

Aspectos evolutivos de lesiones reactivas inflamatorias en maxilar. Reporte de un caso

Evolutionary aspects of reactive inflammatory injuries in maxilla. Report of a case.

Aspectos evolutivos de lesão inflamatória reativa em maxila. Relato de um caso.

Fecha de Recepción

06 de septiembre de 2014

Aceptado para su publicación

26 de noviembre de 2014

María Mercedes González

Profesora Titular Cátedra Clínica Estomatológica.
Facultad de Odontología.
Universidad Nacional del Nordeste.
E-mail: mmgomzalez53@gmail.com

Estefanía Raquel Fernández

Becaria de Posgrado Iniciación en la Investigación,
tipo B, de la Secretaría General de Ciencia y Técnica.
Universidad Nacional del Nordeste.

Sebastián Krupp

Auxiliar Docente Cátedra Cirugía I Técnicas
Quirúrgicas y Anestésicas.

Roque Oscar Rosende

Profesor Titular Cátedra Cirugía I
Técnicas Quirúrgicas y Anestésicas.

Lugar de Trabajo

Facultad de Odontología
Universidad Nacional del Nordeste
Avenida Libertad 5450
Corrientes – Argentina. C. P. 3400
Tel/Fax: 3794 457992

Resumen

En la mucosa bucal con frecuencia se observan hiperplasias gingivales como el Hemangioma Capilar Lobular y el Fibroma Osificante Periférico. Son lesiones reactivas inflamatorias, asociadas a la presencia de irritantes crónicos a nivel gingival, mientras que otros autores lo asocian con factores hormonales. El objetivo del presente estudio, es aportar información actualizada acerca de éstas y describir el caso clínico de un paciente de 8 años de edad, que concurrió al Servicio de Estomatología de la Facultad de Odontología, donde se le realizó un examen estomatológico, luego en el Servicio de Cirugía y Traumatología Buco Maxilofacial se efectuó una biopsia y el fragmento de tejido patológico fue entregado al Laboratorio de Anatomía Patológica para obtener los resultados. Tratándose de un Hemangioma Capilar Lobular “maduro” se procedió a realizar la extirpación total y nuevamente el estudio histopatológico, comprobando que dicha lesión había sufrido modificaciones histológicas evolutivas adquiriendo características propias de un Fibroma Osificante Periférico.

Palabras claves

Hemangioma capilar lobular, fibroma osificante periférico, epidemiología, evolución histopatológica, tratamiento.

Abstract

In the oral mucosa are often seen as gingival hyperplasia Lobular capillary hemangioma and peripheral ossifying fibroma. Inflammatory reactive lesions are related to the presence of chronic irritants gingival level, whereas other authors associated with hormonal factors. The aim of this study is to provide updated information about these and describe the clinical case of a patient 8 years of age, who attended the Service of Stomatology, Faculty of Dentistry, where he underwent an examination estomatológico, then the Service Buco Maxilofacial Surgery and Traumatology biopsy was performed and the pathological tissue fragment was delivered to the Pathology Laboratory for results. Being a Lobular capillary hemangioma “mature” proceeded to make total removal and histopathology again, proving that the injury had undergone evolutionary changes acquiring histological characteristics of a Peripheral Ossifying Fibroma.

Keywords

Lobular capillary hemangioma, peripheral ossifying fibroma, epidemiology, evolution histopathologic treatment.

Resumo

Na mucosa oral são muitas vezes vistos como hiperplasia gengival lobular hemangioma capilar e fibroma ossificante periférico. Lesões reativas inflamatórias estão relacionadas à presença de substâncias irritantes nível gengival crônica, enquanto que outros autores associada a fatores hormonais. O objetivo deste estudo é fornecer informações atualizadas sobre estes e descrever o caso clínico de uma paciente de 8 anos de idade, que participou do Serviço de Estomatologia da Faculdade de Odontologia, onde foi submetido a um exame estomatológico, então o serviço de Cirurgia Buco Maxilofacial e Traumatologia biópsia foi realizada e o fragmento de tecido patológico foi entregue ao Laboratório de Patologia para ter os resultados. Sendo um Hemangioma Capilar Lobular “maduro” passou a fazer a remoção total e histopatologia novamente, provando que a lesão

tinha sofrido mudanças evolutivas adquirindo características histológicas de um Fibroma Ossificante Periférico.

