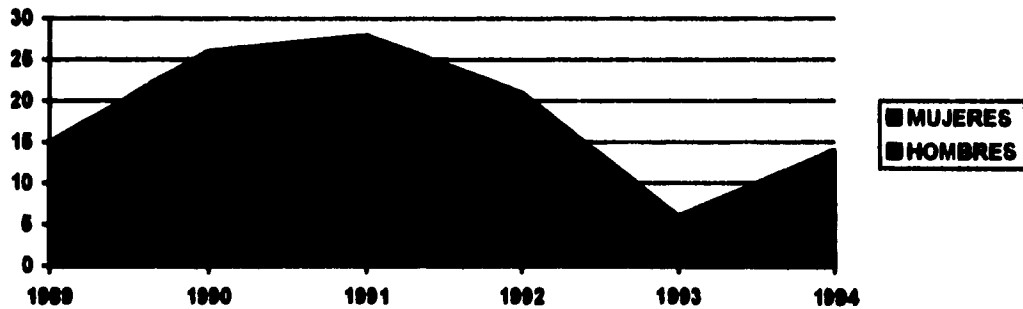
	1989	1990	1991	1992	1993	1994
FEMENI- NO	9 = 2.27 %	17 = 3.32%	23 = 4.52%	15 = 2.60%	6 = 1.20%	12 = 2.64%
MASCULI NO	6 = 1.48%	9 = 1.75%	5 = 0.98%	6 = 1.04%	0 = 0.00%	2 = 0.44%
TOTAL	3.70%	5.07%	5.50%	3.64%	1.20%	3.08%

El total del sexo femenino fué de-----82 (74.54 %)

El total del sexo masculino fué de-----28 (25.45 %)

En el global de 2953 biopsias realizadas entre 1989 y 1994, solo de granuloma piógeno fueron 110 biopsias y representan el-----3.72 %.

FRECUENCIA DE SEXO FEMENINO Y MASCULINO



FRECUENCIA POR EDADES EN EL SEXO FEMENINO

0 A 30 AÑOS	40	48.78 % *
31 A 60 AÑOS	29	24.39 %
MAS DE 60 AÑOS	13	15.85 %
TOTAL	82	74.82 %

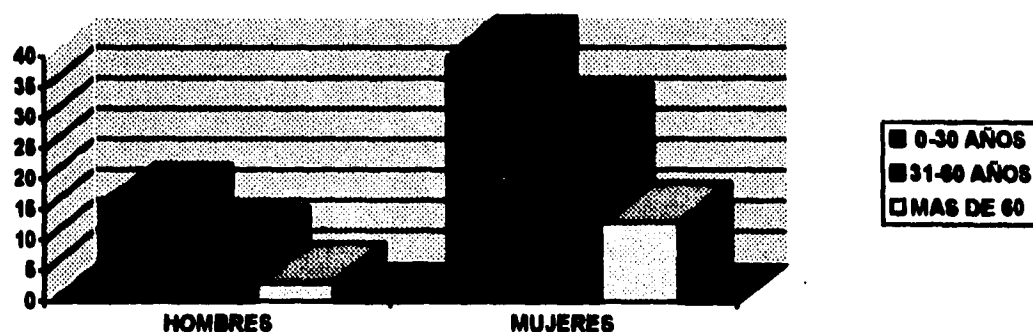
* Representa la mayoría dentro de este grupo.

FRECUENCIA POR EDADES EN EL SEXO MASCULINO

0 A 30 AÑOS	16	57.14 % *
31 A 60 AÑOS	9	32.14 %
MAS DE 60 AÑOS	3	10.71 %
TOTAL	28	35.45 %

*Representa la mayoría de este grupo.

FRECUENCIA POR EDADES EN EL SEXO MASCULINO Y FEMENINO

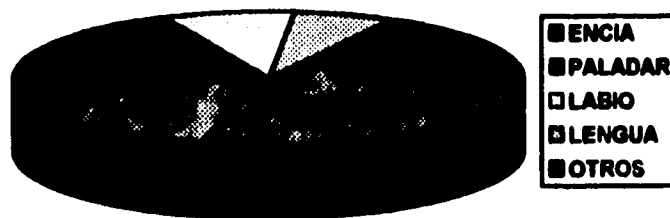


LOCALIZACION

ENCIA *	73	66.33 %
PALADAR	16	14.54 %
LABIO	9	8.18 %
LENGUA	7	6.36 %
OTROS	5	4.54 %

* Representa la mayoría de este grupo

LOCALIZACION



RESULTADOS FINALES

El sexo femenino representó la mayoría con 82 (74.54%)

