

# Un caso singular de granuloma de células plasmáticas y actinomicosis en encía

## *A singular case of plasma cell granuloma and actinomycosis in the gum*

A. Jiménez-González\*, J. Harris Ricardo\*\*, A. Díaz-Caballero\*\*\*

### RESUMEN

**Antecedentes:** El granuloma de células plasmáticas (GCP) es una patología poco común que se caracteriza por una lesión roja e hiperplasia que presenta una gran afinidad a cualquier tejido blando con mayor frecuencia a nivel pulmonar y de manera poco usual a nivel oral como los labios, lengua y encía como un caso muy singular, histológicamente se caracteriza por un gran número de células plasmáticas.

**Objetivo:** Reportar un caso poco común de GCP en encía con el abordaje, complicaciones y éxito del tratamiento del mismo.

**Descripción del caso:** paciente femenino de 60 años de edad, acude a consulta por una lesión roja nivel de la encía marginal y adherida del maxilar superior. Al examen intraoral se observa una hiperplasia localizada. Con diagnóstico presuntivo de granuloma de células plasmáticas, donde se le realizaron exámenes radiográficos, posteriormente una biopsia, confirmando dicho diagnóstico.

**Conclusión:** GCP se caracteriza clínicamente por presentar una hipertrofia gingival en la encía adherida, una de los lugares menos frecuentes a nivel oral. Esta patología al presentar ciertas similitudes clínica e histológicamente es muy difícil realizar un correcto diagnóstico de dicha patología.

**PALABRAS CLAVE:** (Decs de Bireme): Células Plasmáticas; Encía; Inflamación.

### ABSTRACT

**Background:** Plasma cell granuloma (PCG) is an uncommon pathology characterized by a red lesion and hyperplasia that has a high affinity to any soft tissue, more frequently at the lung level and in an unusual way at the oral level such as lips, tongue and gingiva as a very unique case, histologically characterized by a large number of plasma cells.

**Objective:** To report a rare case of GCP in the gingiva with the approach, complications and success of its treatment.

**Description of the case:** a 60-year-old female patient comes to the clinic for a red lesion at the level of the marginal and attached gingiva of the upper jaw. Intraoral examination revealed localized hyperplasia with a presumptive diagnosis of plasma cell granuloma, where radiographic examinations were performed, followed by a biopsy, confirming said diagnosis.

**Conclusion:** GCP is clinically characterized by presenting gingival hypertrophy in the attached gingiva, one of the least frequent places at the oral level. This pathology, as it presents certain clinical and histological similarities, is very difficult to make a correct diagnosis of said pathology.

- 
- \* Semillero de Investigaciones Grupo Gitouc Facultad de Odontología Universidad de Cartagena  
<https://orcid.org/0000-0001-9690-9056> ajimenezg@unicartagena.edu.co
- \*\* Odontólogo. MSc Microbiología Molecular, Especialista en Estomatología y Cirugía Oral. Docente Corporación Universitaria Rafael Núñez Cartagena, Colombia.  
<https://orcid.org/0000-0002-4662-0729> j.harris.r@hotmail.com
- \*\*\* Odontólogo de la Universidad de Cartagena. Especialista en Periodoncia Universidad Javeriana. Magister en Educación Universidad del Norte. PhD en Ciencias Biomédicas Universidad de Cartagena. Docente Universidad de Cartagena. Director Grupo de Investigaciones Gitouc.  
<https://orcid.org/0000-0001-9693-2969> adiazc1@unicartagena.edu.co

**KEY WORDS: (Mesh Database):** Plasma cell granuloma; Plasma cell, Gingiva.

**Fecha de recepción:** 5 de julio de 2022.

**Fecha de aceptación:** 14 de julio de 2022.

A. Jiménez-González, J. Harris Ricardo, A. Díaz-Caballero. *Un caso singular de granuloma de células plasmáticas y actinomicosis en encía.* 2023; 39 (5): 225-229.

## INTRODUCCIÓN

El granuloma de células plasmáticas (GCP) es una lesión reactiva no neoplásica poco frecuente, que consiste en la proliferación de células inflamatorias con predominio de células plasmáticas. Se clasifica como un pseudotumor inflamatorio que puede afectar cualquier órgano o tejido blando, siendo común en pulmones, estomago, tiroides, riñones, laringe y poco frecuentes en cavidad oral<sup>(1)</sup>.

La etiología exacta se desconoce, pero se sugiere que podría deberse a un foco de irritación, un cuerpo extraño impactado o estimulación antigénica idiopática. Los microorganismos comunes asociados con la lesión incluyen micobacterias, virus de *Epstein-Barr*, *Actinomyces*, *Nocardia* y *Mycoplasma*<sup>(2)</sup>.

