

*Exéresis quirúrgica de un granuloma piógeno gingival****Surgical excision of a gingival pyogenic granuloma***

Rachel Bibiana Cabrera Abalos¹ , Maritza Peña Sisto¹ , Miguel Alejandro Pérez Sánchez²  

¹Hospital Clínico- Quirúrgico “Juan Bruno Zayas Alfonso”. Santiago de Cuba, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas Santiago de Cuba. Facultad de Estomatología. Santiago de Cuba, Cuba.

Recibido: 07/04/2026

Aceptado: 27/09/2026

Publicado: 28/09/2026

Revisado por:

M.Sc. Esther Mayor Guerra
Est. Luis Angel Zayas Massó

Palabras clave: Biopsia; Encía;
Exéresis quirúrgica;
Granuloma piógeno;
Periodoncia.

Keywords: Excisional biopsy;
Gingiva; Periodontics;
Pyogenic granuloma; Surgical
excision.

Citar como: Cabrera Abalos
RB, Peña Sisto M, Pérez
Sánchez MA. Exéresis
quirúrgica de un granuloma
piógeno gingival. UNIMED
[Internet]. 2026. [citado fecha
de acceso]; 8(1). Disponible en:
<https://revunimed.sld.cu/index.php/revestud/article/view/461>

RESUMEN

El granuloma piógeno es una lesión vascular reactiva de la cavidad bucal, con localización frecuente en la encía. Se presenta el caso de una paciente de 23 años que acudió a consulta por aumento de volumen gingival de aproximadamente dos meses de evolución, localizado en la encía marginal correspondiente al incisivo lateral inferior izquierdo. La paciente refirió un antecedente de traumatismo local asociado al uso inadecuado del hilo dental. Al examen clínico se observó una lesión exofítica de aproximadamente 1 cm de diámetro, de color rojo brillante, consistencia blanda, base sésil y sangrado al contacto. Se estableció el diagnóstico clínico presuntivo de granuloma piógeno y se consideraron otras lesiones gingivales reactivas y vasculares en el diagnóstico diferencial. Se realizó exéresis quirúrgica mediante gingivectomía y curetaje del área subyacente, con envío de la pieza para estudio histopatológico. El diagnóstico de granuloma piógeno se confirmó mediante estudio histopatológico. En los controles realizados a los 7 días, 3 meses y un año no se identificaron signos clínicos de recurrencia. La correlación entre los hallazgos clínicos y el estudio histopatológico permitió confirmar el diagnóstico y orientar el tratamiento quirúrgico.

ABSTRACT

Pyogenic granuloma is a reactive vascular lesion of the oral cavity that frequently affects the gingiva. We present the case of a 23-year-old woman who attended the Periodontology clinic because of a gingival enlargement of approximately two months' duration, located on the marginal gingiva corresponding to the lower left lateral incisor. The patient reported a history of local trauma associated with improper use of dental floss. Clinical examination revealed an exophytic lesion approximately 1 cm in diameter, with a bright-red color, soft consistency, sessile base, and bleeding on contact. A presumptive clinical diagnosis of pyogenic granuloma was established, and other reactive and vascular gingival lesions were considered in the differential diagnosis. Surgical excision by gingivectomy and curettage of the underlying area were performed, and the specimen was submitted for histopathological examination. The diagnosis of pyogenic granuloma was confirmed by histopathological examination. Follow-up at 7 days, 3 months, and 1 year showed no clinical signs of recurrence. Correlation of the clinical findings with the histopathological examination confirmed the diagnosis and guided surgical treatment.

INTRODUCCIÓN

El granuloma piógeno es una lesión vascular reactiva de la cavidad bucal relacionada con estímulos locales, como traumatismos e irritación crónica, y con factores hormonales. A pesar de su denominación, no corresponde a un proceso infeccioso con producción de pus ni a un granuloma en sentido histopatológico. Su etiopatogenia es multifactorial y no siempre es posible identificar un factor desencadenante.^(1,2)

La encía constituye el sitio de localización más frecuente y se ha descrito mayor frecuencia en mujeres y en las primeras décadas de la vida. En una serie cubana de tres casos, las lesiones se presentaron en pacientes femeninas de 30 a 40 años y tuvieron localización gingival en dos de los casos.⁽¹⁾ Una revisión publicada en 2025 señala también la frecuencia de afectación gingival y el predominio en mujeres jóvenes, aunque puede presentarse a diferentes edades y en otros sitios de la cavidad bucal.⁽²⁾

Desde el punto de vista clínico, suele manifestarse como una lesión exofítica, sésil o pediculada, de coloración rojiza, crecimiento progresivo y tendencia al sangrado. Estas características pueden variar según el tiempo de evolución, el tamaño y la exposición a traumatismos, lo que dificulta su diferenciación de otras lesiones gingivales.^(1,3) Entre los diagnósticos diferenciales se incluyen el granuloma periférico de células gigantes, el fibroma osificante periférico y otras lesiones vasculares o hiperplásicas.⁽³⁾