Palavras chave

hemangioma capilar lobular, fibroma ossificante periférico, epidemiologia, evolução do tratamento histopatológico.

Introducción

Las lesiones reactivas hiperplásicas de la cavidad bucal son proliferaciones no neoplásicas con apariencias clínicas muy similares entre sí¹. Las mismas se originan con mayor frecuencia a través de una reacción del tejido a un simple roce o traumatismo constante por lo que se manifiesta a través de una hiperplasia del endotelio.

El amplio espectro de lesiones con características clínicas similares dificulta su diagnóstico por lo que éstas deben ser analizadas a través de un estudio histopatológico para alcanzar su diagnóstico de certeza y poner en práctica el plan de tratamiento.

Puede mencionarse como lesión temprana y de relativa frecuencia en boca al hemangioma capilar lobular, conocida también como granuloma del embarazo en el caso de aquellas mujeres en estado grávido o bien granuloma telangiectásico o piógeno². Este último, mal denominado etimológicamente, pues dicha lesión no presenta contenido purulento y no representa histológicamente lo que se identifica como un granuloma³.

Sin embargo, la lesión referida anteriormente en períodos más avanzados puede diagnosticarse como Granuloma Piógeno “maduro”, donde el tejido de granulación es reemplazado por colágeno. Ante un trauma constante, las células mesenquimáticas presentes pueden madurar hacia un estado fibro-epitelial o a un estado fibro-ossificante, éste último es donde la lesión adquiere el nombre de Fibroma Ossificante Periférico.

Ambas patologías se caracterizan por ser lesiones reactivas sin una etiología concreta, pero su formación está asociada a traumatismos, irritaciones crónicas, mal posición dentaria, higiene deficiente, rehabilitaciones protésicas no adaptadas, exodoncias y restos radiculares. A pesar de la incertidumbre en cuanto a la etiología concreta del Fibroma Ossificante Periférico, se acepta

que su histogénesis ocurre a partir de la membrana del periostio o del ligamento periodontal.

Comúnmente estas patologías se asocian también con alteraciones hormonales afectando principalmente al grupo de personas de sexo femenino, con prevalencia entre 20 y 30 años de edad, distinguiéndose el Fibroma Osificante Periférico por comprometer también a niños.^{4,5,6,7,8}

Clínicamente, el Hemangioma Capilar Lobular es un agrandamiento gingival de aspecto tumoral benigno, localizado tanto en la piel como en las mucosas^{5,9,10}. Se observa en boca como un aumento de tamaño, exófitico, lábil, de inserción sésil o pediculado, de superficie lisa o con mayor frecuencia lobulada. Su color varía desde el rosa al rojo brillante o púrpura. Sangra al menor roce dificultando las funciones masticatorias y de higiene pero generalmente cursa con una evolución indolora¹¹. Su tamaño puede oscilar desde pocos cm de diámetro hasta incluso abarcar más de la mitad del paladar duro según algunos autores¹².

En cuanto al Fibroma Osificante Periférico, clínicamente se presenta como una lesión firme, exófitica, de implantación sésil o pediculada y la coloración vira del rosa normal del tejido adyacente hacia zonas eritematosas.¹³ Se encuentra recubierta por una mucosa aparentemente normal, pudiendo producirse ulceraciones en su superficie. Es de crecimiento lento y limitado, con diámetro medio de 1,5 a 3,5 cm. En ocasiones producen desplazamientos dentarios y pérdida de piezas vecinas^{14,15,16}.

Ambas afectan preferentemente a las encías, pero también pueden situarse en paladar, lengua, mucosa yugal y labios^{11,12,7}.

A nivel radiográfico, el Hemangioma Capilar Lobular no presenta cambios significativos que puedan evidenciarse, es una lesión estricta del tejido blando, aunque algunos autores reportaron un caso donde la lesión reveló reabsorción ósea entre las piezas dentarias¹⁷.