La edad promedio fué de 21 a 30 años con 26 (23.63 %)

La encia resultó el sitio más frecuente 73 (66.36 %)

El granuloma piógeno ocupa el 3.72 % del total de las 2953 biopsias efectuadas durante los años citados

5.- RESUMEN

Con respecto al Granuloma piógeno podemos concluir lo siguiente:

Es una tumoración vascular benigna con tejido de granulación

Afecta principalmente a las mujeres

Se localiza principalmente en la encía

Se presenta en cualquier edad

Es originada por un traumatismo

Dentro de las características clinicas generales se encuentran:

- a) Es hiperplásica, reactiva**
- b) El color va del rosa pálido a rojo muy oscuro, pero principalmente es rojo brillante.**
- c) Su base puede ser sésil o pedunculada**
- d) De forma oval o redonda y elevada**
- e) Consistencia blanda y fibrosa**
- f) Puede estar ulcerada, sangrante, o ambas.**

Dentro de las características histológicas generales se encuentran:

- a)Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado**
- b)Infiltrado inflamatorio crónico**
- c)Proliferación de capilares y edema**
- d)Cuando hay ulceración presencia de fibrina o cicatrices**
- e)Tejido conectivo laxo**

Su pronóstico es bueno

El tratamiento es quirúrgico, si se extirpa incluyendo el tejido conectivo que la origina y, además se eliminan las causas locales la posibilidad de recurrencia es menor.

6.- CONCLUSIONES

Para distinguir el Granuloma Piógeno de otras enfermedades vasculares benignas proliferativas , se necesita el conocimiento de las características etiológicas, clínicas y por supuesto histológicas.

En cualquier diagnóstico clínico debe existir una historia clínica en la que podamos basarnos para encontrar las posibles causas etiológicas, como en el caso del hemangioma infantil, en el cual los antecedentes hitóricos de la lesión dan la pauta al diagnóstico. Con respecto a las características clínicas se debe manejar el llamado "ojo clínico " y así poder hecer uso de los diferentes diagnósticos diferenciales para llegar a un diagnóstico presuntivo; finalmente conjugando lo anterior con los resultados histológicos (obtenidos por medio de una biopsia) el diagnóstico final será casi en un 100 % el real, sin descartar que este tipo de lesiones por su parecido histológico y características clínicas semejantes pudieran ser diagnosticadas mal por la falta de experiencia.

El Granuloma piógeno es benigno y con el tratamiento adecuado, no representa ningun problema con respecto a la salud del paciente.

Aunque el granuloma piógeno se presenta en algunas mujeres embarazadas no es este un indició de que el embarazo sea un factor predominante para esta enfermedad, ya que también se presenta en niños y en hombres.

Los resultados obtenidos de la revisión de los 110 casos de granuloma piógeno concuerdan con la literatura.

7.- GLOSARIO

ANGIOGENICO : Que se origina en el sistema vascular. 2 Que se desarrolla dentro de los vasos.

BOTRIOMICOSIS : Afección frecuente en el caballo (hongo de castración) se caracteriza por la existencia de tumores inflamatorios pequeños que sangran fácilmente, sobreviene después de una herida.

ESCAPULAR :Pertenece o relativo al área de la escápula que es un hueso plano, triangular, localizado en la parte posterior del hombro (omoplato).

ESTAFILOCOCO :Nombre genérico dado a las bacterias de forma redonda. Caracterizadas por su agrupación que recuerda un racimo de uvas, como este microbio conduce a la formación de pus, se le da el nombre de piógeno.

ESTREPTOCOCO :Nombre genérico dado a las bacterias de forma redondeada (cocos), cuyos elementos se agrupan en cadenas. Existen diversas variedades.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

HEMOSIDERINA :Forma insoluble de almacenamiento de hierro en el cual las micelas de hidróxido férrico están dispuestas de tal manera que pueden apreciarse con el microscópio, empleando métodos especiales de coloración o sin emplearlos.

HIPERPLASICO :Pertenece o relacionado a la hiperplasia ó caracterizado por ella. Hiperplasia: multiplicación o aumento anormal en el número de las células normales con disposición normal en un tejido.