El diagnóstico se establece mediante la correlación de los hallazgos clínicos con el estudio histopatológico. La exéresis quirúrgica permite obtener tejido para confirmación diagnóstica y constituye una alternativa terapéutica para lesiones localizadas.^(1,3,4) La eliminación de factores irritativos locales forma parte del manejo por su posible participación en la aparición y recurrencia de la lesión.^(2,5)

Aunque el granuloma piógeno presenta características clínicas que orientan el diagnóstico, puede simular otras lesiones gingivales y requerir confirmación histopatológica. Los reportes publicados muestran variaciones en la localización, tamaño, comportamiento clínico y evolución, incluidas presentaciones recurrentes y casos con compromiso de los tejidos subyacentes.^(3,6,7)

El objetivo de este trabajo es presentar el caso de una paciente de 23 años con granuloma piógeno gingival, antecedente de traumatismo durante el uso del hilo dental, tratamiento mediante exéresis quirúrgica y seguimiento clínico durante un año.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenina de 23 años que acudió a consulta de Periodoncia por aumento de volumen en la encía marginal correspondiente al incisivo lateral inferior izquierdo (diente 32), de aproximadamente dos meses de evolución. Refirió crecimiento progresivo de la lesión, sin dolor y asociado a incomodidad estética. Como antecedente relacionado temporalmente con el inicio de la lesión, refirió un traumatismo local durante el uso del hilo dental, ocurrido aproximadamente dos meses antes de la consulta. Este antecedente se registró como referencia de la paciente y no permitió establecer una relación causal.

Al examen clínico se observó una lesión exofítica, bien delimitada, de aproximadamente 1 cm de diámetro, localizada en la encía marginal correspondiente al diente 32. Presentaba color rojo brillante, consistencia blanda, base sésil, ausencia de ulceración y sangrado al contacto (Figura 1).

La impresión diagnóstica inicial fue de granuloma piógeno. Se consideraron como diagnósticos diferenciales el granuloma periférico de células gigantes, el hemangioma, el fibroma osificante periférico, la hiperplasia gingival inflamatoria y otras lesiones gingivales reactivas o vasculares. La paciente no se encontraba embarazada al momento de la evaluación.

Se realizó radiografía periapical de la región correspondiente al diente 32. No se observaron pérdida ósea localizada, alteraciones periapicales ni compromiso de las estructuras dentarias adyacentes.

Como parte de la evaluación preoperatoria se realizaron pruebas hematológicas. Los resultados fueron: hemoglobina, 128 g/L; leucocitos, $9,4 \times 10^9$ /L; plaquetas, 250×10^9 /L; tiempo de sangrado, 1 min, mediante el método de Duke; y tiempo de coagulación, 8 min, mediante el método de Lee-White.

Se explicó a la paciente el diagnóstico presuntivo, el procedimiento quirúrgico, la necesidad del estudio histopatológico y las posibles complicaciones. Se obtuvo el consentimiento informado para la realización del procedimiento y para la publicación del caso clínico y de las imágenes correspondientes.

Se indicó la exéresis quirúrgica mediante gingivectomía. El sondaje del surco gingival permitió determinar la posibilidad de realizar el procedimiento en la zona de la lesión.

Se realizó antisepsia del campo operatorio y anestesia infiltrativa con lidocaína al 2 %. La lesión fue delimitada mediante pinzas marcadoras y se efectuó la gingivectomía con bisturí de Kirkland. Se realizó la exéresis de la lesión y la pieza quirúrgica se envió para estudio anatomopatológico. Posteriormente, se efectuó curetaje de la zona subyacente con curetas periodontales y regularización del contorno gingival. Se irrigó el área quirúrgica y se realizó hemostasia. Finalmente, se colocó cemento quirúrgico (Figura 2).



Figura 1. Aspecto clínico preoperatorio de la lesión localizada en la encía marginal correspondiente al diente 32.



Figura 2. Exéresis quirúrgica mediante gingivectomía y protección de la herida con cemento quirúrgico.

Como indicaciones posoperatorias se recomendaron compresas frías durante las primeras 24 h, enjuagues bucales con clorhexidina al 0,2 % dos veces al día durante 15 días y mantenimiento de la higiene bucal. A los siete días de la intervención se observó la herida quirúrgica sin sangrado espontáneo, dolor ni signos locales de infección. La encía presentó coloración rosada, sin edema y con adaptación de los tejidos al lecho quirúrgico. Se retiró el cemento quirúrgico (Figura 3).

