

Granuloma central de células gigantes

Giant cells central granuloma

Ayelén María Portelles Massó; José María Heredia Pérez

Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial. Instructor. Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Universitario "V. I. Lenin". Holguín, Cuba.

RESUMEN

El granuloma reparativo central de células gigantes es una lesión proliferativa no neoplásica de etiología desconocida. Se presenta un paciente masculino de 40 años de edad, portador de prótesis parcial superior. Fue remitido al Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital "V. I. Lenin" por presentar aumento de volumen en reborde alveolar superior, de color rojo grisáceo y que provocaba expansión de corticales óseas. Una vez analizados los exámenes clínicos, radiográficos e histopatológicos se diagnosticó un granuloma reparativo central de células gigantes. Se realizó exéresis quirúrgica de la lesión y extracción de dientes adyacentes con una evolución satisfactoria sin señales de recidivas luego de tres años del tratamiento. El granuloma reparativo central de células gigantes se presentó como respuesta a un trauma. La correcta interpretación de los datos clínicos, radiográficos e histopatológicos nos permitió llegar al correcto diagnóstico y plan de tratamiento.

Palabras clave: granuloma central de células gigantes, lesiones proliferativas, tumor de células gigantes.

ABSTRACT

Giant-cell central reparative granuloma is non neoplastic proliferative lesion of unknown etiology. We report a 40 years old male patient who was admitted at the Maxillofacial Service of the "V. I. Lenin" Hospital. The patient had partial upper prosthesis and was complaining of red-grey volume increase lesion in upper alveolar ridge which led to the expansion of cortical bone. Having analyzed clinical, radiographic and histopathological findings the case was concluded as a giant-cell central reparative granuloma. Surgical exeresis and adjunct tooth extraction were done. After three years of treatment, satisfactory follow up without recurrence is reported.

Key words: central giant cell granuloma, proliferative lesions, giant cells tumor.

INTRODUCCIÓN

El granuloma reparativo central de células gigantes (GCCG) fue descrito por *Jaffe* en 1952 como una reacción de reparación local debido posiblemente a una hemorragia o a un traumatismo, o mejor, un análogo al verdadero tumor de células gigantes de los huesos largos.¹ El GCCG es la versión ósea de granuloma periférico de células gigantes. No es una verdadera neoplasia, sino un granuloma como respuesta, en forma exagerada, a un traumatismo inespecífico que se trasmite a través del ligamento parodontal de los tejidos mesenquimatosos odontogénicos y de los remanentes del folículo dental. El trauma produce focos hemorrágicos que inducen a la formación de células gigantes, provenientes de células mesenquimatosas indiferenciadas.^{2,3} El término granuloma reparativo central de células gigantes fue ampliamente usado un tiempo por constituir una reacción reparativa local del hueso. El uso del término reparativo ha sido descontinuado por representar un proceso esencialmente destructivo.⁴ Lesiones con fenómenos histológicos similares a los del GCCG incluyen el hiperparatiroidismo, el querubismo, el quiste óseo aneurismático y el verdadero tumor de células gigantes.⁵ Con el fin de profundizar en las características del GCCG decidimos la presentación de este paciente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 40 años de edad, raza blanca que acude a su clínica estomatológica al notar movilidad gradual de los incisivos superiores derechos. Se tuvo en cuenta el antecedente de haber recibido un fuerte golpe con una pinza de zapatero en esta región un año antes. Se decidió la extracción dentaria y la rehabilitación protésica. Transcurridos tres meses acudió nuevamente a la clínica al notar que la prótesis le molestaba. En esta ocasión fue detectada una lesión en la encía y fue remitido a nuestro Centro.

Al examen físico se observó una lesión de 5 cm de extensión en reborde alveolar superior, en la zona del 11-12, que por vestibular se extendía al fondo del surco vestibular y por palatino incluía 1 cm de la mucosa palatina, de consistencia duroelástica, color rojo grisáceo y que provocaba expansión de corticales óseas. La radiografía periapical mostró una imagen radiolúcida en reborde alveolar de bordes relativamente delimitados (Fig. 1). Se realizó biopsia por ponche con resultado histopatológico de GCCG. Se procedió a la exéresis quirúrgica de la lesión con extracción dentaria del 13 y 21 (Fig. 2). No se reportó recidiva después de tres años de seguimiento.