En cuanto al aspecto radiográfico del Fibroma Osificante Periférico, la principal característica de la lesión es el límite bien definido de sus bordes. Entre tanto, puede presentarse de manera variable dependiendo de la fase de desarrollo o de la cantidad de calcificación¹⁸. En la fase inicial, aparece un área radiolúcida sin evidencias de radiopacidad en su interior. A medida que

la lesión progresa se alternan áreas radiolúcidas y radiopacas, es decir, se demuestra la existencia de islotes de calcificaciones en su interior¹⁹. Generalmente, la lesión no se extiende y abarca el hueso adyacente evidenciándose radiográficamente. Sin embargo, excepcionalmente puede llegar a encontrarse una erosión superficial del mismo dependiendo del grado de mineralización de la patología en progreso^{20,21}.

Histológicamente, el Hemangioma Capilar Lobular muestra masas lobuladas de tejido hiperplásico. El epitelio que lo cubre, si está presente, es escamoso estratificado, por lo general muy delgado y atrófico, pero puede ser hiperplásico. Los aspectos más notables son la presencia de áreas circunscriptas con proliferación endotelial y formación de espacios vasculares. Se observan con frecuencia fascículos de colágeno, que se disponen a través de la masa del tejido. En lesiones de larga data se puede presentar obliteración gradual de los capilares, adquiriendo la lesión un aspecto más fibroso^{9,23}. Con relación a los aspectos histológicos del Fibroma Osificante Periférico, se caracteriza por presentar una proliferación fibroblástica asociada a la deposición de trabéculas de hueso inmaduro y laminar, mostrando actividad osteoblástica o osteoclástica, de acuerdo con el grado de maduración de la lesión. Depositiones basofílicas cementoides pueden estar presentes en las lesiones ulceradas, como así también una reacción inflamatoria crónica²⁴.

El procedimiento de elección para tratar estas patologías es la escisión quirúrgica simple con un curetaje profundo para eliminar completamente el tejido patológico con la finalidad de evitar la recidiva de la misma^{25,26}. En general, estas lesiones no son recidivantes si se eliminan definitivamente sus factores etiológicos^{27,28}. Aunque algunos autores relatan casos donde la lesión recurrió en la misma localización que antes sin embargo de mayor tamaño^{29,30}.

Según las características clínicas que presentan estas lesiones, el diagnóstico diferencial se puede realizar con el granuloma periférico de células gigantes, hiperplasia fibrosa focal, fibroma, inflamación gingival hiperplásica, hemangioma y tumores odontogénicos.

Caso Clínico

Acudió a la consulta en el Servicio de Estomatología de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste, un paciente de sexo masculino, de 8 años de edad procedente de la ciudad de Corrientes – Argentina, refiriendo como motivo de consulta un agrandamiento en la mucosa gingival y palatina en relación con la pieza dentaria I.6, cuyo tiempo de evolución fue de 1 año aproximadamente. El paciente refirió sintomatología dolorosa frente a la masticación y sangrado con el roce de los alimentos y con el uso del cepillo dental.

La tendencia a la hemorragia, el dolor y la rápida evolución de esta lesión fueron importantes manifestaciones clínicas, para que la madre se preocupara y asistiera con el niño a la consulta³¹.

Se confeccionó la historia clínica, previa información a la madre del paciente sobre los procedimientos a realizar, obteniendo el consentimiento informado por escrito como así también el asentimiento del niño.

Entre los antecedentes personales, la madre del paciente relató que el mismo no padece de ninguna enfermedad en particular, no es alérgico, no consume medicamentos ni fue hospitalizado en los últimos años.

Al examen clínico, presentó una lesión ubicada en la mucosa palatina del sector postero-superior, en relación con la pieza dentaria I.6 que se encontraba en estado compatible con salud, cubriendo de manera parcial su superficie palatina y oclusal. La lesión de color rosa con algunas zonas eritematosas y blanquecinas, presentaba bordes indurados y superficie rugosa siendo móvil, con su base pediculada. Sus dimensiones eran 1,5 cm de ancho x 0,5 cm de alto x 1 cm de profundidad. La masticación y el cepillado dental diario provocaban sintomatología dolorosa y sangrado (Figura 1).

Se estableció como diagnóstico presuntivo una hiperplasia gingival en la región palatina. Seguidamente, se solicitó una biopsia como examen complementario, para obtener el diagnóstico definitivo y proceder a la extirpación de la lesión con seguridad.