HISTIOCITO :Término de la histología que designa las células macrófagas de los tejidos. Los hematólogos clasifican además en este cuadro las células no macrófagas: plásmocitos, mastocitos, eosinocitos e incluso a veces los monocitos (solamente las células de este grupo se hallan normalmente en la sangre circulante). Se deriva del histioblasto elemento del sistema retículoendotelial.

PATOGENESIS :Desarrollo de alteraciones mórbidas o de cualquier enfermedad, más específicamente, acontecimientos y reacciones celulares y otros mecanismos patológicos que ocurren durante el desarrollo de la enfermedad.

POLIPIODE :Semejante a un pólipo o de su naturaleza.

PROLIFERACION :Reproducción o multiplicación de formas semejantes, especialmente de células y quistes mórbidos.

8.-BIBLIOGRAFIA

1. Bengel,Wolfgang;Veltman Günther.

DIFERENTIAL DIAGNOSIS OF DISEASES OF THE ORAL MUCOSA.

Germany, Quintessence books, 1989.

pp.360

2. Bahaskar,S.N.

SYNOPSIS OF ORAL PATHOLOGY.

6a. ed.,The C.V. Mosby Company ,1981

pp.732

3. Das,Sumitra;Das,Arup.

**A REVIEW OF PEDIATRIC ORAL BIOPSIES FROM A SURGICAL
PATHOLOGY SERVICE IN A DENTAL SCHOOL.**

Pediatric Dental.

Vol.15,1993,pp.208-211.

4. Eversole R. Lewis.

PATOLOGIA BUCAL

Editorial Médica Panamerica

Argentina ,1983.

Primera edición, pp333.

-
5. Enzinger M. Franz; Weiss W. Sharon.

TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS

Editorial Médica Panamericana

Buenos Aires Argentina; 1985

Pp 894.

6. Fernandez Diez Jorge

NEOPLASIAS VASCULARES

Dermatología Revista Mexicana

Vol. XXXV, No. 5 , Sept-Oct, 1991

pp 301-312.

7. Giunta John L.

PATOLOGIA BUCAL

Interamericana McGraw-Hill

México, 3a. Edición, 1991

pp 193.

8. Gorlin J. Robert; Goldman M. Henry

PATOLOGIA ORAL

Salvat Editores

México D.F., 1983

pp 1273.

9. Grinspan David

ENFERMEDADES DE LA BOCA

Editorial Mundi S A.C.I.F

Buenos Aires Argentina, 1976.

Tomo III , pp2562.

10. Kerr Donald A.

GRANULOMA PYOGENICUM

Oral surgery, Oral medical, Oral pathology

Vol 4 (158-176) , 1951.

11. Langlais Robert P. ; Miller Craig S.

COLOR ATLAS OF COMMON ORAL DISEASES

Editorial Lea & Febiger

London , 1992

pp 167 (20 -21) fig 8-1 y 8-7.

12. Lever Walter F. ; Schaumburg lever Gundula.

HISTOPATHOLOGY OF THE SKIN

J. B. Lippincott Company

U.S.A. 1990; 7a. Edición.

pp. 940.

13. McCarthy Philip L. ; Shadar Gerald.

DISEASES OF THE ORAL MUCOSA

Editorial Lea & Febiger

Philadelphia 1980,2a. Edición

pp 579.

14. Neville Brad W. ; Damm Douglas D.

COLOR ATLAS OF CLINICAL ORAL PATHOLOGY

Editorial Lea & Febiger

London 1991.

pp. 385 .

15.-Portilla Robertson Javier; Aguirre Montes de Oca Alfredo

TEXTO DE PATOLOGIA ORAL

Editorial "El Ateneo"

Primera edición, México D. F. 1989

pp198

16.-Regezi Joseph A.; Sciubba James J.

PATOLOGIA BUCAL

Editorial Interamericana McGraw-Hill

México D,F.1991.

17.-Smith M. Roy ; Turner E. James

ATLAS OF ORAL PATHOLOGY

The C:V: Mosby Company , 1981

pp 263

18.-Stephen J. Patrice; Wiss Karen.

**PYOGENIC GRANULOMA (LOBULAR CAPILLARY HEMANGIOMA) A
CLINICOPATHOLOGYC STUDY OF 178 CASES.**

Pediatric Dermatology Vol. 8 No. 4

pp 267-276.

19.-Tiecke W. Richard; Stuteville Orion H

FISIOLOGIA BUCAL

Editorial Interamericana

Primera Edición 1960

pp 494

20.-Toeg-Avi, Kermish Motti

**HISTIOCYTOID HEMANGIOMA OF THE ORAL CAVITY: a REPORT
TWO CASES.**

Journal Oral Maxilofacial Surgery

Vol. 51 , 1993

pp 812-814.