La actinomicosis es una infección crónica de progresión lenta, originada por bacilos grampositivos anaeróbicos, pertenecientes al género *Actinomyces*. Pueden colonizar la cavidad oral, sistema digestivo, genitales o afectar cualquier órgano del cuerpo, en afecciones cervicofaciales el *Actinomyces israelii* es el micro organismo más frecuentemente aislado<sup>(3)</sup>.

Clínicamente el GCP se presenta como una masa nodular con una superficie lisa, no tienen predilección por el sexo, pueden ocurrir a cualquier edad, permanece asintomático hasta que alcanza una dimensión considerable en la que puede ulcerarse y generar sintomatología dolorosa, el paciente puede quejarse de sangrado e incapacidad para mantener la higiene bucal<sup>(4,5)</sup>.

Histológicamente están presente polimorfonucleares, linfocitos, fibroblastos, histiocitos y especialmente por gran cantidad de células plasmáticas maduras sin signos de atipia y no se han reportados casos de transformación maligna, se destaca el gran valor del estudio inmunohistoquímico con marcadores de inmunoglobulina de cadena ligera

kappa y lambda<sup>(6)</sup>. Es importante realizar el diagnóstico diferencial con patologías con características clínicas e histológicas muy similares y pocas frecuentes, como lo es la mucositis de células plasmáticas con agrandamiento<sup>(7)</sup>.

El tratamiento más común es la escisión quirúrgica, aplicación de electrobisturí y criocirugía, otras modalidades de tratamiento incluyen radioterapia, esteroides antiinflamatorios, ya que no se informa sobre involución espontánea<sup>(4)</sup>.

El propósito del trabajo describir los aspectos clínicos, histológicos y manejo terapéutico, de un caso poco frecuente de GCP y compromiso microbiológico con *Actinomyces* en encía maxilar.

## REPORTE DE CASO

Paciente femenina de 60 años, procedente de Cartagena de Indias – Colombia, remitida al servicio de medicina oral, por presentar lesión roja en encía maxilar, de dos años de evolución, que aumenta de tamaño con el pasar del tiempo, actualmente no consume medicamentos, no reporta antecedentes familiares y personales de importancia, en la revi-



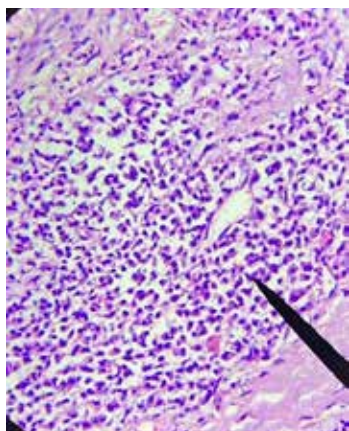
**Figura 1.** Apariencia clínica de la lesión tumoral que cubren casi toda la encía de la arcada superior de color rosa fuerte.

sión de órganos y sistemas no presentó alteraciones.

En el examen intra oral se observó lesión hiperplásica, localizada en encía marginal y adherida del maxilar, de 6 cm de diámetro aproximadamente, abarcando los dientes 11, 12, 13, 21, 22, 23 y 24, cubriendo el tercio cervical de los dientes centrales y laterales, lesión de color rojo, consistencia blanda, superficie lisa, asintomática y con presencia de biofilm (figura 1).

Se realizó examen imageneológico con radiografía panorámica, pero no se observaron alteraciones, sin presencia de defectos óseos o signos de pérdida ósea. De acuerdo con lo reportado en la anamnesis, los hallazgos clínicos y radiográficos, son presuntivos de una gingivitis descamativa, penfigoide

Inicialmente se realizó fase higiénica con raspado, alisado radicular y educación en hábitos saludables de higiene oral, luego una biopsia incisional, el estudio histopatológico reveló hiperplasia pseudo epiteliomatosa, la lámina propia mostró un denso infiltrado de células plasmáticas. Se observó



**Figura 2:** Se observa histológicamente linfocitos y abundantes células plasmáticas.

espongiosis con exocitosis de polimorfonucleares y formación de microabscesos por ulceración e inflamación (figura 2). Además de imágenes granulares compatibles con actinomicetos, se realizó tinción inmunohistoquímica para cadenas ligeras kappa y lambda, observando positividad para la cadena ligera kappa y poca expresión para la cadena ligera lambda.