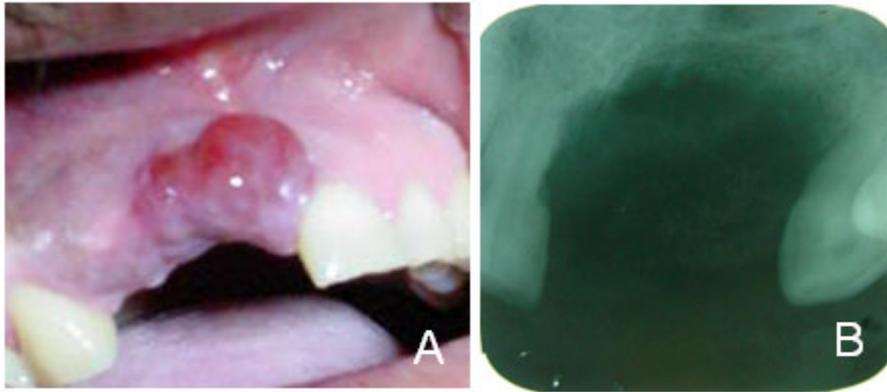


Fig. 1. A. Lesión de 5.cm de extensión en reborde alveolar superior, zona de los dientes 11 y 12. **B.** Radiografía periapical preoperatoria donde se observa una imagen radiolúcida en reborde alveolar, de bordes relativamente delimitados.

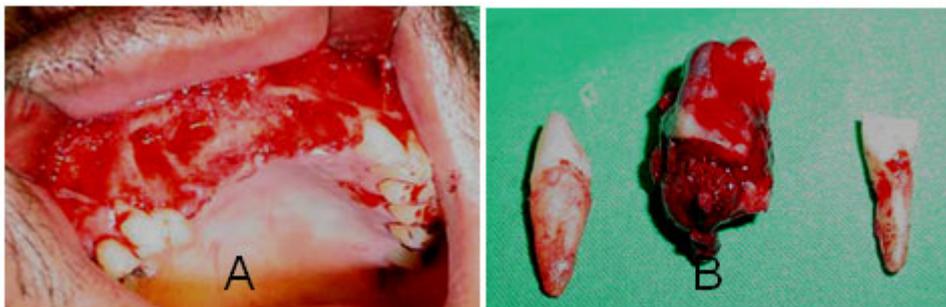


Fig. 2. A. Imagen transoperatoria. **B.** Lesión y dientes contiguos extraídos quirúrgicamente.

DISCUSIÓN

El GCCG se presenta predominantemente en niños y jóvenes adultos. El 75 % aparece en la tercera década de la vida y es más común en las mujeres.⁶⁻⁹ El trauma se ha considerado como el factor etiológico principal para el inicio de la lesión. Se localiza más frecuente en la mandíbula, hacia la línea media. Los fenómenos que se describen con mayor incidencia son el dolor, la tumoración local y la parestesia aunque pueden ser asintomáticos inicialmente y descubrirse en exámenes radiológicos de rutina. Los dientes pueden haber desaparecido en la región de la lesión o encontrarse radiográficamente con dislaceración y reabsorción radicular.^{2,8,9} El caso que se presenta es un paciente del sexo masculino, de la cuarta década de vida, la lesión se localizó en la región anterior del maxilar y se contrastó con la literatura revisada. Se corroboró el antecedente de trauma y la movilidad de los dientes implicados, al ser necesaria la extracción dentaria.