Debido al tamaño significativo de la lesión, a la edad del paciente y a las características clínicas que presentaba la lesión, en primera instan-



Figura 1. Lesión nodular con bordes nítidos, superficie irregular, brillante cuya coloración es rosa con algunas zonas eritematosas y blanquecinas.

cia se realizó una biopsia incisional, con la cual se obtuvo un fragmento de tejido nodular séssil de 0.6cm de diámetro de coloración roja intensa, que se envió al Laboratorio de Anatomía Patológica “Prof. Dr. Walter Anselmo Alsina”. Las secciones estudiadas evidenciaron cambios hiperplásicos del epitelio y exocitosis de polimorfonucleares. A nivel del corion se reconoció proliferación de fibroblastos jóvenes, dispuestos en patrón verticilado acompañado por numerosos vasos de neoformación de endotelio prominente y extravasación eritrocitaria. Coexistió infiltrado inflamatorio mono y polimorfonuclear, edema y congestión. Estableciéndose como resultado de la biopsia un Granuloma Inflamatorio (telangiectásico) Maduro (Figura 2).

Una vez conocida la naturaleza benigna de la lesión, se procedió a realizar la escisión de la misma. Como paso previo al acto quirúrgico propiamente dicho se llevó a cabo la antisepsia extrabucal e intrabucal, y para dar inicio se practicó la técnica anestésica al nervio palatino anterior, incisión crevicular, profundización hasta la base de la lesión, divulsión por planos con cureta y extirpación. Posteriormente, se prosiguió con la síntesis del tejido blando y cierre por planos del colgajo con suturas de seda negra 4-0 (Figura 3 y 4).

La extirpación total de la patología fue enviada al Laboratorio de Anatomía Patológica de la Unidad Académica para constatar los resultados histopatológicos obtenidos previamente. Sin embargo, con la microscopía se comprobó

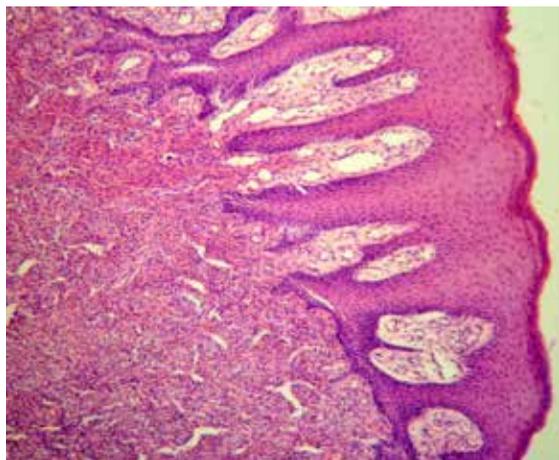


Figura 2. Corte histológico con H/E, con cambios hiperplásicos del epitelio y exocitosis de polimorfonucleares. A nivel del corion se reconoce proliferación de fibroblastos jóvenes, dispuestos en patrón vertical acompañado por numerosos vasos de neoformación de endotelio prominente y extravasación eritrocitaria. Coexiste infiltrado inflamatorio mono y polimorfonuclear, edema y congestión. Resultado: Granuloma Inflamatorio (telangiectásico) Maduro.

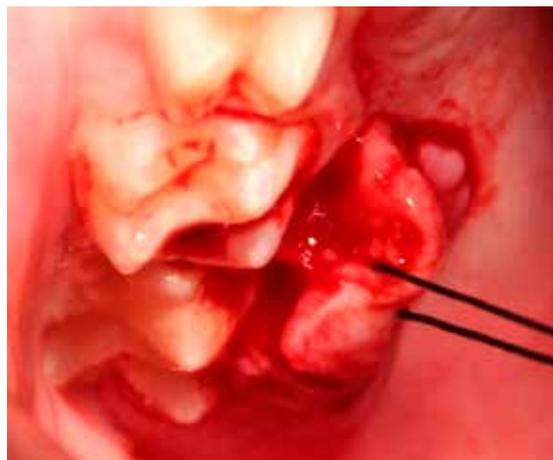


Figura 3. Escisión quirúrgica de la lesión.

la presencia de una formación nodular revestida parcialmente por mucosa que alternaba con zonas de ulceración cubiertas por exudado fibrinoleucocitario y otros cambios hiperplásicos del epitelio. Mientras que a nivel del corion se observó tejido de granulación y proliferación fibroblástica donde se reconocieron islotes de tejido óseo maduro y material osteoide parcialmente calcificado, muestra compatible con un Fibroma Osificante Periférico (Figura5).

