

Granuloma central de células gigantes. Caso clínico y tratamiento quirúrgico

Central giant cell granuloma. Clinical case and surgical treatment

Presentado: 3 de julio de 2018
Aceptado: 17 de agosto de 2018

Néstor Rubén Consoli, Alejandro Gabriel Berardi, Natalia Verónica Pasquale, María Agustina Pesce, Chantal de Franceschi

Servicio de Cirugía Bucomaxilofacial, Hospital "San Roque", Gonnet, Buenos Aires, Argentina

Resumen

Objetivo: Describir y diagnosticar el granuloma central de células gigantes para poder seleccionar el tratamiento indicado, la enucleación, el curetaje o la resección en bloque de la lesión.

Caso clínico: El paciente presentaba un granuloma central de células gigantes en el maxilar inferior derecho. Clínicamente, se observaba un aumento de tamaño y desplazamiento dentario, y radiográficamente, una gran zona radiolúcida compatible con pérdida ósea y piezas dentarias incluidas

en el tumor. Se realizó la resección de la lesión en bloque con margen de seguridad, conservando la basal mandibular.

Conclusión: El granuloma central de células gigantes requiere de un diagnóstico preciso, a fin de llevar a cabo el tratamiento adecuado. Consideramos que el tratamiento quirúrgico es la mejor opción, ya que minimiza el riesgo de recidiva.

Palabras clave: Diagnóstico, granuloma central de células gigantes, resección en bloque.

Abstract

Aim: To describe and diagnose the central giant cell granuloma in order to select the indicated treatment, enucleation, curettage or block lesion resection.

Case report: The patient presented a central giant cell granuloma in the lower jaw right side. An increase in size and dental displacement and a large radiolucent zone compatible with bone loss and dental pieces included in the tumor were clinically and radiographically detected. Resection of the le-

sion was performed in a block with safety margin preserving the mandibular basal bone.

Conclusion: Central giant-cell granuloma requires an accurate diagnosis in order to perform the appropriate treatment. We consider surgical treatment as the best valid option, minimizing the risk of relapse.

Key words: Block resection, central giant cell granuloma, diagnosis.

Introducción

El granuloma central de células gigantes (GCCG) es una lesión benigna, no odontogénica, de etiología multifactorial. En 1953, Jaffé introdujo el término "granuloma reparativo de células gigantes" para diferenciarlo del "tumor de células gigantes", típico de los huesos largos. Su origen sigue siendo discutido. Algunos autores lo consideran una lesión reparativa en respuesta a una inflamación, hemorragia o traumatismo, pero su comportamiento biológico destructivo lo acerca más a una variedad del verdadero tumor

de células gigantes, del cual es difícil de diferenciar microscópicamente.¹⁻⁵

En 2005, la Organización Mundial de la Salud lo clasificó como una lesión rara, benigna, de etiología idiopática, más frecuente en el sexo femenino y en adultos jóvenes, sobre todo en la primera década de vida. Se produce en los huesos maxilares,^{6,7} contiene múltiples focos de hemorragia, células gigantes multinucleadas, y algunas veces trabéculas de tejido óseo. Este tipo de lesiones se presenta con mayor fre-

cuencia en la mandíbula, pudiendo localizarse también en el maxilar superior, en el sector de molares.⁸

Clínicamente, se puede observar asimetría facial, desplazamiento dental, reabsorción radicular, alteración de la oclusión y trastornos nerviosos.⁹

Puede ser clasificado como no agresivo y agresivo.

El *no agresivo* es de crecimiento lento, asintomático, y el tratamiento quirúrgico es conservador, con la exodoncia de las piezas dentarias afectadas por la lesión y la de las piezas dentarias próximas que puedan ser afectadas por el legrado.

El *agresivo*, de más de 5 centímetros, es de crecimiento rápido, provoca el desplazamiento de las piezas dentarias, reabsorción radicular, expansión o perforación cortical, y tiene una alta recurrencia (del 37 al 70%). El tratamiento consiste en la resección en bloque con margen de seguridad de los defectos mandibulares y la reconstrucción inmediata o diferida con injerto libre de cresta ilíaca y placas o barras de reconstrucción mandibular de titanio.^{1,8}

Sin embargo, se han descrito múltiples tratamientos alternativos y conservadores, como el uso de corticoides intralesionales semanales, calcitonina sistémica diaria, interferón y anticuerpos monoclonales humanos.^{3,8,10-19}

Los tratamientos no quirúrgicos, como la radioterapia, el láser y la crioterapia, estarían reservados para lesiones pequeñas, de crecimiento lento, o para aquellos casos en los que la cirugía está contraindicada desde el punto de vista clínico.³