A los tres meses se observó cicatrización de la encía, conservación del contorno gingival y ausencia de signos inflamatorios. No se identificó sangrado al examen clínico ni alteraciones periodontales en la zona intervenida. Al año de seguimiento no se observaron signos clínicos de recurrencia de la lesión.

El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica mostró tejido de granulación, proliferación de pequeños vasos sanguíneos revestidos por células endoteliales y estroma fibrovascular. Se observó infiltrado inflamatorio mixto, integrado por linfocitos, células plasmáticas y neutrófilos, con edema del estroma. El epitelio superficial presentó áreas de ulceración y tejido de granulación subyacente. No se observaron atipias celulares ni características de malignidad.

Los hallazgos histomorfológicos fueron compatibles con granuloma piógeno. En correspondencia con los hallazgos clínicos e histopatológicos, se confirmó el diagnóstico de granuloma piógeno gingival.



Figura 3. Aspecto clínico de la zona intervenida a los 7 días de la exéresis quirúrgica, posterior al retiro del cemento quirúrgico.

DISCUSIÓN

Las características clínicas de la lesión fueron concordantes con las descritas para el granuloma piógeno oral. La paciente, de 23 años, presentó una lesión sésil, rojiza, blanda y sangrante, localizada en la encía marginal mandibular. Sánchez-Cárdenas et al.⁽¹⁾ describieron lesiones gingivales con características similares en una serie cubana, mientras que Ribeiro et al.⁽⁸⁾ encontraron predominio femenino y afectación gingival en 39,6 % de 169 casos estudiados. Sonar y Panchbhai⁽⁹⁾ reportaron una presentación semejante en una mujer de 25

años con una lesión sésil en la región anterior mandibular. El antecedente de traumatismo durante el uso del hilo dental constituyó una asociación temporal referida por la paciente; Ribeiro et al.⁽⁸⁾ identificaron antecedentes de trauma en 13,02 % de los casos.

El diagnóstico diferencial incluyó granuloma periférico de células gigantes, fibroma osificante periférico, hemangioma y otras lesiones gingivales reactivas. La similitud clínica con estas entidades ha sido descrita en casos recientes, por lo que los hallazgos clínicos no permiten establecer por sí solos el diagnóstico definitivo.^(7,9,10) En la paciente, la radiografía periapical no mostró alteraciones óseas ni periapicales, a diferencia de la presentación descrita por Mena-Lorca et al.⁽⁶⁾, que incluyó pérdida ósea y movilidad dentaria.

La exéresis mediante gingivectomía se realizó según la localización y extensión de la lesión. Sonar y Panchbhai⁽⁹⁾ describieron el tratamiento mediante exéresis de una lesión gingival mandibular, mientras que Kaleeny y Janis⁽¹¹⁾ señalan la escisión quirúrgica entre las alternativas terapéuticas para el granuloma piógeno. En el presente caso, la exéresis se acompañó de curetaje y permitió obtener tejido para estudio histopatológico.

El estudio histopatológico mostró tejido de granulación, componentes vasculares, estroma fibrovascular e infiltrado inflamatorio, hallazgos compatibles con granuloma piógeno. Estos hallazgos coinciden con los descritos en estudios clinicopatológicos y sustentan la necesidad de confirmación histológica ante lesiones gingivales con características clínicas similares.⁽⁸⁾

Durante el seguimiento se observó cicatrización de la zona intervenida y no se identificaron signos clínicos de recurrencia al año. Este resultado coincide con lo informado por Sonar y Panchbhai⁽⁹⁾ después de la exéresis, aunque se han descrito casos de recurrencia que requirieron nuevos procedimientos.⁽¹²⁾ El seguimiento clínico permitió valorar la evolución de la zona intervenida y la presencia de recurrencia durante el periodo observado.

Consideraciones éticas: se obtuvo el consentimiento informado de la paciente para la realización del procedimiento y para la publicación del caso clínico y de las imágenes correspondientes.

CONCLUSIONES

El granuloma piógeno debe incluirse en el diagnóstico diferencial de las lesiones gingivales exofíticas con coloración rojiza y tendencia al sangrado. En el caso presentado, la exéresis quirúrgica mediante

gingivectomía permitió eliminar la lesión y obtener tejido para confirmación histopatológica. Durante el seguimiento de un año no se observaron signos clínicos de recurrencia.

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Los autores declaran que el presente trabajo es original e inédito y que fue elaborado a partir de sus contribuciones intelectuales, con la participación de los tutores correspondientes. Declaran, además, que las figuras que acompañan el manuscrito representan fielmente los hallazgos documentados en la historia clínica y que no han sido generadas ni alteradas digitalmente de manera que modifiquen la información presentada. Todos los datos, ideas y materiales procedentes de trabajos previamente publicados han sido identificados y citados de forma adecuada en el texto y en las referencias bibliográficas.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses en la confección y divulgación de esta investigación.