Siendo el diagnóstico definitivo: Fibroma Osificante Periférico.

Discusión

El Hemangioma Capilar Lobular y el Fibroma Osificante Periférico son lesiones de tejido blando que se desarrollan a partir del tejido conjuntivo como una reacción inflamatoria de tipo proliferativo como respuesta a una irritación local no específica, crónica y de baja intensidad.

Con respecto a los datos epidemiológicos de estas patologías, se localizan con frecuencia a nivel de la mucosa gingival, preferentemente en pacientes del género femenino, en edades comprendidas entre la segunda y tercera década de vida según Jafarzadeh H.y cols⁴. A diferencia

de lo mencionado, L. Dávila y cols, al igual que García C.I.C. y cols, en sus artículos plantean que estas lesiones pueden presentarse en personas de cualquier edad y género^{32,33}. A su vez, según Willies-Jacobo LJ y cols. en su trabajo de investigación afirman que no se descarta la presencia del Hemangioma Capilar Lobular incluso en pacientes neonatos, aunque los odontopediatras responsables de los cuidados afirman que esto no es muy usual³⁴. A diferencia del Fibroma Osificante Periférico, cuya manifestación clínica es frecuente de observarse en niños, sobre todo como se refleja en este trabajo cuando dicha lesión cursa de manera crónica. Se inicia como un Hemangioma Capilar Lobular que luego en estadios más avanzados experimenta cambios a nivel histológico adquiriendo las características propias del Fibroma Osificante Periférico.

Con respecto a su grado de recurrencia, Pitarch, G. y su equipo de investigación proponen que estas patologías clínicas incipientes pueden llegar a resolverse de manera espontánea al cabo de 1-9 meses²⁹. Sin embargo, existe otro autor como Saravana G.H. que establece que son lesiones recidivantes mientras no se eliminen completamente sus factores etiológicos¹⁷.



Figura 4. Fragmento extirpado de tejido nodular sésil de 1,5cm de ancho.

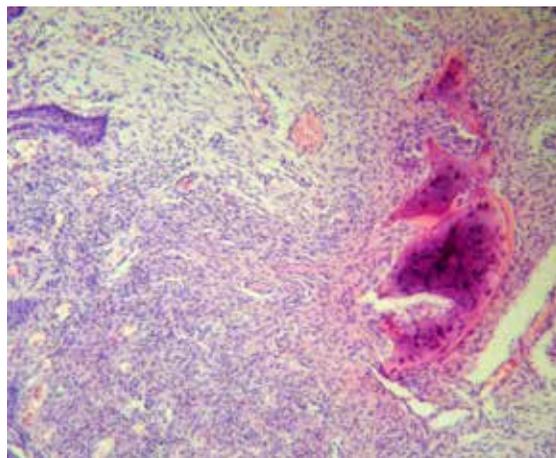


Figura 2. Corte Histológico con H/E, con una formación nodular revestida parcialmente por mucosa cubierta por exudado fibrino-leucocitario y otros cambios hiperplásicos del epitelio. Mientras que a nivel del corion se observa tejido de granulación y proliferación fibroblástica donde se reconocen islotes de tejido óseo maduro y material osteoide parcialmente calcificado. Resultado: Fibroma Osificante Periférico.