Radiográficamente, se trata de una lesión radiolúcida, que en ocasiones presenta un tenue trabeculado, unilocular o multilocular, de bordes poco o bien definidos respecto al hueso normal adyacente.⁸

Debe diferenciarse de otras entidades que afectan a los maxilares y que tienen como rasgo histológico común la presencia de células multinucleadas. Entre ellas podemos mencionar los procesos infecciosos granulomatosos, fibroma osificante juvenil, condroblastoma, fibroma cementificante, displasia fibrosa, quiste óseo aneurismático, tumor café o pardo del hiperparatiroidismo, tumor de células gigantes, querubismo y algunos tumores malignos.^{3,9,10,18}

Caso clínico

Un paciente de sexo masculino, de 60 años de edad, sin antecedentes médicos relevantes, concurrió al Servicio de Cirugía Bucomaxilofacial del Hospital "San Roque" de la ciudad de Gonnet, provincia de Buenos Aires, con una tumoración de rápida evolución en el maxilar inferior del lado derecho, con

pérdida de la sensibilidad. Clínicamente, se observó indentación de las piezas dentarias superiores en la zona del tumor y sangrado espontáneo (fig. 1). Se solicitaron radiografía panorámica y TAC (figs. 2 y 3), en las que se observó una pérdida de sustancia ósea en el sector y mal posición de las piezas dentarias involucradas (43, 44, 45 y 46). Luego de que el paciente firmara el consentimiento informado autorizando los procedimientos clínicos, se decidió realizar un desgaste selectivo de las piezas dentarias antagonistas, para lograr evitar el continuo sangrado. Se tomó una muestra para la biopsia, la cual informó GCCG, en este caso, del tipo agresivo (protocolo B0606/12).

Se realizó la resección en bloque con margen de seguridad, bajo anestesia general, involucrando las piezas dentarias incluidas en la tumefacción, y logrando conservar la basal mandibular (figs. 4-6).

El paciente se encontraba con antibioticoterapia (ampicilina 875 mg y sulbactam) desde las 24 horas previas a la cirugía. Fue dado de alta 48 horas después de la intervención quirúrgica, con prescripción de spray con clorhexidina al 0,12% y analgésicos (ibuprofeno 600 mg cada 8 horas y amoxicilina 875 mg con ácido clavulánico 125 mg, vía oral, durante 7 días).

La sutura se retiró a los 15 días (fig. 7). Se realizaron controles posquirúrgicos a los 7, 15 y 30 días, en los que se observó una buena evolución. Se efectuó el seguimiento a los 90 días, con control radiográfico (figs. 8-10), y luego cada año.

A los dos años se realizó la rehabilitación protésica con controles periódicos (fig. 11). Debido a la recuperación ósea observada radiográficamente, se decidió no hacer injertos óseos.

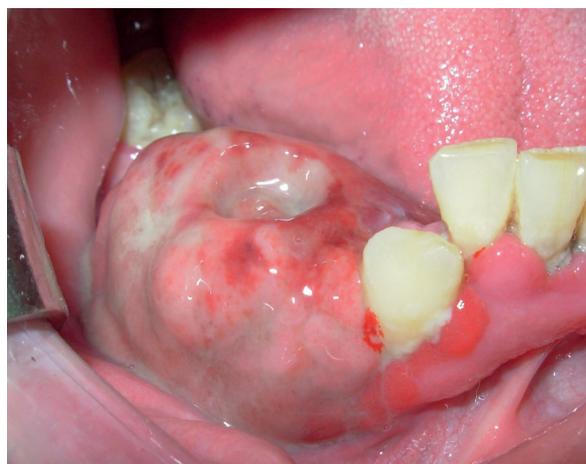


Figura 1. Tumoración de rápida evolución en maxilar inferior del lado derecho, que abarca las piezas dentarias 43, 44, 45 y 46.



Figura 2. TAC de la lesión, en la que se observa desplazamiento dentario.



Figura 5. Resección en bloque con margen de seguridad de la tumoración.