En ocasiones es difícil determinar si la lesión es verdaderamente periférica o central dado el grado de reabsorción ósea que puede observarse. La imagen radiológica no es patognomónica. Puede presentarse de forma unilocular o multilocular y mostrar expansión variable y destrucción de la cortical.^{10,11} El tratamiento varía desde un curetaje en lesiones localizadas y bien definidas, hasta una cirugía radical en lesiones extensas con evidencia radiográfica de perforación cortical.¹² En algunos casos se han realizado tratamientos con esteroides y calcitonina, los cuales inhiben la actividad osteoblástica.^{13,14} El interferón alfa aparece en el tratamiento de formas agresivas debido al efecto antiangiogénico.¹⁵

Según algunos autores¹ se produce recidiva de la lesión del 13 al 22 % de los pacientes. En este paciente se realizó un curetaje amplio y extracción de los dientes contiguos a la zona de la lesión, sin recidiva de la lesión. Por lo anteriormente expuesto se concluye que el granuloma central de células gigantes se presenta en respuesta a un trauma. La correcta interpretación de los datos clínicos, radiográficos e histopatológicos nos permitió llegar al correcto diagnóstico y plan de tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García Peña A. Tumores no odontogénicos de los maxilares. En: El Manual de Odontología. La Paz: Masson S.A; 1995. p. 340.
2. Hubáček M, Dostálová T, Bartonová M, Kozák J, Seydlová M. Giant cell reparative granuloma in the mandible case report and review of the literature. *Acta Chir Plast.* 2008;50(2):59-63.
3. Sholapurkar AA, Pai KM, Ahsan A. Central giant cell granuloma of the anterior maxilla. *Indian J Dent Res.* 2008;19:78-82.
4. Barthélémy I, Mondié JM. Giant cell tumors and pseudogiant cell tumors of the jaws. *Rev Stomatol Chir Maxillofac.* 2009;110(4):209-13.
5. Eversole LR. Lesiones radiolúcidas de los maxilares. En: Patología Bucal. Diagnóstico y tratamiento. Editorial Científico Técnica; 1985. p. 219.
6. Santana Garay JC. Lesiones seudotumorales de la mucosa de la boca. En: Atlas de patología del complejo bucal. Editorial Científico Técnica; 1985. p. 152-3.
7. Sun ZJ, Cai Y, Zwahlen RA, Zheng YF, Wang SP, Zhao YF. Central giant cell granuloma of the jaws: clinical and radiological evaluation of 22 cases. *Skeletal Radiol.* 2009;38(9):903-9.
8. Boulaich M, Benbouzid MA, Lazrak A, Benchaqroun L, Jazouli N, Mahassini N, et al. Central giant cell reparative granuloma of the jaw. *Rev Stomatol Chir Maxillofac.* 1995;96:8-12.
9. Michelle Manzini; Christian Deon; Liliam Dalla Corte; Luciana Boff de Abreu; José Carlos Bertotto. Mandible giant-cell reparative granuloma. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2009;75:4.
10. Stavropoulos F, Katz J. Central giant cell granulomas: a systematic review of the radiographic characteristics with the addition of 20 new cases. *Dentomaxillofac Radiol.* 2002;31:213-7.
11. De Lange J, Van den Akker HP. Clinical and radiological features of central giant-cell lesions of the jaw. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2005;99:464-70.
12. Wendt FP, Torriani MA, Gomes AP, de Araujo LM, Torriani DD. Intralesional corticosteroid injection for central giant cell granuloma: an alternative treatment for children. *J Dent Child (Chic).* 2009;76(3):229-32.
13. Uzbek UH, Mushtaq I. Giant cell granuloma of the maxilla. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2007;19:93-5.

14. de Lange J, van Rijn RR, van den Berg H, van den Akker HP. Regression of central giant cell granuloma by a combination of imatinib and interferon: A case report. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2008;23:90-1.
15. Tosco P, Tanteri G, Iaquina C, Fasolis M, Rocca F, Berrone S, et al. Surgical treatment and reconstruction for central giant cell granuloma of the jaws: a review of 18 cases. *J Craniomaxillofac Surg.* 2009;37(7):380-7.

Recibido: 20 de diciembre de 2010.

Aprobado: 8 de enero de 2011.

Dra. *Ayelén María Portelles Massó*. Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Universitario "V. I. Lenin". Holguín. Cuba. E-mail: ayelen@crystal.hlg.sld.cu