Bibliografía

1. Naderi NJ, Eshghyar N, Esfahanian H. Reactive lesions of the oral cavity: a retrospective study on 2068 cases. Dent Res J (Isfahan) [Internet].2012 May. [citado Mayo 16, 2013]; 9(3): 251-5.
2. Zuñiga MD, Méndez CR, Kauterich RR, Paniagua DC. Paediatric oral pathology in a Chilean population: a 15-year review. Int J Paediatr Dent.[Internet].2012 Jun. [citado Mayo 16, 2013]; [Epub ahead of print]
3. Kamal R, Dahiya P, Puri A. Oral pyogenic granuloma: various concepts of etiopathogenesis. J Oral MaxillofacPathol.[Internet].2012 Jan. [citado Mayo 16, 2013]; 16 (1): 79-82.
4. Jafarzadeh H, Sanatkhanian M, Mohtasham N. Oral pyogenic granuloma: a review. J Oral Sci.[Internet].2006 Dec. [citado Mayo 16, 2013];48(4):167-75.
5. Krishnapillai R, Punnoose K, Angadi PV, KoneeruA.oral pyogenic granuloma--a review of 215 cases in a south indian teaching hospital, karnataka, over a period of 20 years. Oral MaxillofacSurg.[Internet].2012 Sep. [citado Mayo 16, 2013];16(3):305-9. Epub 2012 Jan 26.
6. Markou E, Eleana B, Lazaros T, Antonios K. The influence of sex steroid hormones on gingiva of women.Open DentJ.[Internet].2009 Jun. [citado Mayo 16, 2013]; 5;(3):114-9.
7. Avelar RL, Antunes AA, Carvalho RWF de, Santos TS, Oliveira Neto PJ, Andrade ESS. Granuloma piogênico oral: um estudo epidemiológico de 191 casos /oral pyogenic granuloma: a epidemiologicstudyof 191 cases. RGO. [Internet].2008 Jun. [citado Mayo 16, 2013]; 56(2): 131-136.
8. Kumar SK, Ram S, Jorgensen MG, Shuler CF, SedghizadehPP. Multicentricperipheralossifying fibroma. J Oral Sci[Internet].2006. [citado Mayo 16, 2013]; 48 (4): 239-43.
9. Kusakabe A, Kato H, Hayashi K, Igami T, Hasegawa H, Tsuzuki T, Ueda R, Mizokami M. Pyogenic granuloma of the stomach successfully treated by endoscopic resection after transarterial embolization of the feeding artery.J Gastroenterol.[Internet].2005 May. [citado Mayo 16, 2013]; 40(5):530-5.
10. Esmaili T, Lozada-Nur F, Epstein J. Common benign oral soft tissue masses.Dent Clin North Am.[Internet].2005Jan. [citado Mayo 16, 2013]; 49(1): 223-40.
11. Sanches Gonçalves E, Damante JH, Fischer Rubira CM, de AssisTaveira LA. Pyogenic granuloma on the upper lip: an unusual location. J. Appl. Oral Sci. [Internet].2010 Oct. [citado Mayo 16, 2013]; vol.18 no.5.
12. Bakshi J, Virk RS, Verma M. Pyogenic granuloma of the hard palate: a case report and review of the literature. EarNoseThroat J.[Internet].2009 Sep. [citado Mayo 16, 2013]; 88(9):E4-5.
13. Ribeiro, Marla Smille Pedrosa Cruz; Carvalho, Bruno Andrade Cantharino de; Silva, Deyvid da; Andrade, Maria da Conceição; Oliveira, Márcio