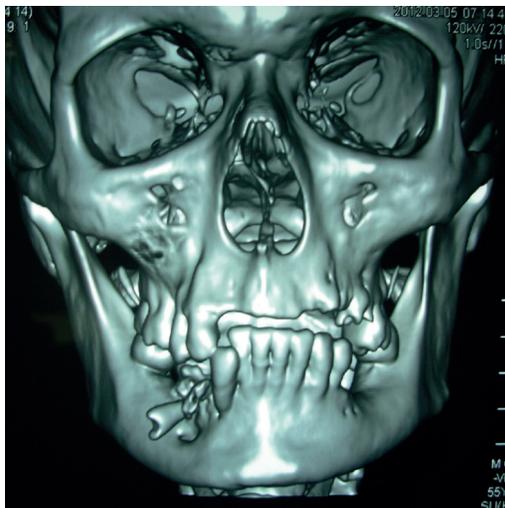


Figura 3. TAC con reconstrucción en 3D, en la que se aprecia el avance de la lesión en el maxilar inferior.



Figura 6. Piezas quirúrgicas obtenidas luego de la extirpación de la lesión tumoral.

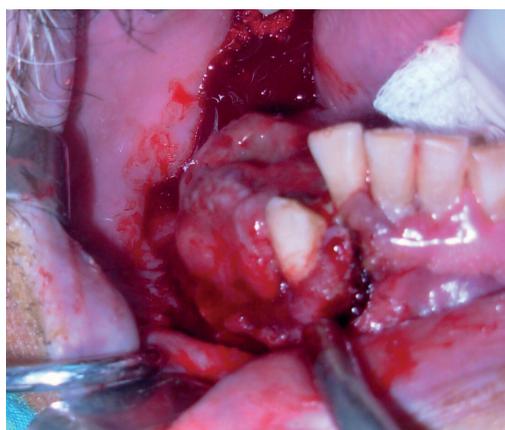


Figura 4. Lesión quirúrgica con las incisiones indicadas para su extirpación.



Figura 7. Evolución y control posquirúrgico a los 15 días.



Figura 8. Control radiográfico a los 90 días de realizada la intervención quirúrgica.



Figura 9. Control clínico del paciente a los 90 días.



Figura 10. Control radiográfico al año, en el que se observa una evolución favorable de la reparación ósea.



Figura 11. Rehabilitación protésica a los 2 años.

A tres años de la cirugía, el paciente comenzó a sentir un hormigueo en el sector derecho de la comisura, del lado quirúrgico.

Actualmente, a cinco años de la intervención quirúrgica, continúa con controles anuales, con una muy buena evolución, sin recidiva de la lesión.

Discusión

El GCCG es una lesión expansiva, constituida por células gigantes multinucleadas en un estroma fibrocelular, sin elementos atípicos y con áreas hemorrágicas dispersas. Nuestra biopsia se corresponde con las publicaciones revisadas.^{2,3,9}

Los hallazgos clínicos en nuestro paciente (asimetría facial, expansión de las tablas, variación en la oclusión por el tamaño del tumor, alteración nerviosa y cambio de color en la mucosa) son similares a los referidos por los diferentes autores.

Waldron²¹ y Shafer *et al.*²² describen la lesión como una respuesta reactiva del hueso ante un trauma repetido. También se ha sugerido que podría ser una reacción a alguna forma de trastorno hemodinámico en la matriz ósea, probablemente asociado con trauma y hemorragia.²³

Grees *et al.*³ sostienen que el tratamiento adecuado es quirúrgico, desde curetaje a exéresis amplia, dependiendo de la extensión y el comportamiento de la lesión. En cambio, De Lange *et al.*²⁴ destacan los

resultados obtenidos en un paciente con GCCG de gran tamaño tratados con corticoesteroides intralesión, e indican esta técnica como una nueva alternativa.

Conclusión

Para poder diferenciar el GCCG de otras lesiones similares, es imprescindible un correcto diagnóstico, a fin de conocer las características y, de este modo, seleccionar la técnica adecuada para cada caso.

El tratamiento indicado es la exéresis amplia, debido al alto porcentaje de recidiva. Los tratamientos no quirúrgicos estarían reservados para las lesiones pequeñas, de lento crecimiento, o para aquellos casos en los que existen contraindicaciones clínicas para llevar a cabo la cirugía.

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con este estudio y afirman no haber recibido financiamiento externo para realizarlo.