21.-Tyldesley R. William

ATLAS A COLOR DE MEDICINA ORAL

Editorial Year Book Medical Publishers, Inc.

Chicago y Londres 1978

pp 111.

22.-Whitaker S. Bryan ; Bouquet Jerry E.

**IDENTIFICATION AND SEMIQUANTIFICATION OF ESTROGEN AND
PROGESTERONE RECEPTORS IN PLOGENIC GRANULOMAS OF
PREGNANCY.**

Oral Surgery, Oral Medical, Oral pathology. 1994

Vol. 78

pp 755- 760

23.-Wood K. Norman ; Goaz Paul W.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF ORAL LESIONS

Mosby Year Book

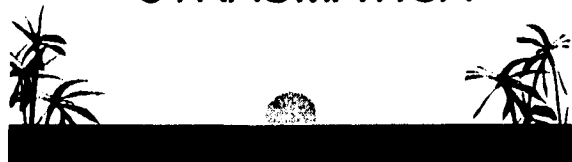
Cuarta Edición , 1991

DIAPORAMA

**ESTE DIAPORAMA SE
ENCUENTRA A SU DISPOSICION
EN LA FACULTAD DE
ODONTOLOGIA**

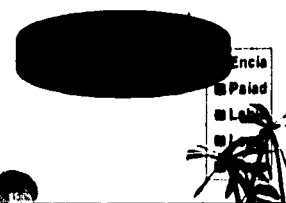
ETIOLOGIA

● TRAUMATICA



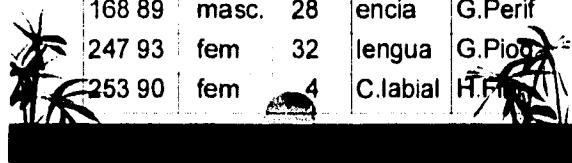
LOCALIZACION

- ENCIA 73
- PALADAR 16
- LABIO 9
- LENGUA 7
- OTROS 5



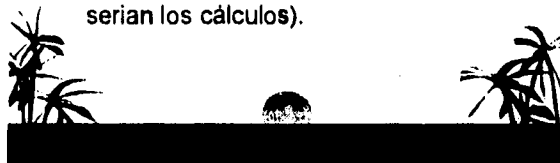
REVISION (casos clínicos)

Biopsia	Sexo	Edad	Localiz.	D.CI.
309 92	fem	44	paladar	H.Fibr.
015 91	fem	57	lengua	cancer
168 89	masc.	28	encia	G.Perif
247 93	fem	32	lengua	G.Pion
253 90	fem	4	C.labial	H.Fibr



TRATAMIENTO

- QUIRURGICO (extirpar la lesión incluyendo el tejido conectivo que la origina y cualquier causa local como serian los cálculos).



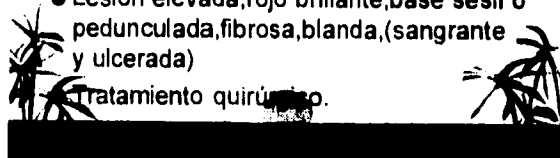
PRONOSTICO

- EXCELENTE (si se elimina totalmente).
- ALTO PORCENTAJE DE RECURRENCIA (Por extirpación incompleta, no eliminar los factores etiológicos, nueva agresión en la zona).



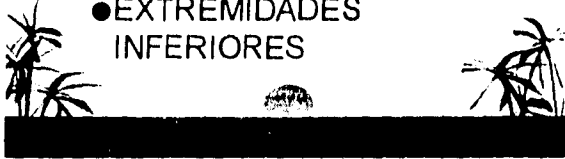
RESUMEN

- Tumor vascular benigno, con tejido de granulación
- Etiología traumática
- Se presenta principalmente en mujeres
- Cualquier edad
- Lesión elevada, rojo brillante, base sésil o pedunculada, fibrosa, blanda, (sangrante y ulcerada)
- Tratamiento quirúrgico.



LOCALIZACION

- CABEZA Y CUELLO
- TRONCO
- EXTREMIDADES SUPERIORES
- EXTREMIDADES INFERIORES



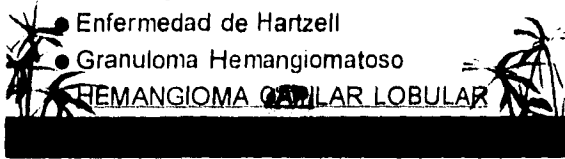
LOCALIZACION EN CAVIDAD BUCAL

- ENCIA (principalmente por vestibular)
- PALADAR
- LENGUA
- LABIOS
- CUALQUIER PARTE DE LA BOCA.