- Campos. Fibroma ossificante periférico: características clínicas, radiográficas e histopatológicas de um caso atípico em palato / Peripheral ossifying fibroma: clinical, radiographic and histopathologic feature of an atypical case in palate. *Odontol. clín.-cient*; [Internet]. 2009 Mar. [citado Mayo 16, 2013]; 8(1): 79-83.
14. Tommasi AF. Diagnóstico em Patologia Bucal. 2002. 3ª ed. São Paulo: Pancast.
 15. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot, JE. Patología oral e maxilofacial. 2004. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
 16. Perez Garcia S, Berini Aytés L., Gay-Escoda C. Fibroma Ossificante Maxilar: Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Med Oral [Internet]*. 2004. [citado Mayo 16, 2013]; 9:333-9
 17. Saravana GH. Oral pyogenic granuloma: a review of 137 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg*. [serial on the Internet]. (2009, Jun), [citado Mayo 16, 2013]; 47(4):318-9. doi: 10.1016/j.bjoms.2009.01.002. Epub 2009 Feb 8.
 18. Santiago LM, Gusmão ES, Silva UH. Fibroma ossificante periférico e hiperplasia fibrosa inflamatória -Relato de Caso Clínico. *Odontología Clínica- Científica*, [Internet]. 2003. [citado Mayo 16, 2013]; 2003, 2 (3): 233-240.
 19. Vieira JB, Gaetti Jardim EC, Castro AL, Miyahara GI, Fellipini RC. Fibroma ossificante periférico de mandíbula -relato de caso clínico. *RFO*, [Internet]. 2009. [citado Mayo 16, 2013]; 14(3): 246-249.
 20. Regesi JA, Sciubba JJ, Jordan R. Patología Bucal: correlações clínicas patológicas. 2008. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
 21. Ribeiro AO, Silveira CES, Maciel RM, Pontes MA, Souza LMA. Fibroma Cemento -Ossificante Periférico: Relato de um caso clínico. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*. [Internet]. 2010. [citado Mayo 16, 2013]; 51(1): 61-64.
 22. Sampieri MB da S, Oliveira-Santos C, Duarte B, Taveira L A de A, Gonçalves ES. Granuloma piogênico em paciente do sexo feminino: relato de caso clínico/pyogenic granuloma in a female-patient: case report. *Rev Paul Odontol*; [Internet]. 2011 Mar. [citado Mayo 16, 2013]; 33 (1): 36-40.
 23. Peralles PG, Viana APB, Azevedo AL da R, Pires FR. Gingival and alveolar hyperplastic reactive lesions: clinicopathological study of 90 cases. *Braz. j. oral sci*; [Internet]. 2006. [citado Mayo 16, 2013]; 5(18): 1085-1089.
 24. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot, JE. Patología oral e maxilofacial. 2004. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
 25. Pino Rivero V, Pantoja Hernández CG, González Palomino A, Mora Santos ME, Barrantes Celaya G, Guerra Camacho M, Blasco Huelva A. Lobular capillary hemangioma on the floor of the mouth (pyogenic granuloma). Report of a case and literature review. [Article in Spanish] *An Otorrinolaringol Ibero Am.* [Internet]. 2006. [citado Mayo 16, 2013]; 33 (6): 607-111.
 26. Parisi E, Glick PH, Glick M. Recurrent intraoral pyogenic granuloma with satellite sites treated with corticosteroids. *Oral Dis* [Internet]. 2006. [citado Mayo 16, 2013]; 2(1): 70-2.
 27. Brust AWA, Domingues, JEG. Tratamento e preservação de nove meses em um paciente com granuloma piogênico: relato de caso / a 9-month treatment and preservation in a patient with pyogenic granuloma: case report. *Rev. odontol. UNESP* [Internet]. 2009 May. [citado Mayo 16, 2013]; 38(3).
 28. Martins Junior, José Carlos; Keim, Frederico Santos; Kreibich, Mariana Schmidt. Fibroma ossificante periférico maxilar: relato de caso clínico / Peripheral ossifying fibroma of the maxilla: case report. *Arq. int. otorrinolaringol.* [Internet]. 2008 Jun. [citado Mayo 16, 2013]; 12(2): 295-299.
 29. Pitarch G, Pérez-Ferriols A, Millán F. Granuloma piogênico recidivante / recurrent pyogenic granuloma. *Actas Dermosifiliogr*; [Internet]. 2012 Ago. [citado Mayo 16, 2013]; 103(6): 536-539.
 30. Tolentino E de S, Tolentino L de S. Recurrent intraoral pyogenic granuloma: case report / granuloma piogênico intra-oral recorrente: relato de caso. *Odontol. clín.-cient*; [Internet]. 2009 Sep. [citado Mayo 16, 2013]; 8(3): 263-267.
 31. Gomez RAL, Duarte DA. Granuloma piogênico em paciente odontopediátrico: revisão da literatura e relato de caso clínico / pyogenic granuloma in pedodontic patient: literature review and case report. *Odontol. clín.-cient*; [Internet]. 2008 Mar. [citado Mayo 16, 2013]; 7(1): 75-80.
 32. Sosa L, Ramírez D, Palacios MF, Arteaga S, Dávila L. Granuloma piógeno. Reporte de un caso. *Acta Odontológica Venelozana* [Internet]. 2010. [citado Mayo 16, 2013]; VOLUMEN 48 N° 4.
 33. García CIC, Hinojosa AA, Aldape BB, Valenzuela EE. Hemangioma lobular capilar (granuloma piógeno) asociado a la erupción: reporte de dos casos clínicos. *Rev Odont Mex* [Internet]. 2004. [citado Mayo 16, 2013]; 8 (4): 127-132.
 34. Willies Jacobo L.J., Isaacs H. Jr, Stein M.T. Pyogenic granuloma presenting as a congenital epulis. *Arch Pediatr Adolesc Med.* [Internet]. 2000 Jun. [citado Mayo 16, 2013]; 154(6): 603-5.