Se realizó junta odontológica con especialistas en cirugía oral, estomatología, y periodoncia, en el que se decidió realizar el tratamiento en dos fases; primero procedimiento quirúrgico, farmacología con doxiciclina de 100 mg por dos semanas, amoxicilina de 500 mg, por 4 semanas y nimesulida de 100 mg por siete días, en la segunda fase posterior a la cirugía, aplicación de ácido tricloroacético (ATA) 80% para la cauterización química. Antes de efectuar el procedimiento quirúrgico,

se ordenaron exámenes paraclínicos como hemograma, recuento plaquetario, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina y glucemia, los cuales reportaron valores normales.

El tratamiento quirúrgico consistió en una gingivectomía y gingivoplastia, se realizó incisión primaria a bisel externo con bisturí eléctrico en modo corte y coagulación, aproximadamente a 5 mm del surcogingival. Con hoja de bisturí número 15 luego se efectuó incisión intrasurcular creando un collar de tejido gingival, el cual fue removido posteriormente por curetas grace y, después se realizó un reafinado del bisel con el bisturí de Kirkland y Orban para las áreas interproximales, se realizó raspado y alisado radicular a campo abierto al retirar la pared blanda de las bolsas periodontales, donde se observaron abscesos, los cuales fueron eliminados, se llevó a cabo hemostasia con electro bisturí en modo de coagulación y se suturó con seda negra tranzada 4-0 para mantener los tejidos en posición (figura 3).



**Figura 3:** Cauterización química con ácido tricloroacético al 80%, la característica coloración blanquecina al contacto con la encía.

Se realizó control clínico posquirúrgico a los ocho días, en el que se observó proceso cicatrización del tejido gingival, con algunas zonas rojas inflamatorias y sintomatología leve.

El día 10 se programa para la aplicación del ácido ATA al 80%, el protocolo fue el siguiente: inicialmente se lavó con abundante agua y secó con aire la superficie gingival, luego se aplicó ácido en la zona de la encía afectada con un hisopo, pasados 60 segundos de la aplicación, la zona topicada adquiere una coloración blanca intensa por la quemadura química que produce el ácido

(Figura 4), se aplicó en la cavidad bucal una sustancia amortiguadora creada por una mezcla de agua y bicarbonato de sodio en polvo, para neutralizar el PH del ácido y eliminar residuos que puedan afectar tejidos adyacentes y se programa control clínico en los próximos ocho días .



**Figura 4:** Se observa los tejidos blandos recuperados, desinflamados y con buena cicatrización a los 5 meses de realizado el procedimiento.

En el control clínico realizado a los ocho días de la aplicación del ATA, se observó encía de color rojo y algunas zonas de color rosa (figura 5A), se decide realizar una segunda topicación con ATA a los dos meses de cicatrización, empleando el protocolo descrito anteriormente. En el control a los ocho días de la segunda aplicación del ácido, se observó encía de color rosa, con buena



**Figura 5A:** Encía antes de la segunda aplicación de ATA, en la figura. **5B:** Encía ocho días después de la segunda aplicación de ATA, donde se observa una respuesta positiva con pequeñas zonas aisladas de color rojo.

aparición clínica y pequeñas zonas aisladas de color rojo, evidenciándose respuesta positiva al tratamiento quirúrgico, farmacológico y la aplicación del ATA (figura 5B).

## DISCUSIÓN

El GCP es una lesión poco frecuente que ocurre principalmente en los pulmones, pero su aparición intraoral es muy rara y se reportan en la literatura un número bajo de casos clínicos. Entre los microorganismos asociados se encuentran micobacterias, actinomicetos, micoplasma entre otros, los cuales agrava el cuadro clínico<sup>(2)</sup>

El valor del estudio celular para el diagnóstico es importante. Lu W y cols, afirman que se caracteriza histológicamente por fascículos de células mesenquimales fusiformes mezcladas con células inflamatorias crónicas, donde predominan las células plasmáticas<sup>(8)</sup>. Priya y cols, aseveraron que es fundamental el estudio inmunohistoquímico de las cadenas ligeras kappa y lambda para confirmar el diagnóstico<sup>(9)</sup>; concordando con el actual reporte en donde el análisis microscópico demostró un denso infiltrado de células plasmáticas e imágenes granulares compatibles con actinomicetos, en el estudio inmunohistoquímico se evidenció la expresión de las inmunoglobulinas de cadena ligera lambda y kappa por la población de células plasmáticas, lo que confirma que son policlonales y de origen inflamatorio, no neoplásico.