Referencias

1. Méndez Mena R, Castillo Camacho MG, Méndez Mendoza A, Guzman Priego CG, Zapot Martínez JC. Granuloma central de células gigantes. Reporte de un caso. *Salud en Tabasco* 2012;18:71-5.
2. Bornancini C, Bachur RO, Bohiúto JO, Baro MA, Kaplan R, Piccinni DJ, *et al.* Lesión central de células gigantes de los maxilares. Reporte de un caso. Revisión de litera-

- tura. Disponible en: www.actaodontologica.com/ediciones/2013/4/art19.asp?print=true
- Gress SA, Besada AI, Keszler A, Navacchia D, Lanfranchi H, Paparella ML, et al. Granuloma gigantocelular central del maxilar inferior. Presentación de un caso pediátrico. *Rev Argent Dermatol* 2006;87:280-7.
 - Loizaga-Iriondo S. Seminario. Proceso reparativo de células gigantes en huesos de manos y pies. *Dent Today* 2004;23:128-30.
 - Jaffe HL. Tumores y estados tumorales óseos y articulares. *La Prensa Médica Mexicana* 1966;454.
 - Branes L, Everson JW, Reichart P, Sidransky D (eds.). World Health Organization classification of tumours. *Pathology & genetics of head and neck tumours*. Lyon, IARC Press, 2005;9.
 - Cossio I, Martínez de Fuentes R, Carranza A, Torres Lagares D, Gutiérrez Pérez J. Recurrent central giant cell granuloma in the mandible. Surgical treatment and dental implant restoration. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2007;12:229-32.
 - Fernández Ferro M, Fernández Sanromán J, Costas López A, Sandoval Gutiérrez J, López de Sánchez A. Tratamiento quirúrgico de granuloma central de células gigantes. Estudio y seguimiento de 10 casos. Revisión de la literatura. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac* 2011;33:1-8.
 - Levi Duque Serna F, Franco L, Ardila CM. Granuloma central de células gigantes: presentación de 10 casos clínicos. *Rev Arch Med Camagüey* 2012;16:628-36.
 - Muñoz Garza C, Pérez Barba G, Flores García RA, De la Peña Castillo MC, Velásquez Martínez JA. Granuloma central de células gigantes. Tratamiento combinado intralesional con corticoides. Reporte de un caso. *Rev ADM* 2010;LXVIII:78-82.
 - Ciorba A, Altissimi G, Giansanti M. Giant cell granuloma of maxilla: case. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2004;24:26-9.
 - Ramos B, Piñero A, Liliana WJ, Palazón T, Méndez S, Parrilla Paricio P. Tumor pardo maxilar como manifestación de hiperparatiroidismo primario. *Ediciones Doyma Cir Esp* 2001;69:498-500.
 - Ustundag E, Iseri M, Keskin G, Muezzi-Noblu B. Central giant granuloma. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2002;65:143-6.
 - Lucas RB. *Pathology of tumours of the oral tissues*. Londres, JA Churchill Ltd., 1964, p. 186.
 - Bhaskar SN, Bernier JL, Godoy F. Aneurysmal bone cell lesions of the jaws: report of 104 case. *Oral Surg Anesth* 1959;17:30-41.
 - Gandolfo S, Mori C, Camoletto D, Griffa B. Ulteriore contributo alla conoscenza del granuloma central riparativo a cellule gigante. *Patologia odontostomatologica. Minerva Stomatologica* 1986;35:409-19.
 - Mintz GA, Abrams AM, Carlsen GD, Melrose RJ, Fister W. Primary malignant giant cell tumor of mandible. Report of case and review of the literature. *Oral Surg* 1981;51:164-71.
 - Marci F, Aliventi F, Baldi M, Giannoni M. Tumore gigante-cellulare del macellare superiore. Descrizione di un caso. *Minerva Stomatologica* 1989;38:421-5.
 - Cohen MA. Management of a huge central cell granuloma of the maxilla. *J Oral Maxillofac Surg* 1988;46:509-13.
 - Kayatt FE, García Junior IR, Kajatt DL, Bogarin Ocampos VA, Kayatt M. Tumor de células gigantes: reporte de un caso y revisión de la literatura. Disponible en: www.actaodontologica.com/ediciones/2008/4/art-19/
 - Waldron CA, Shafer WG. The central giant cell reparative granuloma of the jaws. *Am J Clin Pathol* 1966;45:437-47.
 - Shafer WG, Hine Mk, Levy BM (eds.). *A textbook of oral pathology*. Filadelfia, WB Saunders Company, 1983, pp. 146-9.
 - Soames JV, Southam JC. *Oral pathology*. Oxford University Press, 1988, pp. 312-31.
 - De Lange J, Rosenberg AJ, Vann den Akker HP, Koole R, Wirts JJ, Van den Berg H. Treatment of central giant cell granuloma of the jaw with calcitonin. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1999;28:372-6.

Contacto:

NATALIA VERÓNICA PASQUALE
vero_pasquale@hotmail.com

511 Bis (entre 24 y 25) N° 2959
(B1897GZG) Gonnet, Buenos Aires, Argentina