SINONIMIA

- Botryomycosis Hominis
- Granuloma Telangiectásico
- Granuloma Pedunculado Benigno
- Pseudobotryomycosis
- Granuloma Piogeno
- Fibroangioma
- Enfermedad de Hartzell
- Granuloma Hemangiomaso
- HEMANGIOMA CAPILAR LOBULAR



GRANULOMA PIOGENO

(HEMANGIOMA
CAPILAR LOBULAR)



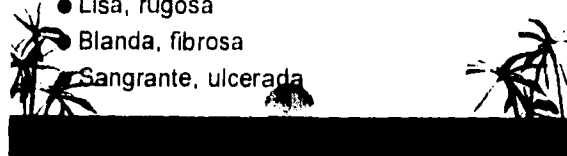
HEMANGIOMA CAPILAR LOBULAR

TUMOR VASCULAR
BENIGNA, CON
TEJIDO DE
GRANULACION



CARACTERISTICAS CLINICAS

- Hiperplásica o inflamatoria
- Rojo brillante (rosa pálido ,café)
- Sésil o pedunculada
- Elevada (oval,irregular)
- Lisa, rugosa
- Blanda, fibrosa
- Sangrante, ulcerada



CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

- Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado (ortoqueratinizado) con acantosis, espongiosis.
- Infiltrado inflamatorio crónico (mixto)
- Proliferación de capilares, neoformación vascular, edema.
- Fibrina (úlceras)
- Calcificación distrófica.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Hemangioma capilar y cavernoso
- Granuloma periférico de células gigantes
- Epulis granulomatosos
- Fibroma
- Fibromatosis
- Sarcoma de Kaposi
- Carcinoma de células escamosas.

CLASIFICACION

- TUMORES VASCULARES BENIGNOS
- A. Hemangioma localizado :
 - 1.- Hemangioma capilar (incluye juvenil)
 - 2.- Hemangioma cavernoso
 - 3.- Hemangioma venoso
 - 4.- Hemangioma arteriovenoso
 - 5.- Hemangioma epitelioides
 - 6.- Hemangioma de tipo tejido de granulación (granuloma piógeno)
 - 7.- Otros hemangiomas de tejidos blandos profundos

ANTECEDENTES HISTORICOS

- BOLLINGER
- RIVOLTA
- PONCET Y DOR
- HARTZELL
- MICHELSON
- BERGER
- KIMMELSTIEL Y EASLEY
- KERR

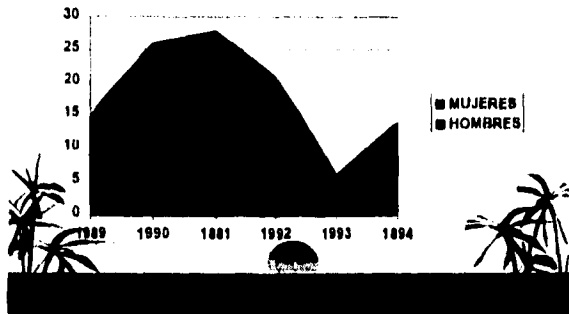
FRECUENCIA

- Principalmente en mujeres
- Cualquier edad

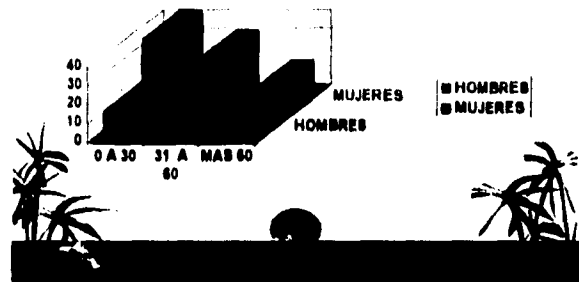
GRANULOMA PIOGENO

Díaz Covarrubias Georgina A.

SEXO FEMENINO Y MASCULINO 1989-1994



EDAD



RESULTADOS DE 110 BIOPSIAS

● Mujeres 82 = 2.77 %

● 0 a 30 años 56 = 50.90 %

● Encía 73 = 66.36 %

● Porcentaje global de G.P.

2953 biopsias = 3.72 %