Con relación al tratamiento el abordaje quirúrgico es el más frecuente, con buena respuesta y resolución de la lesión<sup>(10)</sup>, es importante destacar que, por ser una lesión inflamatoria benigna, se debe evitar una cirugía extensa y potencialmente destructiva, siendo conservador en la terapéutica. El ATA es una alternativa terapéutica conservadora que se utiliza en humanos por su efecto cáustico, queratolítico, hemostático y bacteriostático, Chiriac y cols, reportaron el tratamiento no invasivo de granulomas piógenos en niños pequeños con timolol tópico y ATA al

70%, afirma que el tratamiento fue bien tolerado, sin efectos secundarios y resolución completa<sup>(10)</sup>, Paczek y cols, describen sobre cauterización química de granulomas periostomales con ATA al 50%, concluyen que el tratamiento regular con el ATA

resultó en regresión de los granulomas hasta su total desaparición, pudiendo tal ácido ser considerado, potencial opción terapéutica 11; en el presente reporte se decidió la aplicación del ATA al 80% como complemento terapéutico no invasivo, por el gran tamaño de la lesión, el ATA se aplicó por su efecto cáustico, queratolítico y bacteriostático, los autores considerados que la combinación del tratamiento quirúrgico, químico y antibiótico terapia, ayudó a la respuesta positiva del resultado terapéutico<sup>(11)</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Chougule A, Bal A. IgG4-related inflammatory pseudotumor: A systematic review of histopathological features of reported cases. *Mod Rheumatol*. marzo de 2017;27(2):320-5.
2. Jhingta PK, Mardi K, Sharma D, Bhardwaj VK, Bhardwaj A, Saroch N, et al. An Enigmatic Clinical Presentation of Plasma Cell Granuloma of the Oral Cavity. *Contemp Clin Dent*. marzo de 2018;9(1):132-6.
3. Cruz Choappa R, Vieille Oyarzo P. [Histological diagnosis of actinomycosis]. *Rev Argent Microbiol*. marzo de 2018;50(1):108-10.
4. Manohar B, Bhuvaneshwari S. Plasma cell granuloma of gingiva. *J Indian Soc Periodontol*. enero de 2011;15(1):64-6.
5. Kanteti AP, Kelsey WP, Duarte EM. A Rare Case of Plasma Cell Granuloma. *Case Rep Dent* [Internet]. 2020;2020:8861918. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33425399/>
6. Gulati R, Ratre MS, Khetarpal S, Varma M. A Case Report of a Gingival Plasma Cell Granuloma in a Patient on Antihypertensive Therapy: Diagnostic Enigma. *Front Dent*. abril de 2019;16(2):144-8.
7. Gupta SR, Gupta R, Saran RK, Krishnan S. Plasma cell mucositis with gingival enlargement and severe periodontitis. *J Indian Soc Periodontol*. mayo de 2014;18(3):379-84.
8. Lu W, Qi G-G, Li X-J, He F-M, Hong B. Gingival Plasma Cell Granuloma: A case Report of Multiple Lesions. *J Clin PediatrDent*. 1 de diciembre de 2020;44(6):436-41.
9. Jeyaraj P, Bandyopadhyay TK, Naresh N, Sahoo NK. Value of immunohistochemistry in diagnosing a rare case of maxillofacial plasma cell granuloma masquerading as a gingival epulis. *J Maxillofac Oral Surg*. marzo de 2015;14(1):40-5.
10. Chiriac A, Birsan C, Podoleanu C, Moldovan C, Brzezinski P, Stolnicu S. Noninvasive Treatment of Pyogenic Granulomas in Young Children with Topical Timolol and Trichloroacetic Acid. *J Pediatr*. febrero de 2016;169:322-322.e1.
11. Paczek R, Passberg L. Cauterização química de granulomas periestomais com ácido tricloroacético a 50%. *ES-TIMA, Braz J Enterostomal Ther* [Internet]. 24 de abril de 2019 [citado 6 de enero de 2022];e0319. Disponible en: [https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/viewFile/641/pdf\\_1](https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/viewFile/641/pdf_1)

## AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Angie Jimenez-Gonzalez.  
Facultad de Odontología Universidad de Cartagena. Campus de la Salud Zaragocilla. Código postal 130015. Cartagena, Bolívar, Colombia, Sur América.  
Teléfono +57 6698172 Ext. 110. Correo electrónico: [ajimenezg@unicartagena.edu.co](mailto:ajimenezg@unicartagena.edu.co)  
**Sitio de realización del trabajo:** Facultad de odontología Universidad de Cartagena  
**Título corto:** Granuloma gingival de células plasmáticas  
**Declaración de conflicto de intereses:** ningún conflicto a declarar.