DECLARACIÓN DE FINANCIAMIENTO

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para la realización de la presente investigación.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Rachel Bibiana Cabrera Abalos, Maritza Peña Sisto, Miguel Alejandro Pérez Sánchez

Curación de datos: Rachel Bibiana Cabrera Abalos, Miguel Alejandro Pérez Sánchez

Análisis formal: Rachel Bibiana Cabrera Abalos, Maritza Peña Sisto

Investigación: Rachel Bibiana Cabrera Abalos, Miguel Alejandro Pérez Sánchez

Metodología: Rachel Bibiana Cabrera Abalos, Maritza Peña Sisto

Supervisión: Maritza Peña Sisto

Validación: Rachel Bibiana Cabrera Abalos, Maritza Peña Sisto

Visualización: Rachel Bibiana Cabrera Abalos, Miguel Alejandro Pérez Sánchez

Redacción del borrador original: Rachel Bibiana Cabrera Abalos

Redacción, revisión y edición: Rachel Bibiana Cabrera Abalos, Maritza Peña Sisto, Miguel Alejandro Pérez Sánchez

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez Cárdenas M, Llerena Noda VY, Pérez Gallego Y de la C. Granuloma piógeno oral. Serie de casos. Rev Méd Electrón [Internet]. 2021 [citado 2026 Sep 20];43(6):1-9. Disponible en: <https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/4301>
2. Carrión Vera CG, Burbano Morillo DA, Calderón Calle ME, Maldonado Peña FG. Características clínicas del granuloma piógeno en la cavidad oral: revisión de la literatura. FOUC [Internet]. 2025 [citado 2026 Sep 20];3(2):23-32. Disponible en: <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/odontologia/article/view/5781>
3. Gadea Rosa C, Cartagena Lay A, Cáceres La Torre A. Diagnóstico y tratamiento del granuloma piógeno oral: serie de casos. Rev Odontol Mex [Internet]. 2017 [citado 2026 Sep 20];21(4):253-61. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2017000400253&lng=es
4. Peña Sisto M, Claveria Clark RA. Biopsia escisional con técnica de cirugía mucogingival. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2024 [citado 2026 Sep 20];53(2):e40268. Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/40268>
5. Neto JDS, Borba LTL, Pereira MVF, Silva TS, Oliveira CRR, Santos VCB. Exuberante granuloma piogênico em localização incomum: relato de caso clínico. Braz J Health Rev. 2021;4(4):18478-84. doi:[10.34119/bjhrv4n4-316](https://doi.org/10.34119/bjhrv4n4-316).
6. Mena-Lorca C, Rojas-Zúñiga G, Cavalla F, Hernández M, Adorno-Farías D. Granuloma piogénico oral de comportamiento agresivo: reporte de un caso. Int J Interdiscip Dent [Internet]. 2023 [citado 2026 Sep 20];16(2):160-2. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-55882023000200160&lng=es
7. Lomeli Martinez SM, Carrillo Contreras NG, Gómez Sandoval JR, Zepeda Nuño JS, Gomez Mireles JC, Varela Hernández JJ, et al. Oral pyogenic granuloma: a narrative review. Int J Mol Sci. 2023;24(23):16885. doi:[10.3390/ijms242316885](https://doi.org/10.3390/ijms242316885).
8. Ribeiro JL, Moraes RM, Carvalho BFC, Nascimento AO, Milhan NVM, Anbinder AL. Oral pyogenic granuloma: an 18-year retrospective clinicopathological and immunohistochemical study. J Cutan Pathol. 2021;48(7):863-9. doi:[10.1111/cup.13970](https://doi.org/10.1111/cup.13970).
9. Sonar PR, Panchbhai AS. Pyogenic granuloma in the mandibular anterior gingiva: a case study. Cureus. 2024;16(1):e52273. doi:[10.7759/cureus.52273](https://doi.org/10.7759/cureus.52273).
10. Daoudi S, Tabbai S, Ramdi H. Oral pyogenic granuloma in a child: suspected hormonal and traumatic factors, clinical features, and surgical management. Cureus. 2025;17(5):e84713. doi:[10.7759/cureus.84713](https://doi.org/10.7759/cureus.84713).

-
11. Kaleeny JD, Janis JE. Pyogenic granuloma diagnosis and management: a practical review. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2024;12(9):e6160. doi:[10.1097/GOX.00000000000006160](https://doi.org/10.1097/GOX.00000000000006160).
 12. Parthasarathy K, Vigneshwaran N. Recurrent pyogenic granuloma: surgical management. *J Calif Dent Assoc*. 2024;52(1). doi:[10.1080/19424396.2024.2432049](https://doi.org/10.1080/19424396.2024.2432049).